



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARLUCE ALVES NUNES OLIVEIRA

**CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA DA
ENFERMEIRA NO CENTRO CIRÚRGICO**

Salvador
2012

MARLUCE ALVES NUNES OLIVEIRA

**CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA DA
ENFERMEIRA NO CENTRO CIRÚRGICO**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do título de doutor, pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, na linha de pesquisa o Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Darci de Oliveira Santa Rosa

Salvador
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADO A FONTE.

Assinatura: _____ Data 19/12/2011

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI - UFBA.

O48 Oliveira, Marluce Alves Nunes
Conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática da enfermeira no centro cirúrgico / Marluce Alves Nunes Oliveira. – Salvador, 2011.
226 f.
Orientadora: Prof^a Dr^a Darci de Oliveira Santa Rosa.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2011.

1. Enfermagem. 2. Ética. 3. Cuidados perioperatórios. 4. Tomada de decisões I. Santa Rosa, Darci de Oliveira. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU: 616-083

MARLUCE ALVES NUNES OLIVEIRA

CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA DA ENFERMEIRA NO CENTRO CIRÚRGICO

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do título de doutor, pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, na linha de pesquisa o Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aprovada em: 19/12/2011

Banca Examinadora

Presidente

Darci de Oliveira Santa Rosa

Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação da UBFA

1º Examinador

Genival Fernandes de Freitas

Doutor em Enfermagem. Professor do Programa de Pós-Graduação da USP

2º Examinador

Carlito Nascimento Sobrinho

Doutor em Medicina. Professor do Programa de Pós-Graduação da UEFS

3º Klerverton Bacelar

Doutor em Filosofia. Professor da FACED

4ª Maria Lúcia Silva Servo

Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós - Graduação da UEFS

1ª Suplente

Maria do Rosário Menezes

Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós - Graduação da UFBA

2º Suplente

Terezinha Teixeira Vieira

Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós - Graduação da UFBA

*O Senhor é o meu pastor, nada me faltará.
Em verdes prados ele me faz repousar.
Conduz-me junto as águas refrescantes,
restaura as forças de minha alma.
Pelos caminhos retos ele me leva,
por amor do seu nome.*

*Ainda que atravesse o vale escuro,
nada temerei, pois estas comigo.
Vosso bordão e vosso báculo
são o meu amparo.*

*Preparais para mim a mesa
à vista de meus inimigos.
Derramais o perfume sobre a minha cabeça,
e transborda a minha taça.*

*A vossa bondade e misericórdia hão de seguir-me
por todos os dias de minha vida.
E habitarei na casa do Senhor
por longos dias*

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, AlpinianoFilho e aos meus filhos AlpinianoNeto, Simão Pedro, Tiago João e Mariana, a minha realização foi possível pelo estímulo e apoio de vocês.

AGRADEÇO

A meu Deus e meu Senhor, que concedeu a graça de realizar este sonho e possibilitou que eu chegasse ao término com saúde e em paz.

A meu marido, Alpiniano Filho, com seu amor incondicional, deu-me forças e estímulo ao longo da caminhada para alcançar o meu objetivo. Te amo.

A meus filhos, Alpiniano Neto, Simão Pedro, Tiago João, Mariana e as minhas noras, Manuela, Mariana que me apoiaram, compreendendo as minhas ausências no convívio familiar. Amo vocês.

A minha neta, Maria Malu, que trouxe para as nossas vidas alegria, paz, esperança e muito amor.

A minha mãe, Maria da Glória, que sempre ensinou, aos filhos, a amor a Deus sobre todas as coisas, a ética, a humildade e o respeito ao semelhante. Obrigada por tudo.

A meus irmãos, Ana Raimunda, Celina, Carlos e Carmem, pelo carinho, estímulo e compreensão.

A minha querida orientadora, Professora Doutora Darci de Oliveira Santa Rosa, por sua competência, e carinho durante essa jornada. Que o Senhor Deus te abençoe.

A minha amiga-irmã, Professora Doutora Maria Lúcia Silva Servo, pelo estímulo e a força durante essa caminhada.

A Professora, Doutora Eliane Azevedo, pelas valiosas contribuições no exame de Qualificação I.

Ao Professor, Doutor Diego Gracia, que me recebeu com carinho na Universidade Complutense de Madrid, deu-me ânimo para continuar o meu estudo.

Ao Professor, Doutor Carlito Sobrinho, que com sua alegria, competência e ética foi modelo para concretizar este estudo.

Ao professor, Doutor Kleverton Bacelar, pelas contribuições fundamentais para a construção deste estudo.

Ao Professor, Doutor Genival Fernandes, pelo seu SIM. Muito Obrigada.

Às minhas colegas da disciplina Saúde do Adulto e Idoso II, na Universidade Estadual de Feira de Santana, Elaine Guedes, Marinalva Carneiro, Rosangela Barros, Tânia Moreira e Evanilda, que propiciaram o meu afastamento temporário da disciplina.

Ao Padre Pedro Junior, com sabedoria, mostrou-me o caminho que deveria trilhar.

Às minhas amigas, Elaine e Kátia, companheiras, sempre dispostas para apoiar-me nos momentos difíceis desta jornada.

À Universidade Estadual de Feira de Santana, através do Reitor, Professor José Carlos Barreto, pelo apoio favorável ao meu crescimento profissional.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Saúde, em especial à professora Anna Cristina Gonçalves, pelo estímulo e a colaboração, valiosos fatores para a concretização deste estudo.

Ao Professor Heraldo Moraes, Diretor da Faculdade de Tecnologia e Ciências, obrigada pela confiança e apoio.

A Professora Hayana Leal Barbosa, Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, pelo apoio e colaboração.

Aos enfermeiros participantes deste estudo, pela oportunidade que me deram de realizar a pesquisa em prol do crescimento da enfermagem como profissão.

Às pessoas que possibilitaram a concretização deste estudo, o meu compromisso de retribuir com a mão amiga, o incentivo e apoio que sempre recebi e continuo recebendo de vocês.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. **Conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática da enfermeira no centro cirúrgico**. Tese [Doutorado]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RESUMO

O estudo objetivou compreender os significados de conflitos e dilemas éticos vivenciados pela enfermeira, em sua prática profissional, no centro cirúrgico. Utilizou-se o referencial do cuidado de enfermagem em centro cirúrgico, sobre conflitos e dilemas éticos e bioética. Apresenta duas etapas, na primeira, o método fenomenológico fundamentado em Martins e Bicudo por envolver a subjetividade humana, com as dimensões ideográficas e nomotética, com análise compreensiva construindo a estrutura do fenômeno. Na segunda foi aplicado o método de Diego Gracia para análise dos conflitos e dilemas éticos vivenciados pelas enfermeiras. O campo de estudo foi um hospital geral, em Salvador-Bahia. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, da instituição pesquisada, sob o número 66/09, e aprovado em 28/01/2010. A pesquisa envolveu um enfermeiro e sete enfermeiras que atuavam no centro cirúrgico selecionado. Foi aplicada a entrevista fenomenológica contendo quatro questões, duas de aproximação: Qual a sua compreensão sobre conflitos e dilemas éticos? Como você identifica que está diante de um conflito e de um dilema ético? Duas norteadoras: Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no centro cirúrgico? Fale-me sobre um conflito e dilema ético vivenciado em sua prática no centro cirúrgico. Na primeira etapa apresentado o processo de análise que possibilitou a descrição e compreensão de oito grandes categorias e quatorze subcategorias empíricas. Na segunda ficou constatado que na vivência das enfermeiras no centro cirúrgico, os conflitos e dilemas éticos derivam de: escassez de recursos materiais e humanos; escassez de salas de operação e leitos de unidade de terapia intensiva; desrespeito à autonomia do paciente, da enfermeira e à dignidade humana. O dilema do argumento de sentimento moral foi o mais expresso (cinco) pelas enfermeiras pesquisadas, seguido de conflito de esforço (um), conflito de interesse e (um) e conflito de consciência (um). Compreendi que: elas expressam ambiguidade, quanto aos significados do fenômeno; no centro cirúrgico, os conflitos são intrínsecos à prática profissional e gerados devido a dificuldades no relacionamento interpessoal; o ambiente de trabalho é estressante; há desgaste da equipe cirúrgica; há deficiência de recursos e de salas de operação e leitos de unidade de terapia intensiva, além do desrespeito à autonomia da enfermeira. O dilema ético ocorreu no perioperatório diante de escassez de recursos; demanda de paciente; atitudes não-éticas de profissionais na assistência perioperatória. Concluiu-se que, embora com dificuldade para reconhecer os conflitos e dilemas éticos, as enfermeiras tomam decisões, e essas são fundamentadas na deontologia e na bioética. Ao fazê-lo, procuram manter o equilíbrio emocional da equipe e a harmonia no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem. Ética. Cuidados perioperatórios. Conflito. Tomada de decisões.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. **Conflicts and ethical dilemmas experienced in the practice of the nurse in the surgical center.** Thesis [Doctorate]. School of Nursing, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

ABSTRACT

The study aimed to comprehend the meanings of conflicts and ethical dilemmas experienced by nurses in their professional practice, in the surgical center. It was used the reference of care of nursing in surgical center, on conflicts and ethical dilemmas and bioethics. It has two stages, first, the phenomenological method based on Martins and Bicudo by involving human subjectivity, with the ideographic and nomothetic dimensions, with comprehensive analysis building the structure of the phenomenon. In the second it was used the method of Diego Gracia for analysis of the conflicts and ethical dilemmas experienced by nurses. The field of study was a general hospital in Salvador, Bahia. The project was authorized by the Ethics and Research committee, the institution of research, by number 66/09 and approved on 01/28/2010. The research involved one male nurse and seven female nurses who worked in the surgical center selected. It was applied the phenomenological interview containing four questions, two for approaching: What is your understanding of conflicts and ethical dilemmas? How do you identify that you are facing a conflict and an ethical dilemma? Two guiding questions: How do you perceive a conflict and ethical dilemmas in your practice at the surgical center? Tell me about an ethical dilemma and conflict experienced in your practice in the surgical center. In the first stage is presented the analysis process that led to the description and understanding of eight major categories and fourteen empirical subcategories. At the second it was found that in the experience of nurses in the surgical center, conflicts and ethical dilemmas arising from: shortage of material and human resources, shortage of operating rooms and beds in intensive care unit, disregard for patient autonomy, the nurse and human dignity. The dilemma of the argument of moral sentiment was the most expressed (five) by the nurses surveyed, followed by conflict of effort (one), conflict of interest and (one) and conflict of conscience (one). I realized that: they express ambiguity, about the meaning of the phenomenon, in surgical center, the conflicts are intrinsic to the professional practice and generated due to difficulties in interpersonal relationships, the workplace is stressful, there are wear of the surgical team, there is a lack of resources and operating rooms and beds in intensive care unit, and the disrespect for the autonomy of the nurse. The ethical dilemma occurred in the perioperative in front of the scarce of resources, patient demand, and non-ethical attitudes of professionals in perioperative care. It was concluded that, although with difficulty to recognize the conflicts and ethical dilemmas, nurses make decisions, and these are grounded in ethics and in bioethics. In doing so, they seek to maintain emotional balance and harmony in the work environment.

Keywords: Nursing. Ethic. Perioperative Care. Conflict. Decision-Making.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. **Conflictos e dilemas éticos vivenciados en la práctica de la enfermera en el centro quirúrgico**. Tesis [Doctorado]. Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de la Bahia, Salvador, 2011.

RESUMEN

El estudio objetivó comprender los significados de conflictos y dilemas éticos vivenciados por la enfermera, en su práctica profesional, en el centro quirúrgico. Se utilizó el referencial del cuidado de enfermería en el centro quirúrgico, sobre conflictos y dilemas éticos y bioética. Presenta dos etapas, en la primera, el método fenomenológico fundamentado en Martins y Bicudo por envolver la subjetividad humana, con las dimensiones ideográficas y nomotética, con análisis comprensiva construyendo la estructura del fenómeno. En la segunda fue aplicado el método de Diego Gracia para el análisis de los conflictos y dilemas éticos vivenciados por las enfermeras. El campo de estudio fue un hospital general, en Salvador-Bahia. El proyecto fue apreciado por el Comité de Ética e Investigación, de la institución investigada, bajo el número 66/09, y aprobado en 28/01/2010. La investigación envolvió un enfermero y siete enfermeras que actuaban en el centro quirúrgico seleccionado. Fue aplicada la entrevista fenomenológica conteniendo cuatro cuestiones, dos de aproximación: ¿Cuál es su comprensión sobre los conflictos y dilemas éticos? ¿Cómo usted identifica que está delante de un conflicto y de un dilema ético? Dos norteadoras: ¿Cómo percibe un conflicto y dilema ético en su práctica en el centro quirúrgico? Háblame sobre un conflicto y dilema ético vivenciado en su práctica en el centro quirúrgico. En la primera etapa fue presentado el proceso de análisis que permitió la descripción y comprensión de ocho grandes categorías y catorce subcategorías empíricas. En la segunda quedó constatado que en la vivencia de las enfermeras en el centro quirúrgico, los conflictos y dilemas éticos derivan de: escases de recursos materiales y humanos; escases de salas de operación y lechos de la unidad de terapia intensiva; desrespeto a la autonomía del paciente, de la enfermera y a la dignidad humana. El dilema del argumento de sentimiento moral fue el más expresado (cinco) por las enfermeras investigadas, seguido del conflicto de esfuerzo (uno), conflicto de intereses (uno) y conflicto de consciencia (uno). Comprendí que: ellas expresan ambigüedad, cuanto a los significados del fenómeno; en el centro quirúrgico, los conflictos son intrínsecos a la práctica profesional y generados debido a dificultades en el relacionamiento interpersonal; el ambiente de trabajo es estresante; hay desgaste del equipo quirúrgico; hay deficiencia de recursos y de salas de operación y lechos de la unidad de terapia intensiva, además del desrespeto a la autonomía de la enfermera. El dilema ético ocurrió en el perioperatorio delante de la escases de recursos; demanda de pacientes; actitudes no éticas de profesionales en la asistencia perioperatoria. Se concluye que, aunque haya dificultad para reconocer los conflictos y dilemas éticos, las enfermeras tomam decisiones, y esas son fundamentadas en la deontología y en la bioética. Al hacerlo, buscan mantener el equilibrio emocional del equipo y la harmonia en el ambiente de trabajo.

Palabras clave: Enfermería. Ética. Cuidados perioperatorios. Conflicto. Toma de decisiones.

SUMÁRIO

1	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	14
2	A MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1	O CUIDAR DA ENFERMEIRA NO CENTRO CIRURGICO	27
3.2	CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS NO CONTEXTO DE CENTRO CIRÚRGICO	35
3.3	CONFLITOS DE ESFORÇOS, DE CONSCIÊNCIA E DE INTERESSES NA PERSPECTIVA DA VIVÊNCIA DAS ENFERMEIRAS NO CENTRO CIRÚRGICO	39
3.4	DILEMAS ÉTICOS / MORAIS E O ARGUMENTO DO SENTIMENTO MORAL, DA SIMETRIA E DA INCOMENSURABILIDADE	41
3.5	INTRODUZINDO A BIOÉTICA PRINCIPALISTA	43
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO	54
4.1	APROXIMANDO DA FENOMENOLOGIA	54
4.2	ADEQUANDO O OBJETO AO MÉTODO FENOMENOLÓGICO	57
4.3	DESCREVENDO OS RECURSOS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS	61
4.4	CONSTRUINDO A ESTRUTURA IDEOGRÁFICA DO FENÔMENO	67
4.5	CONSTRUINDO A ESTRUTURA NOMOTÉTICA DO FENÔMENO	71
5	DESVELANDO O FENÔMENO	72
5.1	CARACTERIZANDO AS PARTICIPANTES	72
5.2	ANÁLISE IDEOGRÁFICA DOS CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS NO CENTRO CIRÚRGICO	75
5.3	ANÁLISE NOMOTÉTICA DOS CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS NO CENTRO CIRÚRGICO	100
6	COMPREENSÃO DO FENÔMENO CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA DA ENFERMEIRA NO CENTRO CIRÚRGICO	110

7	CONTRIBUIÇÃO DA BIOÉTICA CLÍNICA PARA ILUMINAR A TOMADA DE DECISÕES DIANTE DOS CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS PELA ENFERMEIRA NO CENTRO CIRÚRGICO	112
7.1	A ÉTICA / BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA PARA A TOMADA DE DECISÕES NO CENTRO CIRÚRGICO	112
7.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE ÉTICA/ BIOÉTICA NA PRÁTICA DA ENFERMEIRA NO CENTRO CIRÚRGICO	114
8	A BUSCA POR UM MÉTODO PARA A ANÁLISE DE CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS: PROPOSTA DE DIEGO GRACIA	117
8.1	APRESENTANDO DIEGO GRACIA	119
8.2	DESCRIÇÃO DA PROPOSTA METODOLÓGICA DE DIEGO GRACIA	121
9	PROCESSO DE ANÁLISE DAS VIVÊNCIAS DE CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS, NO CENTRO CIRÚRGICO, NA PERSPECTIVA DA TOMADA DE DECISÕES	128
9.1	SÍNTESE DAS POSSIBILIDADES DA TOMADA DE DECISÕES SEGUNDO OS TIPOS DE CONFLITOS E DILEMAS QUE EMERGIRAM NO ESTUDO	173
	CONSIDERAÇÕES SOBRE A TESE	183
	REFERÊNCIAS	185
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	194
	APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com abordagem fenomenológica com Enfermeira do centro cirúrgico	195
	APÊNDICE C - Instrumento para análise	196
	APÊNDICE D - Quadro Síntese da Análise Nomotética	197
	ANEXO A – Análise del Problema Moral	203
	ANEXO B - Ofício da Coordenadora de Enfermagem do centro cirúrgico do COM-HUPES	204
	ANEXO C - Parecer consubstanciado do Projeto	205
	ANEXO D – Relatos das participantes	207

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

A presente Tese de Doutorado está inserida na linha de pesquisa O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano, na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Ao buscar produção científica internacional sobre dilemas éticos na prática das enfermeiras¹ no centro cirúrgico (CC), tema do meu interesse, encontrei um número significativo de trabalhos produzidos nas décadas de 1990 e 2000, dentre esses, destaco a produção da autora Post (1996), cujo resumo como resultado da pesquisa, quatro domínios de dilemas éticos: os decorrentes de conflitos de valores na fase intraoperatória; aqueles emanados dos direitos de autonomia dos pacientes; a escassez de alocações de recursos e as demandas por maior eficiência. A pesquisa de Killen (2002) revela as preocupações sobre o consentimento informado, a qualidade dos cuidados e os procedimentos indesejados. Rejeh et al. (2009) apontam, em seu estudo, os dilemas relacionados a: recursos insuficientes; hierarquia médica; dificuldades com pacientes religiosos e reclamações quanto à dor e ao sofrimento.

Com relação aos conflitos, encontrei o trabalho de Schroeter (1999) destinado a mensurar se as enfermeiras estão aptas para perceber e identificar os conflitos éticos que surgem em sua prática no perioperatório. O resultado apontou essas enfermeiras percebem e identificam ocorrências éticas no ambiente cirúrgico. Além das quais, são vivenciadas: ocorrências jurídicas, materiais danificados/potencial para práticas não-seguras, deturpação do prestador de cuidados, desrespeito pelo paciente e julgamento/competência do provedor.

A fim de identificar o conhecimento produzido por enfermeiras que investigaram sobre o tema conflitos e dilemas éticos no Brasil, acessei o banco de tese da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) utilizando a palavra-chave ética em enfermagem e encontrei 495 teses/dissertações sobre ética, no período de 1987 a 2008, dessas, 07 (1,4%) investigaram conflitos e dilemas éticos em enfermagem, 06 (1,2%) em nível de mestrado e 01(0,2%) de doutorado. Das 06 em nível de mestrado, 01 (16,6%) versou sobre os conflitos e dilemas éticos vivenciados no CC (BRASIL, 2010).

Nessa busca, a produção da enfermeira Liliane Espinosa de Mello Norberto Duarte, sobre os conflitos e dilemas éticos no CC, apresentada no Programa de Pós-Graduação da

¹ Optou-se pelo gênero feminino quando me reporto às enfermeiras de Centro Cirúrgico, por considerar a alta frequência de mulheres nessa profissão. Mantenho o gênero masculino quando os textos assim o fizerem.

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em nível de mestrado, em 2004, “Ação dos enfermeiros frente a conflitos e dilemas éticos vivenciados em centro cirúrgico”, figuraria entre os achados que a práxis da enfermeira de CC ocorre em ambiente em que conflitos e dilemas são frequentes, em decorrência da infraestrutura deficiente das instituições hospitalares para atender à demanda e onde seu agir é pautado por ações estratégicas (DUARTE, 2004, p. 13).

A visão fornecida por tais leituras associada à minha experiência no ambiente cirúrgico concorreram para que decidisse pelo tema / objeto de estudo: compreensão de conflitos e dilemas éticos vivenciados pela enfermeira na prática no centro cirúrgico. Responder à indagação: Como as enfermeiras do centro cirúrgico compreendem os significados de conflitos e dilemas éticos que vivenciam na prática profissional?, tornou-se a meta a ser atingida.

Com a finalidade de facilitar o entendimento do leitor sobre o cuidar da enfermeira no CC, a complexidade da unidade de CC, os conflitos e dilemas éticos e morais vivenciados na prática das enfermeiras no CC, a utilização da deontologia e a bioética como guia de reflexão para que a tomada de decisões represente uma ação coerente fundamentada e responsável, passarei a relatar os conceitos que nortearam este estudo.

Para Collière (1999, p. 28) cuidar significa “[...] manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação”. A autora ressalta que os fundamentos do cuidar estão representados pelo velar, cuidar, tomar conta, isto é, o cuidar tem como finalidade permitir a reprodução e a perpetuação da vida.

O cuidado é intrínseco à vida humana, da mesma forma que para a profissão de enfermagem. O cuidado é considerado o objeto de trabalho da enfermeira e realizado no indivíduo em todas as fases da vida, significa que “esses cuidados que, do nascimento à morte, vão marcando o percurso de todas as vidas: *ser cuidado ... cuidar-se ... cuidar* sobrepõem-se e entrelaçam-se” (COLLIÈRE, 2003, p. 2).

O CC é uma “unidade destinada ao desenvolvimento de atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata” (BRASIL, 2002). Tem a finalidade de assistir, com qualidade, o paciente, desde a avaliação até o pós-operatório, isto é, no período perioperatório. Para Rothock (2007, p. 1) perioperatório “significa a aplicação de cuidados ao paciente nos períodos pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório da experiência cirúrgica e outros procedimentos invasivos com a utilização da estrutura do

processo de enfermagem”. A autora ressalta que a enfermeira perioperatória atua com independência e interdependência nas atividades desenvolvidas no CC:

- levantamento de enfermagem; organização e priorização dos dados; estabelece diagnóstico de enfermagem; identifica resultados desejados pelos pacientes; desenvolve e implementa um plano de cuidados de enfermagem; e avalia esses cuidados em termos dos resultados obtidos pelo paciente (ROTHOCK, 2007, P. 1).

Oliveira (2002) define a enfermeira de CC como a profissional responsável pelos serviços em que o cuidado perioperatório é ministrado ao paciente, independente do tipo de hospital em que atua.

Neste estudo, dilema, do grego *dilemma*, significa “premissa dupla” (ABBAGNANO, 2007, p. 326). Quanto ao dilema ético, Thompson, Melia e Boyd (2004, p. 8) ressaltam que ocorre em “uma situação específica na qual uma escolha tem de ser feita, entre alternativas, ambas indesejáveis, ou em ética, uma situação que envolve um choque de princípios ou deveres, real ou aparentemente irresolúvel, onde não há regras ou precedentes a seguir”.

Em situação, no CC, na qual se configure a presença de um dilema ético, a enfermeira deve inteirar-se das alternativas para solucioná-las e o discernimento para fazer a sua opção, ou melhor, tomar decisões. É importante ressaltar que, para configurar-se um dilema ético, os indivíduos envolvidos deverão apresentar as proposições para, em seguida, optarem pela decisão a ser tomada. O resultado será imprevisível.

A tomada de decisões é entendida como “O processo de realizar um julgamento intelectual seletivo quando se é apresentado a várias alternativas complexas consistindo de diversas variáveis, e que geralmente leva à definição de um modo de agir ou de uma ideia” (DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2011).

As lembranças da prática² como enfermeira no CC fazem-me perceber que os dilemas éticos eram constantes no perioperatório, por exemplo, em situações que tinham como consequência o cancelamento de cirurgias programadas, dando lugar a outras mais lucrativas para a instituição. Evidenciava-se o desconforto, a decepção dos pacientes e dos familiares. A meu ver, não realizar a cirurgia significa desrespeito ao paciente, à família e à equipe de enfermagem encarregada do preparo pré-operatório. Essa situação exige da enfermeira uma tomada de decisões.

² “O adjetivo **prático** qualifica de modo geral o que concerne à ação (mais especialmente moral), em particular como consequência de conhecimentos adquiridos (trabalhos práticos) ou de um projeto” (DUROZOL; ROUSSEL, 2005, p. 377).

A deficiência de recursos humanos e materiais dava motivo para frequentes conflitos no ambiente de CC. O conflito aqui é entendido como:

A luta interna individual entre as necessidades, impulsos ou exigências internas e externas opostas ou incompatíveis. Nas interações de grupo, refere-se à competição, ou oposição, entre partes incompatíveis: estado ou ação antagonística (de idéias, interesses ou pessoas divergentes) (DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2011).

A ética profissional deve guiar a atuação da enfermeira no CC. Pautada na deontologia, ela administra e cuida do paciente no perioperatório, com competência técnica, científica e age de maneira equilibrada e consciente diante de conflitos e dilemas éticos que emergem na sua prática.

A palavra deontologia provém do grego, *déo-déontos*, refere-se a uma reflexão sobre regras, entre essas os deveres e obrigações, o que é preciso fazer. Indica o conjunto de deveres relacionados ao exercício de uma profissão (DURAND, 2007). A deontologia é considerada uma ciência que estuda os deveres de um grupo profissional. A capacidade de discernir e compreender entre ações corretas e incorretas é imprescindível para que haja equilíbrio nas relações e que as decisões sejam tomadas com discernimento, conhecimento, segurança, ética e bioética.

Kipper e Clotet (1998, p. 41) definem a bioética “como reflexão de caráter transdisciplinar, focalizada prioritariamente no fenômeno vida humana ligada aos grandes avanços da tecnologia, das ciências biomédicas e do cuidado à saúde de todas as pessoas que delas precisem, independente da sua condição social [...]”.

Entre os bioeticistas atuais, destaco Gracia (2007), que elucida o surgimento da bioética na década de 1970, para designar as questões éticas levantadas pelos avanços ocorridos no âmbito das ciências biológicas e médicas. Vale ressaltar que, com o desenvolvimento das novas tecnologias médicas e biológicas, surgiu a ideia de que essas poderiam comprometer seriamente a qualidade de vida da humanidade e do planeta.

Nas décadas de 70 e 80, os autores Beauchamp e Childress pautaram a bioética como principialista desenvolvida em quatro princípios básicos: dois de caráter deontológico - não-maleficência e justiça, e dois de caráter teleológico - beneficência e autonomia (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998).

O princípio da autonomia é definido por Beauchamp e Childress (2002, p. 137) a partir da palavra autônoma que, “derivada do grego *autos* (“próprio”) e *nomos* (“regras”, “governo” ou lei), foi primeiramente empregada com referência a autogestão ou ao autogoverno das

ciudades-estados independentes gregas”. Para os autores, a autonomia significa “autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo”.

Compreende-se a beneficência como “a obrigação moral de agir em benefício de outros”, afirmando que este princípio tem como compromisso a colaboração, proporcionando que os seus interesses sejam alcançados (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.282). Esta é alcançada quando a ação traz benefício para o paciente, isto é, esse princípio requer a obrigação de que a ação seja em benefício de outrem.

Enquanto que o princípio da não-maleficência, para Beauchamp e Childress (2002, p. 212), significa “Não devemos infligir mal ou dano”, pois se deve ter a clareza de que não se pode agir quando essa ação poderá vir a causar danos a outrem. Esse princípio requer apenas que intencionalmente se abstenha de executar ações que causem danos a outrem.

Para Durosol e Roussel (2005), a noção de justiça está contida no *princípio da moral* que, por um lado, exige respeito da norma e do direito e, por outro, a *virtude*, que consiste em respeitar os direitos dos outros. Observei que esse princípio, por muitas vezes, não foi levado em conta no CC. Vivenciei situações em que o paciente necessitava de determinado material para a realização do procedimento cirúrgico, entretanto, não era liberado pelo plano de saúde e/ou não existia na instituição. Percebo, nesse fato, um exemplo de inexistência de distribuição justa e equitativa entre os planos de saúde oferecidos à população.

Importante salientar que os conflitos e dilemas éticos podem emergir na relação entre o profissional e o paciente por meio de situações que vão de encontro ao respeito à privacidade, confidencialidade e equidade. Na concepção de Beauchamp e Childress (2002, p. 440), a privacidade “é um estado ou condição de inacessibilidade física ou inacessibilidade a informações, com o controle sobre a privacidade ou o direito de controlar a privacidade, que envolve o direito do agente de controlar o acesso”. Nesse sentido, Franscioni e Goldim (1998) corroboram que a privacidade diz respeito a limitação de acesso às informações do indivíduo, o acesso à própria pessoa e à sua intimidade, bem como respeitar o direito de o indivíduo manter-se afastado ou permanecer só.

O termo confidencialidade, originário da palavra confiança, virtude exercitada pelos profissionais da saúde desde os primórdios. O paciente, muitas vezes, confia no profissional que o assiste e espera que ele vai preservar as confidências que lhe forem relatadas, tanto que revela informações que outras pessoas com quem convive ignoram que elas existem (FRANSCIONI; GOLDIM, 1998). A confidencialidade fortalece o bom vínculo terapêutico.

A equidade considera que todos os pacientes devem ser tratados de forma justa e igualitária, sem discriminação de gênero, idade, cor e posição socioeconômica. Barchifontaine (2006, p. 97) afirma que a equidade não é apenas uma força para resistir às definições da lei escrita, mas tem altíssimo significado ético e social. No âmbito da saúde, a virtude da equidade leva em conta o princípio, segundo o qual, a oferta de serviços de saúde deve ser proporcional às necessidades dos cidadãos e deve ser igual para iguais necessidades.

Percebia que, no CC, a equidade nem sempre vigorava. Cirurgias em andamento eram substituídas por outras ou suspensas em decorrência dos planos de saúde não cobrirem as despesas com materiais e/ou equipamentos necessários para a realização dos procedimentos. Nesse sentido, Beauchamp e Childress (2002) salientam que a justiça distributiva diz respeito à distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade. Em seu domínio, estão incluídas políticas que distribuem benefícios e encargos entre os quais se destacam os recursos e as taxas.

Sendo sabedora das necessidades de recursos humanos, materiais e atitudes éticas para o funcionamento seguro da sala de cirurgia durante um procedimento cirúrgico deparava-me, com membros da equipe cirúrgica³ que desconsideravam a minha opinião. Em meio a tal situação, ficava diante de um conflito.

Na medida em que as condições apresentam-se desfavoráveis, surgem as inquietações: Realizar ou não o procedimento cirúrgico? Esperar até que as condições do ambiente se tornem seguras? Sob esse aspecto, é oportuno citar que no Art. 10, sobre os Direitos do CEPE, está garantida ao profissional, a liberdade de “Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 37).

O princípio da justiça não era observado, pois a falta de recursos materiais era constante na unidade. Decidir para qual sala seria disponibilizado, por exemplo, o bisturi elétrico, o monitor cardíaco, o foco manual era uma questão enfrentada cotidianamente. O número insuficiente desses equipamentos para a demanda de cirurgias causava conflito entre os profissionais da equipe cirúrgica, restando para mim a responsabilidade, como enfermeira da unidade, de resolvê-los a fim de manter um ambiente harmonioso.

Ademais, cirurgias de emergência eram realizadas, mesmo se sabendo que não existiam leitos disponíveis no hospital. Após o procedimento, os pacientes ficavam em macas

³ Entender como equipe cirúrgica todos os profissionais que atuam na unidade do centro cirúrgico.

ou nos leitos da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), o que impedia a realização de outras cirurgias, bem como a transferência de pacientes no pós-operatório para as unidades. Essas eventualidades dão espaço a conflitos entre a enfermeira e demais membros da equipe cirúrgica.

Estabeleci como objetivo compreender os significados de conflitos e dilemas éticos vivenciados pela enfermeira, em sua prática profissional, no centro cirúrgico. Para alcançá-lo, desenvolvi o processo de análise em duas etapas: Na primeira etapa apresento a compreensão dos conflitos e dilemas éticos vivenciados pelas enfermeiras no centro cirúrgico e o desvelar dos conflitos e dilemas éticos vivenciados pelas enfermeiras no centro cirúrgico. Na segunda, está a aplicação do método de Diego Gracia para análise dos conflitos e dilemas éticos dos casos relatados pelas enfermeiras de centro cirúrgico.

A clarificação dos conflitos e dilemas éticos possibilitou a compreensão das situações que ocasionam no perioperatório os seus surgimentos e como gerenciá-los. O estudo promoveu a reflexão sobre o agir diante dos conflitos e dilemas éticos disponibilizando estratégias para a tomada de decisões pautadas nos princípios da ética e da bioética.

2 A MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

No momento em que pretendo justificar a motivação para realizar este estudo, é pertinente levar em conta dados relativos a minha vida estudantil e a minha experiência profissional.

Ingressei na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em 1976, ano de sua instalação, através de processo seletivo. As nossas práticas eram realizadas no Hospital D. Pedro de Alcântara (HDPA) que, à época, enfrentava dificuldades, entre elas, a necessidade de contratação de uma enfermeira de Centro Cirúrgico (CC) que pudesse acompanhar as práticas dos estudantes na unidade. Visando resolver o problema, a escola designou uma docente do curso de Enfermagem para assumir essa responsabilidade.

Na vivência como aluna durante a prática de CC, percebia não estar sendo atendida a minha expectativa quanto à aplicação dos conhecimentos teóricos à prática e à habilidade para gerir o setor. A falha nesse processo refletia no funcionamento da unidade.

Na práxis cotidiana do CC, o cuidado está relacionado ao exercício de uma ação voluntária em que se aplica o conhecimento teórico, prático e ético, realizado pela equipe de saúde, em especial, a equipe de enfermagem. Nesse contexto, a ação está relacionada às atividades administrativas e assistenciais.

Acredito que a vivência como estudante de enfermagem no CC, onde testemunhava as dificuldades quanto a tomada de decisões no processo de gerenciamento, tenha favorecido o despertar de minha aptidão e motivação para trabalhar na referida unidade. Em janeiro de 1980, já me encontrava à disposição do hospital e estava, assim, efetivado o meu primeiro vínculo como enfermeira.

O primeiro convênio celebrado entre a UEFS o HDPA foi em 03 de março de 1980. Importante ressaltar que, entre os convênios, havia um acordo que assegurava o campo de prática e, ao mesmo tempo, a universidade disponibilizaria enfermeiras para o Hospital. Fui uma das enfermeiras indicadas para ser contratada.

Atuei, como responsável pela unidade de Clínica Médica, de fevereiro a março de 1980. Em seguida, indicaram-me para coordenar o Serviço de Enfermagem, no qual permaneci por três anos (1980 a 1983). Nesse espaço de tempo, reestruturei, com os membros da equipe de enfermagem, a Unidade de Emergência e o Ambulatório; realizei a implantação de manuais de normas e rotinas nas diversas unidades e efetuei novas contratações de profissionais para suprir as demandas dos serviços, com o apoio dos dirigentes da instituição.

As enfermeiras do HDPA, em sua maioria, eram recém-formadas e, à época, existiam inúmeros problemas na unidade de CC, tais como: infraestrutura inadequada, insuficiência de recursos humanos e materiais, alta demanda cirúrgica, relacionamento interpessoal difícil entre os membros da equipe cirúrgica. Eis que foi solicitada, junto a UEFS e à diretoria do hospital, uma enfermeira que demonstrasse experiência, responsabilidade, autonomia e conhecimento específico do setor.

A UEFS, no papel de responsável pela admissão das enfermeiras, agilizou o preenchimento do cargo no CC. A contratada revelou competência e autonomia necessárias para dinamizar a equipe cirúrgica. Esse agir eficiente⁴ transformou a imagem do trabalho realizado pela equipe cirúrgica na instituição, bem como na comunidade de saúde local, o que fortaleceu a instituição, passando a ser considerada – de qualidade na assistência - no município e nas regiões circunvizinhas.

Em vista da demissão dessa profissional, por necessidade particular, surgiu uma vaga. Por muitas vezes, reuni as enfermeiras da instituição, a fim de identificar qual se interessava por chefiar a unidade de CC, entretanto, sem êxito. A minha preocupação era que não houvesse uma descontinuidade no trabalho que vinha sendo realizado. Após muitas tentativas, convoquei uma enfermeira para assumir a unidade, e essa questionou por que eu mesma não me dispunha a fazê-lo. Passado o impacto causado pela pergunta, senti-me no dever de enfrentar o desafio e resolver um sério problema afetando a enfermagem da instituição.

Ao aceitar dirigir a unidade de CC, muitas foram as preocupações, dentre elas, a de não possuir a capacitação específica dessa unidade. Na medida em que a considerava unidade exemplo no hospital, teria o compromisso de manter essa imagem.

Enquanto enfermeira gerente, preoquei-me em realizar um trabalho, com responsabilidade, competência e qualidade. Instituí a mesma postura para a equipe de enfermagem e demais profissionais que atuavam na unidade, entretanto, não chamavam a minha atenção os conflitos e dilemas éticos que surgiam no dia a dia do meu trabalho, por não se tornarem claros para mim.

Ao mesmo tempo em que chefiava o CC, era responsável pelo processamento de esterilização de artigos utilizados em toda a instituição. Com vontade e determinação, dei continuidade ao serviço implantado ao longo de seis anos – de 4/1983 a 12/1989. Consegui vencer os desafios que então se apresentavam, atuando na assistência direta ao paciente, com

⁴ “virtude ou característica de (uma pessoa, um maquinário, uma técnica, um empreendimento etc.) de conseguir o melhor rendimento com o mínimo de erro e/ou dispêndio de energia, tempo, dinheiro ou meios” (HOUAISS; VILAR, 2001, p. 1102).

carga horária de quarenta horas semanais; na sala de operações e na administração da unidade, vivenciando os conflitos e dilemas éticos inerentes à unidade. Busquei atualizar-me participando de eventos que me qualificassem para promover um serviço de excelência para o paciente no perioperatório.

Vivenciei, inúmeras vezes, o desafio relativo à assistência a pacientes externos que se internavam para realizar pequenas cirurgias e/ou pacientes de cirurgias eletivas que eram transportados para o CC antes do horário estabelecido para o procedimento. Esses eram colocados nos leitos da sala de recuperação pós-anestésica até a realização do ato cirúrgico ocupando os leitos destinados aos pacientes no pós-operatório imediato. Nessas circunstâncias, ficava diante de um dilema – se deixasse os pacientes do pré-operatório ocupando os leitos, faltariam leitos para os pacientes do pós-operatório e, se retirasse, entraria em conflitos com anestesistas e cirurgiões.

Outra situação, dizia respeito às anotações do débito de materiais utilizados no intraoperatório. Por várias vezes, ficou constatado que esses materiais eram computados em quantidade superior à que havia sido usada no paciente, sob o argumento dos profissionais da equipe de cirurgia de que, se assim não fosse feito, a instituição poderia vir a ter prejuízos financeiros. Então, essa fora a opção considerada menos ruim, fazer as anotações que não prejudicassem a instituição. Tal ação gerava uma situação que se configurava em um dilema ético.

Em 1989, fui convidada, pelo Departamento de Saúde da UEFS para concorrer a uma vaga de Professor Substituto para a disciplina Enfermagem Cirúrgica. Particpei da seleção e, aprovada desempenhei o cargo até 1994. Em 1995, submeti-me ao concurso público na mesma disciplina, aprovada em primeiro lugar, permaneço, até o presente momento, na instituição. Simultâneo ao exercício da docência na UEFS, permaneci como enfermeira à disposição do HDPA, no CC.

A cada instante, a minha capacidade profissional, o envolvimento com os trabalhos levaram-me a enfrentar novos desafios. Em 1990, o Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana, mantenedora do HDPA, solicitou à Coordenadora do Serviço de Enfermagem a indicação de uma enfermeira com curso de pós-graduação em Administração Hospitalar, em nível de especialização, para assumir a Diretoria Administrativa daquela entidade. Fui indicada, acredito tenha sido considerando a minha experiência em CC, a qual muito me ajudou na condução dos trabalhos que então me caberiam.

Durante o tempo em que estive à frente da Diretoria Administrativa (1/1990 a 12/1996), muitas obras foram realizadas no HDPA, a exemplo de: reestruturações de serviços,

redimensionamento dos recursos humanos e materiais de acordo com as demandas, oferecimento de cursos de capacitação para a equipe de enfermagem, nutrição, serviço de higiene, melhoria na infraestrutura, dentre outros. Tendo conhecimento das carências do CC, propus-me a reestruturar o espaço físico dessa unidade e o Centro de Material e Esterilização (CME), de acordo as normas e os padrões estabelecidos pela Portaria nº 1.884/94/GM, de 11 de novembro de 1994, do Ministério da Saúde (MS). As reformas possibilitaram o atendimento parcial das diretrizes do MS, assim como, as demandas que se apresentavam no momento.

O término da disponibilidade das enfermeiras da UEFS na Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana em 1997 implicou o meu retorno àquela instituição, seria então alocada na Unidade de Organização e Desenvolvimento Universitário (UNDEC). Atuando no Serviço de Saúde Universitário (SESU), assumi a Centro de Material e Esterilização e tive a oportunidade de realizar a sua (re) implantação.

Em 2000-2004, assumi a Coordenação Administrativa do Departamento de Saúde da UEFS, a convite da diretora em exercício, e no período de junho de 2004 a junho de 2008, o cargo de Vice-Diretora do mesmo departamento.

Durante a minha trajetória administrativa, enfrentei incontáveis dilemas éticos, decisões difíceis foram tomadas, individualmente e, outras vezes, com a participação de outros membros da equipe.

Em termos de qualificação profissional, cursei o mestrado em Engenharia de Produção na área de mídia e conhecimento (2000-2002), cujo tema da dissertação versou sobre “Gerenciamento de novas tecnologias em centro cirúrgico pelas enfermeiras nos hospitais de Feira de Santana – BA” (OLIVEIRA, 2002). A motivação para realizar esse estudo sobreveio da lida no campo de prática com os estudantes do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana. A minha inquietação surgiu ao perceber a ausência de enfermeiras na sala de operação, no período intraoperatório, momento em que a presença dessas profissionais é de suma importância. Isso forneceria razão para o questionamento: as enfermeiras de CC se ausentavam no intraoperatório por que não sabem manusear as novas tecnologias? Passaria a investigar o nível de adequação ao domínio das novas tecnologias (NADNT) das enfermeiras gerentes de Centro Cirúrgico.

O nível de adequação ao domínio de novas tecnologias satisfatório é compreendido como conhecimento e habilidade da enfermeira em efetuar a assistência por meio dos recursos

tecnológicos (equipamentos e materiais) de máxima efetividade em tratamento dispensado ao paciente, com eficácia⁵ e segurança (OLIVEIRA, 2002).

O estudo mostrou que o NADNT foi insatisfatório, em 54,5% das enfermeiras, pode-se inferir que o gerenciamento da unidade de Centro Cirúrgico carece de atividades sistematizadas e de adequação ao nível satisfatório do domínio de novas tecnologias biomédicas, comunicação e informação (OLIVEIRA, 2002).

Após o mestrado, iniciei a pesquisa no projeto “Estresse no Processo de Trabalho de Supervisão em Enfermagem em Feira de Santana-BA”. A experiência neste projeto possibilitou que realização a orientação de trabalhos científicos (Trabalhos de Conclusão de Cursos na graduação e na pós-graduação *latu sensu*), publicação de artigos (OLIVEIRA, 2004; OLIVEIRA e SERVO, 2004 OLIVEIRA, 2005; SERVO e OLIVEIRA 2005; OLIVEIRA et al., 2005; MIRANDA et al., 2005; OLIVEIRA, 2007) em periódicos, participação e apresentações de trabalhos em eventos científicos de enfermagem e demais áreas de saúde.

A experiência como enfermeira no Centro Cirúrgico (CC), docente da disciplina Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso II (1989/atual), do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bioética e Deontologia do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências (2004/atual) e Deontologia e Enfermagem da Faculdade Anísio Teixeira (2008/atual), fez-me sentir motivada para investigar, no doutorado, sobre a realidade dos conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática das enfermeiras no CC.

O “porquê” da escolha do tema? Apresentei o projeto de pesquisa de doutorado na disciplina Métodos Qualitativos, oferecida no Programa de Pós-Graduação – Universidade Federal da Bahia. Das discussões, nasceu a ideia de uma pesquisa em torno dos conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática das enfermeiras de CC. A ideia foi acatada, adequei o meu projeto à nova proposta tomando por base a minha experiência como enfermeira do CC.

Nas aulas de Bioética e Deontologia, na graduação, as avaliações da minha experiência de enfermeira em unidade cirúrgica, a partir das ocorrências que relatava aos alunos, como exemplos, ficaram explicitadas circunstâncias em que havia dificuldade para decidir qual a ação correta e identificar o malefício ou benefício que adviria dessa decisão. Hoje, percebo que era principalmente na sala de cirurgia, no intraoperatório, que os incidentes antiéticos emergiram.

⁵ “segurança de um bom resultado; validez, atividade, infalibilidade” (HOUAISS; VILAR; FRANCO, 2001, p. 1102).

Nas discussões sobre os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça reportava-me a situações que vivenciei no CC nas quais esses princípios eram ignorados.

Acredito que a exposição que acaba de ser feita servirá de referência para conhecer-se minha trajetória profissional na qual se faz notar a presença de conflitos e dilemas éticos vivenciados em centro cirúrgico dando motivo a elegê-los objeto do presente estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O CUIDAR DA ENFERMEIRA NO CENTRO CIRÚRGICO

A profissão da enfermagem emergiu do desenvolvimento e da evolução das práticas de saúde ao longo da história da humanidade. A prática do cuidar é uma ação instintiva da mulher e foi observada sendo a primeira forma usada pelo ser humano para ajudar ao seu semelhante. Nesse sentido, Collière (1999, p. 27) assegura que desde o surgimento da vida, existe o cuidado, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer. Os humanos e demais seres vivos, em todas as épocas, necessitaram de cuidados, cuidar é um ato de vida, permitir continuar a vida e lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo e morte da espécie.

Boff (1999) considera que o cuidar é mais que um ato, significa uma atitude, para tanto faz-se mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação e de envolvimento afetivo com o ser humano.

Para que o cuidado seja realizado, faz-se necessário que o cuidador vivencie, em sua prática o amor, solidariedade, paciência, compaixão, discernimento, renúncia, competência, dentre outros, que sejam necessários para a arte do cuidar.

Collière (2003, p. 1) sobre o *cuidar da vida* e o *cuidar* esclarece:

Cuidar da vida... Tal é esta primeira arte, verdadeira criação que, desde o dar à luz até a morte, participa no mistério da vida que se procura, do desabrochar da vida, da vida que luta, da vida que se apaga, da vida que ressurgir, da vida que se afunda... Vida da mãe que traz ao mundo, do recém-nascido que se afirma, da criança que se feriu, do acidentado que torna a dar os primeiros passos, do doente que sofre, do drogado que mergulha no delírio, da pessoa idosa que interroga onde está...

Cuidar [...] esta arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas. Embora envolvida na textura da vida cotidiana, essa arte permanece ainda tão desconhecida e a variedade dos seus resultados, insuspeita (COLLIÈRE, 2003, p. 1).

Experimentei grande emoção ao ler os escritos de Collière, fui tocada pelo tratamento poético que a autora concede ao cuidar. E minha compreensão sobre a responsabilidade como cuidadora ampliou-se. Cuidar do outro constitui um ato sublime que envolve o cuidador e a pessoa cuidada, essa é a percepção que tenho da minha experiência em centro cirúrgico (CC). Compreendi como é imensa a minha responsabilidade como cuidadora! As pessoas no momento de serem cuidadas buscam o cuidar por confiar na sensibilidade e na competência do cuidador.

A citação da autora fez-me lembrar uma situação que vivenciei há bem pouco tempo na minha vida familiar. Ao chegar à unidade de emergência, com minha mãe de 80 anos, que carecia de cuidados imediatos, tivemos que esperar trinta minutos para que o atendimento fosse realizado. Durante a espera, observei que funcionários da equipe de saúde, em especial a enfermagem, ficavam em um vai e vem e poucos realizavam do que fomos buscar – o cuidado. A circunstância me levou a interrogar: Como estamos sendo cuidados? Como as enfermeiras na prática dividem o seu tempo para cuidar?

Silva (2006, p. 16) prioriza o tempo de acordo com as escolhas,

Não podemos correr tanto no dia-a-dia a ponto de esquecer onde estamos, por que ali estamos e para onde vamos. Apeguemo-nos às coisas mais queridas aos nossos corações: nossos pacientes! Sem eles, nossa profissão carece de sentido. [...] Talvez o tempo do cuidado dependa do valor que damos a ele. Se soubermos valorizar os pacientes enquanto e quando estivermos com eles, talvez possamos otimizar o tempo.

No que concerne ao trabalho realizado pela equipe cirúrgica, entre eles, enfermeiras, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, anestesistas, cirurgiões e demais profissionais, que compartilham as atribuições e tarefas específicas com a finalidade de aliviar a dor, o sofrimento, bem como, promover o bem-estar e curar patologias, deve ser planejado o tempo para o cuidado. Como planejar tempo? Respondo que priorizando as atividades, compartilhando os procedimentos e as responsabilidades e vivenciando as emoções que são intrínsecos no CC. Por isso, compreendo que o cuidado na enfermagem tem como essência e especificidade, o cuidar do ser humano, tanto individualmente como quando se encontra na família e na coletividade. Esse cuidado carece de ser realizado de modo holístico, de forma autônoma ou em equipe, na promoção, proteção, prevenção, recuperação da saúde e respeitando a dignidade do paciente. Nesse sentido, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no Art. I, assegura que “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2010, p. 462).

Compreendo que progresso da ciência e da tecnologia favorece à construção de novos desafios, desencadeia o crescimento científico e tecnológico da equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem e, por tal razão, possibilita que as enfermeiras criem e desenvolvam novas concepções teórico-filosóficas com a perspectiva de cuidar do paciente.

A unidade de CC é considerada uma das mais complexas do hospital, por sua especificidade, devido ao estresse que a equipe cirúrgica vivencia no seu dia a dia e a grande probabilidade de expor o paciente a riscos de vida ao ser submetido a uma intervenção

cirúrgica. A complexidade das ações anestésica e cirúrgica torna a presença da enfermeira de extrema importância para desenvolver estratégias que garantam a segurança e confiança da equipe a fim de que se processe uma assistência firmada nos princípios da ética e da bioética e de qualidade. Essa unidade está em evidência nas instituições de saúde, por realizar procedimentos de baixa, média e alta complexidade.

Silva, Rodrigues e Cesaretti (1997) assinalam que a unidade de CC representa lugar de importância relevante no contexto hospitalar, devido à alta complexidade que lhe é peculiar, a assistência prestada no atendimento a pacientes que necessitam de tratamento cirúrgico decorrente das mais diversas afecções, seja em caráter eletivo ou emergencial.

O CC vem sofrendo grandes transformações em consequência das novas tecnologias biomédicas, de informação e comunicação (OLIVEIRA, 2002), desencadeando a evolução das técnicas cirúrgicas, anestésicas e de enfermagem e levando à realização de procedimentos cirúrgicos da alta, média e baixa complexidade. Nesse contexto, o cuidado com responsabilidade deve ser vivenciado pelas enfermeiras, tornado-as profissionais humanas e de excelência, que estão inseridas em um mundo intersubjetivo, partilhado com o paciente que necessita de cuidados, segurança e proteção diante as suas necessidades biopsicossociais.

A enfermeira, ao cuidar de pessoas, depara-se com as mais variadas situações da vida, muitas vezes, marcadas por alegria, pela dor e adversidade, no nascimento e na morte. O amor pela profissão faz parte do trabalho da enfermeira, esse deve ter como prioridade atender as necessidades do ser a ser cuidado. Junto as competência técnica e científica e a ética, o amor é a essência que deve ser experienciada pela equipe de enfermagem, a fim de oferecer ao paciente um cuidado que se distinga pelo respeito à dignidade da pessoa humana. Por isso, no contexto do CC, a enfermeira precisa estar atenta para que o seu agir seja pautado no amor ao próximo, na responsabilidade, na moral e nos valores em que acredita. A palavra moral vem do latim *Moralis*, objeto da ética, compreendida como conduta dirigida ou disciplinada por normas, conjunto dos *mores* (HOUAISS; VILAR, 2001).

Apreendi que a moral está relacionada ao agir humano, vivenciada através de reflexão com a finalidade de ter a clareza dos atos que deve realizar. A moral possibilita escolhas embasadas nos valores, nas normas e nos deveres que conduz a uma decisão consciente. O agir moral na prática diante de situações exige reflexão para a tomada de decisões.

A enfermeira que atua no perioperatório, ao cuidar, tem a oportunidade de desvelar sua eticidade através do respeito do outro, da responsabilidade, da autonomia e da competência. Rothrock (2007) considera que a enfermagem perioperatória se esforça para

promover o cuidado através de conhecimento intelectual, pensamento crítico, precisão técnica e tomada de decisões clínicas a fim de obter resultados positivos para o paciente.

Os sentimentos e situações experienciados pela equipe cirúrgica e o paciente fazem do CC uma unidade em que conflitos e dilemas éticos emergem cotidianamente. Nesse contexto, a autonomia e a segurança da enfermeira possibilitam que as atividades transcorram em clima de harmonia atendendo aos preceitos éticos e legais da profissão.

Para Guido (2003), o compartilhar de emoções, idéias, atribuições, procedimentos, responsabilidades, conflitos, suscita, na prática da enfermeira no CC, emoções exclusivas. Sentimentos que emergem do relacionamento, muitas vezes conflitivos, leva o CC a ser uma unidade que desencadeia confrontos, na qual o prazer, a satisfação, a insegurança, o sofrimento, o estresse são vivenciados por toda a equipe cirúrgica.

Diante do exposto, considero o CC uma unidade que tem suas peculiaridades – estressantes, excesso de atividades, deficiências de recursos, procedimentos complexos e divergência de opiniões e por isso, a enfermeira está exposta a situações conflitantes. Dessa forma, a segurança, a competência e a ética são necessárias no seu agir, a fim de evitar situações que venham a desencadear conflitos e dilemas éticos.

No CC, é imprescindível um suporte administrativo no sentido de promover condições apropriadas para que os aspectos técnicos relacionados a planta física e localização, recursos humanos e materiais, sejam assegurados como mecanismos que auxiliem a prevenção e o controle dos riscos e sustentem, na prática, a proteção ético-legal da equipe cirúrgica e da instituição.

A função da enfermeira, no CC, está voltada para a administração/gerenciamento, cuidado/assistência, ensino/educação e investigação/pesquisa. Relativo a essas funções, podemos destacar as Categorias dos Padrões Administrativos da Assistência Perioperatória que a Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) designa, a fim de guiar a enfermeira de CC e oferecer diretrizes para a avaliação do sistema operacional. Esses padrões fundamentam a organização e a coordenação da unidade onde se presta a assistência perioperatória (ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES, 2002, p. 12-14).

PADRÃO I - a estrutura administrativa do serviço perioperatório precisa existir e ser comunicado aos interessados.

PADRÃO II - o enfermeiro qualificado, com educação avançada e experiência administrativa, deve ser o coordenador administrativo dos serviços de enfermagem perioperatória;

PADRÃO III - o enfermeiro administrador deve ser responsável pelo planejamento da assistência nos serviços de Enfermagem Perioperatório;

PADRÃO IV - o enfermeiro administrador tem de responder pela organização dos serviços de Enfermagem Perioperatória;
PADRÃO V – o enfermeiro administrador deve ser responsável pela direção dos serviços de Enfermagem Perioperatória;
PADRÃO VI – o enfermeiro administrador precisa responder pela equipe de Enfermagem dos Serviços Perioperatórios;
PADRÃO VII – o enfermeiro administrador deve controlar os serviços de Enfermagem Perioperatória;
PADRÃO VIII – o enfermeiro administrador precisa ser responsável pela identificação e utilização de princípios éticos para garantir resultados positivos ao paciente.

Esses padrões, além de conduzirem a enfermeira na função gerencial, oferecem meios para que ela possa avaliar o seu processo de trabalho. Vale salientar que o Padrão VIII direciona-a no CC no sentido de estabelecer um programa para assistir ao paciente dentro dos princípios de competência, ética e legalidade, promover a proteção dos direitos humanos através da manutenção da privacidade e a confiança no ambiente, além de proporcionar um clima de não discriminação e alimentar a sensibilidade em presença de diferenças socioculturais.

Para Rothrock (2007, p.1), entre as diversas atribuições na enfermagem perioperatória incluem os elementos dos comportamentos e procedimentos técnicos que caracterizam a enfermagem profissional como:

Provavelmente, nenhuma outra área de enfermagem exige a larga base de conhecimentos, a memória instantânea da ciência cirúrgica, a necessidade de ser guiada intuitivamente pela experiência de enfermagem, a diversidade de pensamento e ação, as resistências física e mental e a flexibilidade necessárias nas tarefas de enfermagem perioperatória. [...], a enfermeira perioperatória depende do conhecimento da anatomia cirúrgica, alterações fisiológicas e suas consequências para o paciente, fatores de riscos intra-operatórios, potenciais de lesão para o paciente e os meios de preveni-los e implicações psicossociais para o paciente e outros entes queridos.

No que concerne à administração Silva, Rodrigues e Cesaretti (1997, p. 168) salientam que “a equipe de enfermagem no Centro Cirúrgico exerce atividades de responsabilidades, que vão desde aquisição, manuseio e manutenção de equipamentos específicos, à assistência ao paciente no pré, intra e pós-operatório”.

Oguisso, Schmidt e Freitas (2007) corroboram que o exercício da enfermagem em CC inclui atividades específicas e de grande responsabilidade, desde o preparo da sala de operação e de instrumental cirúrgico, isto é, os aparelhos e equipamentos. Dessa forma, requer, a prática da enfermeira, competência, bem como, conhecimento e habilidade para administrá-los.

Diante dessa realidade, fica evidente que a prática da enfermeira perioperatória está pautada por uma gama de atividades desenvolvidas durante a assistência no pré-operatório,

intraoperatório e pós-operatório, isto é, cuidando do paciente desde a admissão no CC até a alta no pós-operatório imediato.

No que concerne a competência, Potter e Perry (2004) observam que a prática da enfermagem abrange as seguintes competências: competências cognitivas - aplicação do conhecimento de enfermagem -, competências interpessoais – comunicação clara com o paciente, família e demais membros da equipe de saúde -, e competências psicomotoras – utilizadas no cuidado direto ao paciente.

Fundamentada na minha experiência como enfermeira de CC, compreendo que, no transcorrer do processo cirúrgico, a enfermeira necessita adquirir competências para desenvolver as suas atividades com eficiência e segurança através de habilidades intelectual, técnica, humanística e de comunicação interpessoal.

Avelar e Bianchi (2007, p. 102) corroboram:

No centro cirúrgico, o impacto da tecnologia avançada tem sido marcante em virtude da necessidade de maior especialização do conhecimento de grupos profissionais, bem como de novas e maiores aptidões e experiências, formando equipes complexas de especialistas altamente qualificados, gerando agentes transformadores que ajudam esse sistema a utilizar e adaptar-se aos novos progressos tecnológicos.

No que diz respeito ao conhecimento científico da enfermeira de CC, Meerker e Rothrock (1997, p.4) salientam que:

[...] a enfermeira perioperatória depende do conhecimento acumulado que é pertinente à anatomia cirúrgica, às alterações fisiológicas e às suas consequências para o paciente, fatores de riscos intra-operatório, potenciais de traumas para o paciente e o significado da prevenção [...]. Os conhecimentos adquiridos capacitam a enfermeira perioperatória para iniciar as ações de enfermagem tão logo seja notificada.

Nesse contexto, Peres, Leite e Gonçalves (2005 p.139-140), observam que a educação continuada é um “processo que impulsiona a transformação da organização, criando as condições de capacitação e de desenvolvimento pessoal e profissional [...]”. É essencial que a capacitação e atualização das enfermeiras de CC sejam contínuas, a fim de que possam acompanhar a evolução científica e tecnológica contemporânea.

Outra questão que deve ser ressaltada é a pesquisa no CC que possibilita identificar e colocar em prática novos conhecimentos na área de enfermagem. Reconhecer a sua importância para a enfermagem garante a preparação adequada para as enfermeiras-pesquisadoras tanto na assistência quanto na docência.

Oliveira e Santa Rosa (2008, p. 8) defendem:

A pesquisa tem promovido o crescimento na prática profissional porquanto aborda temas relevantes, com a perspectiva de validar a enfermagem como profissão, documentar a eficácia do cuidado, fornecer uma base de conhecimento para a prática e demonstrar o compromisso dos enfermeiros.

Atualmente, os avanços das pesquisas na biotecnologia, o incremento das novas tecnologias biomédicas, na informação e comunicação, na assistência à saúde e nos experimentos com seres humanos vem favorecendo aos profissionais de enfermagem vivenciar situações que carecem de decisões éticas, tanto individuais como coletivas. No CC, os desafios éticos ocorrem no cotidiano das enfermeiras no cuidar do paciente no perioperatório através da utilização das tecnologias e de conhecimentos específicos na sua área de atuação, portanto, carecem de posturas éticas no desempenho das suas atribuições.

Duarte e Lautert (2007) acrescentam que a enfermagem vivencia mudanças e transformações do mundo globalizado, entretanto percebe as novidades e dificuldades que as acompanham. Essas transformações têm impulsionado o conhecimento da profissão, bem como, suscitado dúvidas e preocupações éticas e legais, comuns no início da enfermagem moderna.

Para Kipper e Clotet (1998), a ética está relacionada ao interesse de conhecer o que é bom, o bem, e os seus opostos, o que é mau e o mal, com os princípios e argumentos que os fundamentam, justificam e diferenciam, é o conteúdo geral da ética *teórica*. Enquanto isso as teorias éticas oferecem a sua doutrina como uma série de normas para agir bem ou de modo correto, essas são denominadas de éticas *normativas*.

Porfírio e Gomes (2007) observam que o trabalho da enfermeira está estruturado em dois suportes, o jurídico e o ético. O primeiro garante às enfermeiras adquirir uma “aptidão especial”, confere-lhes a “capacidade do exercício”, após cumprirem as exigências previstas em lei do ensino superior da enfermagem. O segundo está relacionado ao suporte ético que norteia as relações humanas na perspectiva profissional e normativa – deontologia.

Fica evidente, que, na prática, as ações das enfermeiras de CC são pautadas nos princípios éticos e morais, assim como guiadas pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que normatiza o procedimento dos profissionais da equipe de enfermagem, responsabilizando-as por suas ações, conforme o exigido: “aprimoramento do comportamento ético do profissional, através do processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexo no campo científico e político” (COFEN, 2008, p. 36).

Compreendo que as normas deontológicas fornecem leis, código, resoluções para a promoção de assistência sem riscos e danos a toda população, bem como possibilitam uma

boa relação interpessoal entre a equipe de enfermagem e demais profissionais da área de saúde, pacientes e famílias, em especial no CC.

Para Valls (2004, p. 18), “[...] a ética exige seriedade. Não sei como poderíamos ensinar o que não vivemos”. O exemplo, através das ações da enfermeira no CC, é indispensável para demonstrar a sua vivência na prática.

No espaço do CC, a ética é vivenciada pela enfermeira através de valores e normas de comportamento que regulam as suas ações e as relações com os pacientes, família e a comunidade. A postura ética não deve estar presente apenas nas atitudes das enfermeiras, mas, também nas de toda a equipe de enfermagem e dos membros da equipe cirúrgica.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Seção I, das Relações com a Pessoa, Família e Coletividade, o capítulo Responsabilidades e Deveres, no Art. 12, determina: “Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência livre de imperícia, negligência ou imprudência” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 37). Por isso, é responsabilidade das enfermeiras no CC, cuidar do paciente em todas as etapas do processo cirúrgico e informá-lo dos possíveis riscos e agravos no perioperatório, demonstrando comprometimento com a qualidade do serviço prestado na unidade e assegurando uma assistência livre de imperícia, negligência e imprudência.

A imperícia surge pela falta de competência, de experiência, de habilidade ou fazer mal o que deveria ser bem feito; a negligência é o resultado da falta de apuro, de atenção, é desleixo, desmazelo, isto é, consiste em não fazer o que deveria ter feito e a imprudência diz respeito a um caráter de inconsideração, realizar uma atividade que não deveria ser realizada (GOMES; FRANÇA, 1998; HOUAISS; VILAR; FRANCO, 2001).

É salutar que as enfermeiras reflitam que na sua prática, em especial, na assistência perioperatória, a ética e a bioética ofereçam possibilidades para desenvolver as ações após reflexão, tendo como resultado ações coerentes e responsáveis. Assim, procedendo, desenvolvem a capacidade de se tornarem vigilantes ao desvelar precocemente os conflitos e dilemas éticos que emergem na sua prática, além de adquirir o discernimento para a tomada de decisão proporcionando ao paciente segurança e conforto.

3.2 CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS NO CONTEXTO DE CENTRO CIRÚRGICO

No contexto do CC, a enfermeira está susceptível a passar por situações conflitantes e dilemas éticos por atuar em unidade em que realiza cuidados complexos, enfrenta situações

estressantes relacionada à própria dinâmica do trabalho da equipe, grande fluxo de pessoas na unidade e um ambiente em que o espaço é único e compartilhado por todos da equipe cirúrgica. Nessa unidade, os pacientes estão sujeitos às ações/procedimentos dos profissionais, em que surgem reações reveladas pelo medo, seja da cirurgia, da anestesia, da dor, do sofrimento, da morte, do ambiente desconhecido e/ou da dependência do cuidado de outrem.

A enfermeira, no seu dia a dia, vivencia conflitos com a administração da instituição e os demais membros da equipe cirúrgica em decorrência de deficiências de recursos humanos, materiais e de infraestrutura. Como exemplo, duas cirurgias que são programadas no mesmo horário e que utilizarão determinado equipamento (ex: bisturi elétrico), entretanto, a unidade só dispõe de uma unidade. Diante da situação, os cirurgiões entram em discussão com opiniões antagônicas, cada um considera a sua cirurgia a mais importante e não se chega a um consenso. Portanto, um deles não conseguiu o seu objetivo – realizar a cirurgia com o bisturi elétrico.

Retomando o dilema ético, Abbagnano observa que esse termo é inicialmente empregado por gramáticos e lógicos do século II para indicar os raciocínios insolúveis ou conversíveis, e exemplifica com a fábula que narra o dilema “do crocodilo”:

[...] um crocodilo que rapta um menino e promete ao pai que vai restituí-lo se adivinhar o que o crocodilo vai fazer, ou seja, se vai restituir, o menino ou não. Se o pai responder que o crocodilo não vai restituir, o crocodilo estará diante de um D.: se não restituir, a resposta do pai será verdadeira e, de acordo com o pacto, ele deverá devolver o menino; mas se o devolver, a resposta do pai estará errada e este perderá o direito a restituição (ABBAGNANO, 2007, p. 326).

Os conflitos e dilemas éticos emergem das ações humanas que vão de encontro aos princípios, normas ou regras de comportamento de uma determinada comunidade. No momento da decisão, os indivíduos se vêem defronte a opções desejáveis ou não. Essa situação pode causar dúvida e desconforto, especialmente, quando a decisão é tomada. Vale ressaltar que a solução encontrada pode levar a novas situações conflituosas.

Para Duarte (2004), a enfermeira no CC vivencia dilemas e conflitos na sua prática cotidianamente, na medida em que faz parte de uma equipe multidisciplinar e que terá que agir levando em conta inúmeros interesses, tais como: os do paciente, dos familiares, da instituição e dos demais profissionais que atuam nessa unidade.

Vivenciei situação conflituosa na minha prática no que diz respeito aos cirurgiões que solicitavam a liberação da sala destinada aos procedimentos obstétricos para realizar cirurgias, com a justificativa de que se tratava de cirurgias de urgência. O fato de o número de salas na unidade ser insuficiente para a demanda de cirurgias contribuía, por si só, como um fator

desfavorável à condução normal do trabalho. Concordar com a realização da cirurgia ou deixar a sala disponível para uma “provável” urgência obstétrica? Que decisão tomar?

Outra questão que merece destaque está relacionada à necessidade de lucrar mais com os procedimentos realizados, influenciando no comportamento de alguns profissionais no CC, deixando-os despreocupados em relação à segurança mínima necessária para a realização de procedimentos, tanto para o paciente como para a equipe cirúrgica. Não realizá-lo, implicaria prejuízo financeiro para eles. Nesse caso, se observa que o princípio da não-maleficência não era respeitado.

Massarollo e Fernandes (2005, p.15) entendem dilemas éticos como “a necessidade de escolha entre duas ou mais alternativas, igualmente desejáveis ou indesejáveis, requerendo, para isso, reflexão, ponderação e discussão”. No momento de decisão, não tem respostas prontas ou condutas preestabelecidas, as decisões devem ser de acordo com a análise de cada situação.

Thompson, Melia e Boyd (2004, p. 8) alertam que “um dilema é uma escolha, de qualquer tipo, entre duas escolhas não satisfatórias”. Por outro lado, esclarecem que nem todos os dilemas são dilemas éticos, isto é, podem ser evidenciados pela falta de conhecimento do melhor caminho teórico ou prático para se chegar a uma solução e que tenha o aceite de todos. Portanto, para se configurar um dilema moral faz-se necessário que exista o “conflito entre princípios morais opostos ou valores aplicáveis às situações - aquilo que acreditamos dever fazer, ou aquilo que acreditamos ser fundamentalmente bom ou importante” (THOMPSON; MELIA; BOYD, 2004, p. 8).

No CC, as enfermeiras ficam expostas a situações conflitantes por ser uma unidade em que os procedimentos são realizados com o paciente quase sempre sedado ou inconsciente. Ademais, o ambiente é stressante pela escassez de recursos humanos e materiais, estrutura física inadequada, desumanização entre profissionais de saúde e paciente. Na escolha e implementação das estratégias adequadas para se lidar com cada tipo de situação, reside o mérito do desempenho profissional.

Na prática, a enfermagem enfrenta situações que exigem tomadas de decisões éticas e morais, situações relacionadas a dilemas éticos, que a cada dia tendem a aumentar de complexidade à medida que a ciência e a tecnologia possibilitam a capacidade de intervenção que nunca se julgaram possíveis (STREUBERT; CARPENTER, 2002).

Para Duarte e Lautert (2006), no cotidiano do CC, são vários os conflitos que fazem parte do dia a dia dos enfermeiros. Podem ser gerados por ações ativas, isto é, aquelas em que

se faz ou se impede algo, e por ações passivas, permitindo ou omitindo-se. Porém, independente do tipo de ação, algo sempre acontece.

No contexto de CC, os dilemas éticos ocorrem tanto em nível individual - um paciente -, quanto no coletivo – vários pacientes. Exemplo: profissionais da equipe cirúrgica, devido ao interesse por um melhor tratamento para os pacientes, podem omitir informações, a fim de que os planos de saúde liberem os procedimentos. Diante de situação familiar, como as enfermeiras devem agir? Beuchamp e Childress (2002) salientam que, nos Estados Unidos, ocorrem situações semelhantes e que as regras contra fraude e em prol do paciente não são exigências categóricas e precisam de uma maior especificação para oferecer um aconselhamento moral e mais concreto aos profissionais de saúde.

Meekeer e Rothrock (1997, p. 1228) destacam situações que desencadeiam dilemas éticos no perioperatório:

[...] erro técnico cometido pelo cirurgião, que então solicita que não haja documentação do incidente; realização de cirurgia em uma criança em morte cerebral em consideração à família; questões de obrigatoriedade do teste para HIV tanto para o paciente quanto para o profissional de saúde; presença de pessoas não autorizadas na sala de cirurgia durante um procedimento; suspeita de drogas por um dos membros da equipe; operação do paciente errado ou do lado errado; levar pacientes “não ressuscitáveis” para área de recuperação para expirar e critérios obscuros para confirmação de morte de paciente.

Oguisso, Schimdt e Freitas (2007) salientam que as indefinições de papéis, treinamentos deficientes da equipe de enfermagem, supervisão, recursos humanos, equipamentos e materiais inadequados e/ou em precárias condições de funcionamento, fatores psicossociais e organizacionais, favorecem meios para a ocorrência de falhas na assistência de enfermagem no CC.

Dentre os conflitos que ocorrem no CC, destaco as condições desfavoráveis da unidade predispondo à ocorrência de danos, dos quais o paciente não é informado, privando-o de exercer a sua autonomia de optar entre submeter-se ao procedimento, naquele momento, ou em outra oportunidade.

Nesse sentido, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, no Artigo 5º, dispõe que “A autonomia das pessoas deve ser respeitada, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos que não são capazes de exercer autonomia” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS, 2010, p. 480).

É condição *sine qua non*, para agir diante dos conflitos e dilemas éticos, que a enfermeira, ao detectá-los na unidade de CC, desenvolva o raciocínio deliberativo e sistemático, não tome decisão isoladamente, concorde com a pluralidade de opiniões, negocie as diferenças, promova a incorporação das idéias conflitantes e o respeito mútuo entre a equipe cirúrgica, pacientes e familiares.

No cotidiano das enfermeiras do CC, o debate ético torna-se ainda mais complexo devido à natureza do seu trabalho e das relações que se estabelecem entre a equipe cirúrgica e o paciente. A necessidade de encontros para discutir situações conflitantes é de suma importância. Esses encontros podem ser realizados em um local adequado, para tanto, se faz necessário implantações de Comitês de Ética, que são espaços apropriados para discussões e reflexões sobre situações éticas vivenciadas na prática das enfermeiras.

As instituições de saúde devem implantar os Comitês de Ética com o objetivo de acompanhar a trajetória da equipe de enfermagem e dos demais profissionais no que diz respeito ao compromisso, responsabilidades, respeito aos direitos e deveres dos pacientes. É mister ressaltar que existem problemas ético-clínicos que não decorrem da relação profissional de saúde – paciente, e sim, de fatores relacionados ao sistema de saúde como: infraestrutura inadequada, escassez de recursos humanos e materiais, dentre outros.

Para Freitas (2006), dentre as atividades gerencias do enfermeiro estão presentes as ocorrências éticas que são relacionadas ao exercício profissional. O autor ressalta que a ação gerencial do enfermeiro não se limita a administração de recursos humanos e materiais, mas, as relações interprofissionais, entre enfermeiros e paciente que podem desencadear situações que envolvem os profissionais de enfermagem.

Diante desse contexto, considero importante que as instituições de saúde promovam a implantação de Comissão de Ética em Enfermagem, com intento de solucionar não só as ocorrências éticas, como também os conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática das enfermeiras no CC.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na Resolução 172/1994, autoriza a criação de Comissões de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008).

Outra questão que deve ser refletida diz respeito às pesquisas realizadas no contexto hospitalar, e em especial, no CC. Essas pesquisas devem obedecer aos princípios da ética e da bioética, principalmente as que envolvem seres humanos, sendo necessário que a instituição estabeleça como meta a constituição de Comitê de Equipe e Pesquisa com Seres Humanos,

conforme o que preconiza a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Essa Resolução incorpora, “sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado” (BRASIL, 2009).

A realização de pesquisa em uma instituição de saúde desenvolve o conhecimento de quem a produz e traz excelentes contribuições para os profissionais, em especial, da área de saúde. Os conhecimentos produzidos promovem excelência no trabalho, norteiam as ações dos profissionais, trazem benefícios para os pacientes, a família e a sociedade.

Importante ressaltar que a pesquisa realizada sem controle e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) poderá vir a causar riscos irremediáveis, tanto para o indivíduo, como para a sociedade. Assim, as instituições de saúde em que os profissionais realizam pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir o CEP, conforme preconiza a Resolução nº 196/96.

3.3 CONFLITOS DE ESFORÇOS, DE CONSCIÊNCIA E DE INTERESSES NA PERSPECTIVA DA VIVÊNCIA DAS ENFERMEIRAS NO CENTRO CIRÚRGICO

Os conflitos são vivenciados na prática das enfermeiras no CC por ser essa unidade, complexa e apresentar uma relação interpessoal que muitas vezes favorece ao surgimento do mesmo e que exige tomada de decisões.

Com o avanço da tecnologia e da ciência, o Centro Cirúrgico (CC) se tornou um ambiente complexo, onde ocorrem relacionamentos conflituosos entre as pessoas que nele atuam, dentre essas, as enfermeiras e os pacientes. Esse contexto pode favorecer situações que envolvem aspectos éticos e morais, possibilitando a incidência de conflitos e dilemas. Diante desses últimos, a enfermeira vale-se de sua autonomia para escolher, dentre as alternativas propostas, aquelas que trazem menos prejuízo para o paciente, a equipe e a instituição.

Porfírio e Gomes (2007, p. 378) ressaltam que:

[...] a unidade do centro cirúrgico é cenário de muitas ocorrências graves, pelas atividades específicas de grandes responsabilidades dos profissionais que nele atuam, como o agendamento dos procedimentos cirúrgicos de maneira sincronizada, o preparo das salas operatórias e dos instrumentais, a complexidade do ato operatório propriamente dito e também pelas condições ambientais e tecnológicas, em constantes transformação e aperfeiçoamento.

No agir profissional, a enfermeira deve ficar atenta para detectar situações que envolvem valores, princípios, crenças, normas e rotinas institucionais ou legislações profissionais e, ao mesmo tempo, escolher que ação gerencial ou de cuidado vai priorizar, utilizando o conhecimento, a habilidade técnica ou recursos de outras ciências para auxiliá-la diante de conflitos ou dilemas, seja para intervir ou para decidir.

Bradley (2005) observa que as ciências geram pressões conflituosas que têm diferentes implicações, incluindo penalidades e transgressões. Os conflitos gerados são categorizados em: conflitos de esforço, de consciência e de interesses, sendo resolvidos no nível individual, de acordo com os interessados, de forma imediata, seja na comunidade científica, acadêmica, industrial, governamental ou empreendedora.

A enfermeira encontra disposição para analisar e resolver situações de conflitos, seja identificando outros problemas a eles relacionados, compreendendo o processo que vivencia, divulgando entre seus pares/equipe as consequências de seus atos, assim como gerenciando e coordenando pessoal, material e as relações que são estabelecidas nesse contexto.

Existem contingências que influenciam no agir da enfermeira em presença de conflitos ou dilemas, a exemplo, atribuições assumidas ao assinar o contrato de trabalho, aquelas existentes no seu Código de Ética profissional, as que surgem das relações com as equipes de trabalho e as que emergem da sua consciência.

O conflito de esforço nasce quando existe cobrança de demandas acima do que se pode produzir. Esse tipo de conflito pode surgir através de cobrança de um colega de trabalho a outro, causando interferências nas atribuições do mesmo (BRADLEY, 2005).

O conflito de esforço pode ser evitado quando o profissional tem consciência dos seus deveres e atribuições, pois grande parte dos conflitos advém das aspirações por reconhecimento dos superiores e de status. Dessa forma, o profissional enfrenta um novo dilema, ao ter que diferenciar entre os seus esforços compensados e seus esforços totais, que incluem atividades para a satisfação pessoal e reconhecimento (BRADLEY, 2005).

O conflito de consciência inicia quando uma crença pessoal é imposta a outros, sendo que não envolve recompensa financeira ou ganhos pessoais (BRADLEY, 2005). No contexto do CC, as enfermeiras estão expostas ao conflito de consciência a partir do momento em que as suas convicções sobre determinadas situações são ignoradas em detrimento de outras que lhe são impostas.

O conflito de interesses surge quando um indivíduo explora sua posição para ganhos pessoais ou para proveito de um membro da família. Como exemplos: a entrega de presentes e gratuidades; compensações; pagamentos múltiplos por um único trabalho; conservadorismo e

nepotismo (BRADLEY, 2005). A enfermeira no CC vivencia situações semelhantes no seu cotidiano.

O conflito de interesses para a enfermeira pode ocorrer através de recompensa, seja para segurança, manutenção no cargo, ganho de prestígio entre colegas da mesma profissão e de outras categorias profissionais, além do reconhecimento por parte do paciente de ser portadora de poder.

Por fim, os conflitos de esforço, consciência e interesse são vivenciados pelas enfermeiras no contexto do CC, no entanto, faz-se necessário saber administrá-los. Para que se chegue a uma solução, as medias devem ser providenciadas através da identificação das pessoas envolvidas, análise das causas conflitantes, busca de atitude criteriosa para lidar com eles, utilização de métodos que auxiliem na implementação de ações para solucioná-los e em seguida colocá-la em prática.

3.4 DILEMAS ÉTICOS / MORAIS E O ARGUMENTO DO SENTIMENTO MORAL, DA SIMETRIA E DA INCOMENSURABILIDADE

Encontra-se na literatura que os dilemas morais antes do século XX eram rejeitados pelos filósofos. Na idade média, teve início a discussão quanto a possibilidade de existir o dilema moral, mesmo assim era rejeitado por alguns filósofos, a exemplo de Tomás de Aquino. Este negava essa possibilidade, ou pelo menos daqueles não resultavam de uma falta de moral do agente (TAPPOLET, 2007, p. 445). Como explicita a autora, Kant e Mill negam que possam existir verdadeiros dilemas morais. O primeiro considera que um conflito de deveres é inconcebível, desde quando os princípios que exprimem deveres são necessários, ou tais regras não podem estar em conflitos. Entretanto, admite que os fundamentos podem estar em conflitos. Para o segundo, uma das vantagens do utilitarismo⁶ consiste no fato de esta abordagem permitir a resolução de dilemas aparentes.

Filósofos contemporâneos como Lemmon e Williams, são a favor dos dilemas (TAPPOLET, 2007, p. 445). Entre eles, o autor, destaca Sartre, que em seu livro, *O existencialismo é o humanismo*, discorre sobre uma situação em que “um aluno hesita entre se

⁶ “[...] segundo a qual o valor moral da ação não se organiza a partir de seus resultados, mas a partir da intenção que a anima – o utilitarismo, inscrevendo-se numa tradição que remota a Hobbes, e que se inspira em Epicuro, é uma doutrina que coloca a utilidade como critério ou princípio da atividade do ponto de vista moral: a moral utilitarista é a teoria racional que permite determinar as técnicas que garantem o **máximo de felicidade individual** (DUROZOL; ROUSSEL, 2005).

unir às tropas francesas no exílio para combater o inimigo alemão, vigiando, assim, seu pai, ou permanecer junto de sua mãe para ajudá-lo a sobreviver”.

Um dilema configura-se quando os agentes se encontram diante de escolhas morais difíceis, isto é, entre duas ações impossíveis de serem realizadas ao mesmo tempo, não chegando a concluir qual a opção que constitui o dever que é moralmente obrigatório. No contexto do CC, a enfermeira no cotidiano enfrenta dificuldades relacionados a escassez de recursos materiais, humanos, relacionamento interpessoal difícil entre os membros da equipe cirúrgica, dentre outros. Dessa forma, elas ficam entre duas ações que é impossível realizar ao mesmo tempo, não conseguindo identificar qual a que se configura como o dever moralmente obrigatório.

Tappolet (2007, p. 445) destaca três argumentos em favor da possibilidade da existência dos dilemas morais:

- ✓ Do sentimento moral - formulado por Williams (1965), considerado o mais respeitável. Em sua idéia central o agente, ao se encontrar entre duas obrigações que não pode atender ao mesmo tempo as duas. Possivelmente terá o arrependimento de ter realizado uma escolha, mesmo que esta tenha sido obrigatória no momento da opção. Portanto, como o arrependimento seria apropriado, qualquer que fosse a obrigação negligenciada, parece que seria o caso de concluir que o agente tem duas ações conflituais.
- ✓ Da simetria – Marcus (1980) argumenta com exemplos de situações moralmente simétricas em que dois gêmeos idênticos estão em perigo. As circunstâncias são tais que o agente só pode salvar um deles. Se o agente tem a obrigação de salvar o primeiro, da mesma forma ele deve salvar o segundo, pois, as duas opções são moralmente idênticas. Por isso, como o agente não pode salvar senão um dos gêmeos, essas obrigações estão em conflitos. Dessa forma, qualquer que seja a opção do agente deixará de cumprir um de suas obrigações.
- ✓ Da incomensurabilidade – Concebida por Lemmon (1962) diante das obrigações incomensuráveis haverá possibilidade de conflitos insolúveis - nenhuma das obrigações tem primazia sobre as demais. A incomensurabilidade diz respeito a escolha entre duas opções em que a primeira pode produzir mais justiça que a segunda, que, por sua vez, pode produzir duas vezes mais felicidade que a primeira. Nessa situação não se pode revelar que uma é mais benéfica que a outra. Dessa forma, parece que a obrigação de escolher a primeira opção não pode ser comparada aquela de escolher a segunda. Quando a incomensurabilidade está presente entre algumas

obrigações, de um tipo particular, e outras obrigações de outro tipo haverá dilemas morais.

Na prática um dilema é solucionado ao se cumprir um dever, entretanto, a ação normalmente conduz a transgredir outro dever. Daí emerge o dilema ético, pois, o agente não consegue realizar as duas ações ao mesmo tempo. Assim, considero que as enfermeiras no CC vivenciam dilemas com argumentos do sentimento moral, da simetria e da incomensurabilidade.

3.5 INTRODUZINDO A BIOÉTICA PRINCIPALISTA

Para melhor compreender a bioética, faz-se necessário conceituar a ética e apresentar a sua contribuição na atuação dos profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, a fim de apreender a relação entre as duas ciências, no cuidado ao paciente. Ética do grego *Ethica*, em geral, ciência da conduta (ABBAGNANO, 2007, p. 442). Para o autor, são duas concepções da ética: a primeira, que a considera como ciência do fim, segundo a qual a conduta dos indivíduos deve ser orientada, e dos meios para atingir tal fim; e a segunda, que a considera como ciência do móvel da conduta humana, isto é, determina disciplinarmente essa conduta. Portanto, “A primeira fala a língua do ideal para qual o homem se dirige por sua natureza e, por conseguinte, da “natureza”, “essência” ou “substancia”. Enquanto que a segunda aborda “motivos” ou “causas” da conduta humana, ou das “forças” que a determinam.

No que concerne à ética de Enfermagem, teve início com a sua precursora, Florence Nightingale, no século XIX, por meio da fundação da primeira escola de Enfermagem em Londres. Influenciadas, inicialmente, pela ética profissional, as enfermeiras tiveram a oportunidade de refletir sobre as exigências particulares e a sua prática profissional, retirando dela uma ética ou uma deontologia específica (DURAND, 2007).

O interesse da filosofia pelas questões éticas da prática médica e de enfermagem é remoto. A contribuição para a ética filosófica surgiu no século IV, a.C. com o filósofo grego Aristóteles e a sua a visão ética era orientada pela obtenção da felicidade e estruturada em torno das virtudes, especialmente da virtude da prudência, que preside a tomada e decisões através da reflexão. Essa concepção prática da ética foi esquecida por muitos séculos e foi retomada na idade moderna a partir do momento em que a filosofia adquiriu a sua autonomia e a ética, a sua importância (DURAND, 2007).

Beauchamp e Childress (2002, p. 18) observam que:

Ética é um termo genérico para várias formas de se entender e analisar a vida moral. Algumas abordagens são normativas (isto é, apresentam padrões de ações boas ou más), outras são descritivas (relatando aquilo em que as pessoas acreditam e como elas agem) e outras, analisam os conceitos e os métodos da ética.

A ética biomédica teve início com Hipócrates, sendo as tradições suplantadas na metade do século XX. Por isso, os avanços científicos, tecnológicos e sociais que surgiram nessa época, produziram mudanças rápidas nas ciências biológicas e nos cuidados com a saúde. Em decorrência desses desenvolvimentos, surgiram desafios das concepções prevaletes acerca das obrigações morais dos profissionais da saúde e da sociedade, no que diz respeito à satisfação das necessidades dos doentes e dos feridos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 17).

A ética é abordada sob duas vertentes, *ética descritiva (ethos)*, o exame dos costumes e dos comportamentos relativos aos valores, princípios e normas morais de uma população ou em geral e a *ética normativa* que estuda valores, princípios e normas de comportamentos em relação ao que é lícito ou não. Na ética normativa incluem-se a *ética geral*, que está relacionada aos fundamentos, valores, princípios e normas, e a *ética especial*, que se preocupa com a aplicação desses princípios em campos específicos, com o exemplo, no âmbito das profissões (ética profissional); e no âmbito das ciências da vida e da saúde, a bioética (SGRECCIA, 2002).

Além da ética descritiva e normativa, Beauchamp e Childress (2002, p. 19) ressaltam a metaética que também é um tipo de abordagem da ética. Ela tem relação com a linguagem dos conceitos e dos métodos do raciocínio e possibilita debater sobre os sentidos de certo, obrigação, virtude, princípios, justificação, simpatia, moralidade e responsabilidade, bem como, o estudo da epistemologia moral e da lógica dos padrões do raciocínio e da justificação moral. A análise da metaética inclui problemas como a moralidade social e objetiva, relativa ou não-relativa, racional ou irracional.

Ao falar em bioética, fica em evidência a sua importância nas questões éticas que surgem com a evolução e o avanço das ciências da vida. O termo bioética expressa, no sentido comum, “ética da vida” ou como é definido na Enciclopédia de Bioética de 1978: "estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e do cuidado da saúde, quando esta conduta se examina à luz dos valores e dos princípios morais" (REICH, 1995).

A bioética emergiu em decorrência das preocupações com os problemas existentes na contemporaneidade, relacionada às consequências dos progressos científicos e tecnológicos,

em especial para os ecossistemas e para a humanidade. A ética tem promovido consideráveis reflexões nas áreas sociais, na biologia, na saúde e em especial na área biomédica.

Em 1974, o governo americano, em decorrência das atrocidades que ocorreram em nome da ciência, constituiu uma comissão nacional com vista à proteção dos seres humanos na pesquisa biomédica e comportamental, com a intenção de identificar os objetivos essenciais que norteassem essas pesquisas (PESSINI, 2002).

Após quatro anos de trabalho, essa comissão em 1978, portanto, oficializou o Relatório Belmonte que se tornou uma declaração principialista clássica para ética relacionada à pesquisa com seres humanos, bem como para a reflexão da bioética em geral. Ela é constituída dos seguintes princípios: a autonomia, a beneficência e a justiça. Em seguida, Beauchamp e Childress, em 1979, difundiram a bioética não só para as questões éticas, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos, assim como, no campo da prática clínica e assistencial, a partir de quatro princípios básicos – dois de caráter deontológico - não-maleficência e justiça -, e os outros dois de caráter teleológico - beneficência e autonomia (PESSINI, 2002).

Moser e Soares (2006) ressaltam que Beauchamp e Childress tiveram a intenção de utilizar os princípios na análise das decisões clínicas da seguinte maneira: teleológica – beneficência e autonomia -, apontam para os fins aos quais os médicos devem estar orientados; deontológica - não-maleficência e justiça -, advertem quanto aos deveres que médico devia assumir no cuidado com o paciente. Compreendo que estes princípios devem ser utilizados por todos os profissionais que atuam na área de saúde, em especial, a enfermeira no CC.

O neologismo bioética foi utilizado, pela primeira vez, pelo Prof. Van Rensselaer Potter, Doutor em Bioquímica e pesquisador na área de oncologia da Universidade de Wisconsin/EEUU, em 1970. Em 1971, Potter publicou *Bioethics Bridge to the future*⁷, obra em que denunciava a periculosidade do hiato entre a cultura científica e a cultura humanística, mais especificamente: a separação entre valores morais e fatos biológicos, e propunha uma *scientia nova* que utilizasse os conhecimentos biológicos, ecológicos, genéticos e fisiológicos como guia para a ação em prol da sobrevivência (SCHRAMM, 2001).

A bioética idealizada por Potter tinha como princípio um compromisso frente ao equilíbrio da natureza e, como resultado, a preservação dos seres humanos, do ecossistema e da vida do planeta.

⁷ “Bioética Ponte para o futuro” (tradução nossa).

Patrão Neves e Osswald (2008) salientam que, no mesmo ano, após a publicação de Potter, Andre Hellegers, obstetra holandês da Universidade de Georgetown, em Washington, criou na sociedade americana, o Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics. A intenção da sociedade era focar a medicina com a finalidade de promover o bem estar geral das pessoas. A preocupação de Hellegers, não era só em fazer diagnósticos de doenças, mas, com a promoção da saúde e o bem-estar dos indivíduos.

No CC, o paciente será submetido a um procedimento invasivo. Nesse momento, encontra-se fragilizado com medo da cirurgia, dos equipamentos, da ausência dos seus familiares, bem como, em alguns casos a preocupação com sustento dos mesmos, dentre outras desagradáveis sensações que o deixam desconfortável. Nesse contexto, importa que os princípios da bioética sejam cumpridos pela equipe cirúrgica, a fim de fornecer condições para solucionar situações de caráter ético, moral e os relacionados à vida, à saúde e ao bem-estar do paciente no perioperatório.

A bioética está voltada para a reflexão sobre os valores inerentes à vida e à saúde do indivíduo. Abrange os mais diversos posicionamentos e reflexões com relação às situações éticas e morais, ensejando divergências a serem superadas pelo diálogo e que podem evoluir para a discussão áspera e até para o conflito de interesses. Assim, a bioética está, nesse contexto, não só para solucionar problemas relacionados à natureza humana, mas, também, problemas éticos que ocorrem no mundo contemporâneo por meio das ciências e das novas tecnologias (SEGRE, 2001).

Para Schramm (2005), apesar das inúmeras definições de bioética, elas têm em comum a moralidade, referente ao agente moral ou ao ato desse agente, e a referência à vida.

A bioética, como toda disciplina ética, tem visões diferenciadas e nas quais foram constituídas. Neste estudo, utilizo a bioética principialista, representada por Tom Beauchamp e James Childress, que propõe quatro princípios norteadores: a beneficência, não-maleficência, autonomia e a justiça.

A bioética propõe uma reflexão sistemática a respeito das intervenções da pessoa sobre os seres vivos. Essa reflexão tem o objetivo de identificar valores e normas que guiem o agir humano no que diz respeito à intervenção da ciência e da tecnologia sobre a própria vida e sobre a biosfera (SGRECCIA, 2002, p. 57).

A origem da bioética já foi abordada neste trabalho, mas considero importante discorrer sobre os seus princípios, que guiaram a análise dos conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática das enfermeiras, no CC.

A bioética, como ética da vida, é considerada universal, entretanto, os modelos que a referenciam são diversificados. Nesse contexto, será apresentado o modelo principialista.

Kipper e Clotet (1998, p. 41) referem que:

O pluralismo ético dominante e a necessidade de uma teoria acessível e prática para a solução de conflitos de caráter ético fez desabrochar o principialismo como ensinamento e método mais difundido e aceito para o estudo e solução dos problemas éticos de caráter biomédico.

Amorim (2003) salienta que o principialismo é uma teoria moral embasada em princípios *prima facie* e que é aplicada no campo dos dilemas e conflitos morais.

Beauchamp e Childress (2002, p. 50) observam que W. D. Ross faz uma distinção entre as obrigações *prima facie* das obrigações. Para os autores, a expressão “*obrigação prima facie* indica uma obrigação que deve ser cumprida a menos que entre em conflito, numa ocasião particular, com uma obrigação de importância equivalente ou maior”. Eles exemplificam que a *obrigação prima facie* seria uma situação em que o ato de matar pode levar o alívio da dor e do sofrimento, portanto, quando este ato é realizado a pedido do indivíduo que está sofrendo foi respeitada a autonomia e, ao mesmo tempo, aliviado o sofrimento. Então, ao mesmo tempo em que esse ato é errado, é correto *prima facie*, pois duas ou mais normas entram em conflito nas circunstâncias dadas.

Beauchamp e Childress (2002) salientam que Ross considera que o agente tem de determinar qual a posição a tomar ao encontrar uma obrigação efetiva ou prioritária (em oposição à obrigação *prima facie*), isto é, o agente tem de localizar o equilíbrio do certo sobre o errado.

Assim, o enfoque principialista de Beauchamp e Childress é estabelecido a partir das obrigações da teoria *prima facie* de Ross. São esses os princípios da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

Sobre o princípio da autonomia [Kant](#) (2008, p. 69-70), em sua obra *Fundamentos da Metafísica dos Costumes e Outros Escritos*, propôs o Imperativo Categórico e, de acordo com essa proposta, a autonomia não é absoluta, mas passa por um critério de universalidade.

O princípio da autonomia é, portanto, não escolher senão de modo que as máximas de escolha no próprio querer sejam simultaneamente incluídas como lei universal. Que essa regra prática seja um imperativo, quer dizer, que a vontade de todo ser racional esteja necessariamente ligado a ela como condição, é algo que não se pode demonstrar pela simples análise dos conceitos nelas contidos, pois trata-se de uma proposição sintética.

A autonomia pressupõe aceitar que as pessoas se autogovernem, quer nas suas escolhas, quer nos seus atos. Muñoz e Forte (1998) complementam com o conceito de

autonomia ao explicitar que ela concede ao paciente o autogoverno, a autodeterminação para decidir sobre situações que afetarão a sua vida, sua integridade físico-psíquica e as suas relações sociais. Sendo assim, respeitar a autonomia é compreender que é concedida ao indivíduo a garantia de ser responsável pelas suas decisões de acordo com o objetivo que desenha para a sua vida, as suas crenças, aspirações e valores próprios.

Para Beauchamp e Childress (2002, p. 138), o indivíduo autônomo tem a liberdade de agir conforme as suas escolhas. Ressaltam que o indivíduo pode ter a sua autonomia reduzida em algum aspecto, isto é, em algum momento, as decisões serão controladas por outras pessoas. Nesse sentido, Gracia (2007) observa que, do princípio da autonomia derivam os seguintes procedimentos práticos: o consentimento informado (o indivíduo decide a sua ação) e o outro diz respeito ao indivíduo incompetente ou incapaz de decidir, isto é, não tem a autonomia para realizar a ação.

A autonomia da enfermeira está mencionada no CEPE, nos Princípios Fundamentais, ao afirmar que “O Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 36).

As posturas autônomas e responsáveis possibilitam que a enfermeira desenvolva, em sua prática no CC, um trabalho ético e com qualidade, priorizando o respeito à privacidade e à confidencialidade, tão almejado pelo paciente em relação às pessoas que os assistem. Nesse sentido, o Art. 19, sobre as Responsabilidades no CEPE aponta que é dever da enfermeira “Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo o seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 38).

Para Beauchamp e Childress (2002, p. 142), respeitar a autonomia implica em conhecer o seu direito de ter opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Outra condição importante é não interferir nas decisões dos indivíduos, isto é, inclui obrigações para sustentar as capacidades de escolha dos outros, para fazer escolhas autonomamente, a fim de que os temores sejam diminuídos e a autonomia não seja prejudicada.

Uma ação não pode ser julgada autônoma, quando a pessoa está diante de só uma alternativa de escolha. Quando não existe a liberdade de pensamento, nem de opções, não existe a autonomia. Devem as enfermeiras do CC buscar a sua autonomia através das atribuições que lhe competem, não assumindo posturas intransigentes e autoritárias e preocupando-se com o sentimento e a dignidade da pessoa humana em todo o seu ciclo vital.

Quanto ao paciente, as enfermeiras no CC não podem excluí-lo na escolha das alternativas que irão direcionar o seu tratamento, essa escolha deve ser feita com antecedência, isto é, antes de iniciar o processo cirúrgico, especialmente da indução anestésica. Portanto, o respeito à autonomia do paciente no perioperatório implica em aceitar as escolhas dos indivíduos, desde quando não sejam prejudiciais a outrem ou à coletividade.

Beauchamp e Childress (2002) referem que o desrespeito à autonomia de um indivíduo significa tratá-lo como um meio, de acordo com os objetivos dos outros, sem preocupar-se com o que esse indivíduo almeja. Essa atitude se constitui em uma violação moral, pois os indivíduos autônomos são fins em si mesmos, capazes de determinar o próprio destino. Os autores ressaltam que o princípio da autonomia, mesmo sendo amplo, apresenta restrições para ser aplicado às pessoas que não podem agir de forma autônoma.

Para Muñoz e Forte (1998, p. 59), o ser humano não nasce autônomo:

[...] existem pessoas que de forma transitória ou permanente, têm sua autonomia reduzida, como as crianças, os deficientes mentais, as pessoas em estado de agudização de transtornos mentais, indivíduos sob intoxicação exógena, sob efeito de drogas, em estado de coma.

Na prática, as enfermeiras no CC podem vir a interferir na vontade do paciente, no que diz respeito à escolha de equipe de cirurgia/anestesiologista, tipo de anestesia, tipo de incisão cirúrgica, dentre outras. Neste sentido, devem ficar atentas para não exercerem autonomia, assumindo atitude paternalista, tirando a oportunidade de o paciente decidir sobre a sua vida. Kipper e Clotet (1998) esclarecem que o paternalismo é manifestado através de atitudes de superproteção, autoritarismo, inibição, infantilismo e que todas elas conduzem a uma situação anormal.

Para Beauchamp e Childress (2002), a análise filosófica do paternalismo vem desde Kant, que denunciou o governo por ser paternalista e de restringir por benevolência a liberdade dos cidadãos. Para eles o paternalismo envolve:

[...] alguma forma de interferência ou de recusa em aceitar as preferências de uma outra pessoa acerca do seu próprio bem. Os atos paternalistas geralmente envolvem força ou coerção, por um lado, ou mentiras e manipulação ou ocultação de informações, por outro (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.298).

A ação paternalista vai de encontro às preferências de outra pessoa, cujo agente justifica sua ação com base no objetivo de beneficiar a pessoa cuja vontade é contrariada ou de evita que ela sofra danos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

No que concerne ao paciente, no contexto do CC, a autonomia pode não ser respeitada pela equipe cirúrgica, por ser considerado que a vontade do paciente causará um grande mal. Como exemplo, a vontade do paciente em realizar a anestesia geral, justificando que não quer sentir/ver o procedimento. Entretanto, a equipe argumenta que não será necessário por ser uma cirurgia que a anestesia peridural é suficiente. Diante da ação da equipe, não considero que houve desrespeito à autonomia e/ou paternalismo a equipe é que optou por uma ação que oferecesse um benefício maior.

Assim, mesmo que tenham justificado, nesse princípio, a obrigação de solicitar as decisões dos pacientes, respeitando a sua autonomia, se reconhece que as exigências precisas do princípio permanecem indeterminadas e abertas à interpretação e a especificação.

O princípio da não-maleficência tem como determinação não causar mal a nenhuma pessoa. Beuachamp e Childress (2002, p. 209) assinalam que a máxima *Primum non nocere*, que significa “Acima de tudo (ou antes de tudo), não causar danos”, sempre esteve ligada à ética médica, bem como aos profissionais de saúde, mesmo que as suas origens sejam obscuras e as suas implicações não sejam claras. Para os autores, a não-maleficência significa “Não devemos infligir mal ou dano”, isto é, devemos ter a clareza de que não podemos agir quando a ação poderá vir a causar danos a outrem (BEUACHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 212).

Junges (1999) refere que a não-maleficência tem como dever impedir danos atuais, bem como riscos e agravos futuros. No que concerne ao CC, esse princípio demonstra que os profissionais da equipe cirúrgica têm o dever de atuar com consciência, responsabilidade e competência durante os cuidados prestados no perioperatório.

O princípio da não-maleficência não é empregado pela enfermeira na sua prática no CC no momento em que percebe estar diante de uma situação conflituosa durante o processo do trabalho, como, por exemplo, liberar a realização de um procedimento em que o instrumental não oferece segurança, quanto ao processo de esterilização, mas, mesmo assim, a enfermeira possibilita o procedimento a fim de que a cirurgia não seja suspensa. Nesse caso, a não-maleficência não foi aplicada, isto é, não norteou o seu agir, podendo causar prejuízos para o paciente em todo o processo perioperatório, ou seja, não promover o bem.

No contexto do CC, há lugar para a pluralidade de opiniões e decisões individuais que geram complexidade nas relações interpessoais com a equipe cirúrgica. A escassez de recursos materiais e humanos pode desencadear no perioperatório dificuldade nas relações, além de contribuir para que o ato anestésico-cirúrgico não transcorra com segurança. Essas situações desencadeiam o estresse na enfermeira e nos demais membros da equipe cirúrgica,

condicionando-os a terem ações impulsivas, sem preocupar-se com o que poderá ocorrer com o paciente.

Gillon (1989), citado por Kipper e Clotet (1998, p. 47), observa que o princípio da não-maleficência remonta à tradição hipocrática, “cria o hábito de duas coisas: socorrer ou, ao menos, não causar danos”. Fica explícito que esse princípio defende a obrigação dos profissionais de saúde, em especial da equipe cirúrgica, não causar danos a pessoa alguma, tanto atual quanto potencial.

A enfermeira no CC aplica o princípio da não-maleficência ao perceber que danos poderão advir para o paciente, como exemplo, a decisão de suspender um procedimento pela falta de equipamentos e/ou materiais. Esse agir prioriza a segurança do paciente e da equipe cirúrgica, mesmo que venha causar desgostos aos dois. Nesse caso, previne tanto o risco atual quanto potencial para o paciente ao detectar as condições desfavoráveis à realização do procedimento. Nesse caso causa-se um desgosto no primeiro momento para a obtenção de um benefício maior.

O princípio da beneficência considera que uma ação pautada na ética e na moral garante que o indivíduo seja tratado com respeito e que, em qualquer circunstância, não seja prejudicado, tendo em vista que o tratamento digno vai lhe proporcionar o seu bem-estar.

Para Amorim (2003), o princípio da beneficência diz respeito a uma ação que promove o benefício de outros, estabelece uma obrigação moral, portanto, difere da benevolência, que é compreendido como a virtude de se dispor a agir no benefício de outros.

Beauchamp e Childress (2002, p. 282) esclarecem a diferença entre *beneficência*, *benevolência* e *princípio da beneficência*. A primeira tem a ver com uma ação que é realizada em benefício de outrem; a segunda refere-se ao traço de caráter ou à virtude ligada à disposição de agir em benefício de outros; a terceira diz respeito à obrigação moral de agir em benefício de outras pessoas. Os autores deixam claro que atos de beneficência não são obrigatórios, enquanto que, o princípio da beneficência demonstra “a obrigação de ajudar a outras pessoas, promovendo seus interesses legítimos e importantes”.

Do ponto de vista ético e moral, beneficência significa fazer o bem. Na área de saúde, a beneficência é operacionalizada na acepção de agir no sentido de promover o bem para o paciente. Considero que a postura ética dos profissionais de saúde, em especial da enfermeira, são fundamentais para que o princípio da beneficência seja respeitado.

Vale ressaltar que, no contexto do CC, a enfermeira tem a responsabilidade de prevenir danos, para tanto, o seu agir deve ser responsável e pautado em princípios éticos e morais, avaliando os riscos/benefícios para o paciente, a família e comunidade.

Ao abordar o princípio da justiça Pegoraro (2006) expressa que a justiça tem sido um tema clássico e obrigatório em todos os tratados de ética e política desde a Grécia antiga até a idade contemporânea. Salienta que, na tradição greco-cristã e judaica, a justiça era considerada uma qualidade humana, uma energia, uma virtude que as pessoas desenvolviam com a prática das ações justas.

Beauchamp e Childress (2002) observam que os termos *equidade*, *merecimento* (o que é merecido) e *prerrogativa* (aquilo a que alguém tem direito) foram empregados por filósofos para definir justiça. Portanto, a justiça é interpretada “como um tratamento justo, equitativo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 352).

Os autores consideram uma situação de justiça a partir de benefícios ou encargos que são alcançados pelos indivíduos por serem produtivos. Quanto à injustiça, ela ocorre a partir de uma ação ou uma omissão que nega ao indivíduo um benefício a que tem direito ou que não distribui os encargos de modo equitativo.

A justiça em bioética tem relação com a justiça distributiva. Beauchamp e Childress (2002) consideram a justiça distributiva como uma distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade que ocorre através de normas justificadas, que estruturam os termos de cooperação social. Ela está relacionada às políticas que repartem benefícios e encargos, como propriedades, recursos, taxas, privilégios e oportunidades. Para os autores, os problemas referentes à justiça distributiva surgem em condições de escassez e de competição.

Aristóteles atribuía uma exigência mínima de que “iguais devem ser tratados de modo igual, e não iguais devem ser tratados de modo não-igual” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 354). Esse princípio é considerado formal, isto é, não estabelece as circunstâncias específicas nas quais os iguais devem ser tratados de modo igual e não fornece critérios para que se determine se dois ou mais indivíduos são de fato iguais. Portanto, para os autores, esse princípio propõe que qualquer que seja a circunstância os indivíduos iguais devem ser tratados da mesma maneira.

Para Junges (1999), o princípio da justiça diz respeito ao terceiro elemento do elo da saúde, a sociedade. Para o autor, esse princípio diz respeito às exigências éticas das instituições sanitárias e ao orçamento público da saúde.

Nesse sentido, vale lembrar que no Brasil, vigora o seguinte:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2009).

Por fim, a justiça engloba o direito à saúde, alocação de recursos equitativos e necessários para atender às necessidades das políticas públicas. Portanto, esse princípio estabelece a equidade na distribuição de bens, coloca a assistência de saúde como prioridade, não como mérito e, sim, como direito do indivíduo.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO

4.1 APROXIMANDO DA FENOMENOLOGIA

A fenomenologia foi experienciada por filósofos e as suas concepções são elucidadas de forma tradicional, moderna e contemporânea. Em todos os períodos, as contribuições foram importantes e demonstram a sua veracidade e confiabilidade de acordo com os filósofos de cada época.

Sokolowski (2000, p. 22) define o termo fenomenologia como:

[...] uma combinação das palavras gregas *phainomenon* e *logos*. Significa a atividade de dar conta, fornecendo um *logos*, de vários fenômenos, dos vários modos em que as coisas devem aparecer. Por fenômenos (*phenomena*) nós queremos dizer, por exemplo, retratos em vez de simples objetos, eventos lembrados em vez de antecipados, objetos imaginados em vez de percebidos, objetos matemáticos como triângulos e formas em vez de seres vivos, palavras em vez de fósseis, outras pessoas em vez de animais não-humanos, realidade política em vez da econômica.

Para o autor, a fenomenologia é um estudo da experiência humana e dos modos como as coisas se apresentam elas mesmas para o mundo em e por meio dessa experiência (SOKOLOWSKI, 2000).

Para Streubert e Carpenter (2002, p. 49), a fenomenologia é a “ciência cujo propósito é descrever um fenômeno ou a aparência das coisas enquanto experiências vividas”. As autoras salientam que a fenomenologia promove a condição do pesquisador explorar as experiências vividas pelos indivíduos.

A fenomenologia trouxe para a humanidade a oportunidade de compreensão da essência, que do latim *essentia* deriva do verbo *esse*, ser (PENHA, 2004). A fenomenologia traduz a experiência humana e dos modos como as coisas se apresentam.

Foi na segunda metade do século XIX que Edmund Husserl (1859-1938), em seu trabalho *Investigações Lógicas*, iniciou o movimento da fenomenologia. Mais tarde, surge Martin Heidegger (1889-1976), que foi discípulo e posteriormente, colega de Husserl, com o qual se desentendeu, tornando-se inimigos (SOKOLOWSKI, 2000).

O movimento fenomenológico é compreendido em três fases (STREUBERT; CARPENTER, 2002):

A fase preparatória da fenomenologia foi dominada por Franz Brentano (1838-1917) e por Carl Stumpf (1848-1936). Stumpf foi o primeiro aluno proeminente de Brentano e, através do seu trabalho, demonstrou o rigor científico da fenomenologia. Clareou o primeiro

tema dessa época, apresentando-o como o conceito de intencionalidade ao destacar que a consciência é sempre consciência de algo. (STREUBERT; CARPENTER, 2002)

A segunda fase foi vivida por Edmund Husserl (1857-1938) e Martin Heidegger (1889-1976). Husserl acreditava que a filosofia deveria tornar-se uma ciência rigorosa que restauraria o contato com as preocupações humanas mais profundas e que a fenomenologia deveria tornar-se o fundamento da filosofia e da ciência. Nessa fase, foram desenvolvidos os conceitos de essência - que permitem a compreensão dos fenômenos investigados; de intuição – significando a compreensão ou interpretação rigorosa do que é o significado na descrição do fenômeno em investigação; de redução fenomenológica – como o retorno à consciência original, não utilizar os pressupostos nos fenômenos, e sim, de isolamento e busca por descrições puras (STREUBERT; CARPENTER, 2002).

A fase francesa foi liderada por Gabriel Marcel (1889-1973), Jean Paul Sartre (1905-1980) e Maurice Merleau-Ponty (1905-1980). Os conceitos básicos desenvolvidos durante essa fase foram *incorporação* e *ser-no-mundo*. Esses conceitos referem-se à crença de que todos os atos são construídos sobre alicerces de percepção ou consciência original de algum fenômeno (STREUBERT; CARPENTER, 2002).

Ao eleger o método fenomenológico para a compreensão dos conflitos e dilemas éticos iniciarei descrevendo a ciência fenomenológica de acordo com o pensamento de Edmund Husserl, considerando-o seu precursor. Portanto, farei alusão a sua vida, obra, pensamento e justificarei “por que” o escolhi para aplicá-lo neste estudo.

Husserl foi o prenunciador do método fenomenológico, inspirado nas distinções entre fenômenos físicos e fenômenos psíquicos. Matemático de formação, aluno de Franz Brentano, ao assistir as suas aulas, percebe que a filosofia oferecia a possibilidade de ser um campo fecundo de estudo. Ele entendia que a filosofia deveria tornar-se uma ciência rigorosa e universal defendendo que, por fim, tornar-se-ia uma espécie de ciência das ciências (PENHA, 2004).

Abbagnano (2007, p.157) define como ciência: “Conhecimento que inclua, em qualquer forma ou medida, uma garantia da sua própria validade”.

A ciência está relacionada ao conhecimento que se obtém através de métodos científicos e objetivos e que irá gerar saberes comprovados e verdadeiros, produzidos a partir de observação, do raciocínio ou da experimentação.

Para Chauí (1996), a ciência é um conjunto de conexões objetivas e ideais, no geral, ocorrem conexões em dois níveis: os das coisas, que são visadas pelo pensamento e o das verdades. Daí se compreende que toda a ciência, além das verdades empíricas que constata ou

constrói, bem como, das leis lógicas gerais que governam todo pensamento apolítico, pressupõe ainda a esfera das condições *a priori* de possibilidades de seus objetos e de seus métodos.

Husserl caracteriza a ciência a partir da capacidade de “centralizar-se na noção da unidade, pois na medida em que existe a unidade entre o ato de conhecer e seu correlato (aquilo que é conhecido) que se pode falar de ciência” (CHAUI, 1996, p. 8).

Para compreensão do projeto fenomenológico de Husserl, faz-se necessária uma visão da estrutura que é apresentada sobre a consciência enquanto intencionalidade. Chauí (1996, p.7) corrobora, dizendo que “A consciência é intencionalidade”, isto é, “toda consciência é consciência de”. Assim, a consciência está relacionada a uma atividade constituída por atos (de percepção, imaginação, dentre outros), que são denominados de *noesis* e o que é visado pelos atos são os *noemas*.

Para Sokolowski (2000, p. 17), “cada ato de consciência que nós realizamos, cada experiência que nós temos, é intencional: é essencialmente “consciência de” ou uma “experiência de” algo ou de outrem”.

A “intencionalidade é uma dimensão essencial da consciência, na medida em que a consciência é sempre dirigida para um objeto, que não é ela mesma a consciência” (GIORGI, 2008, p. 399). A consciência tem como condição considerar um objeto e este transcende o ato por meio do qual aparece.

A intencionalidade faz uma relação entre o sujeito e o objeto, o homem e o mundo, o pensamento e o ser, que não podem estar separados (PENHA, 2004). A intencionalidade é vista como “a característica fundamental da consciência, pois é através dela que aquilo que um objeto é se constitui espontaneamente na consciência” (PENHA, 2004, p. 22).

A intencionalidade está relacionada aos atos realizados pela consciência, pela experiência da realização desses atos, portanto, todas as experiências que o ser humano tem são intencionais, isto é, “consciência de” ou uma “experiência de” algo. Toda a consciência está direcionada a objetos.

No contexto do CC, a enfermeira vivencia a intencionalidade fenomenológica, isto é, cada ato de consciência que ela realiza é intencional, cada experiência que tem é intencional, exemplo: a enfermeira ao ver uma sala de cirurgia, ver um objeto visual, em sua imaginação, apresenta-se um objeto imaginado – as fases da cirurgia que serão realizadas; se tem uma recordação, relembra como preparou a sala e a equipe de enfermagem para a realização do procedimento cirúrgico; ao tomar parte da situação vivenciada no perioperatório com o paciente, projeta uma situação – faz um prognóstico. Sokolowski (2000, p. 17) corrobora,

lembrando que “Cada ato da consciência, cada experiência é correlata com um objeto. Cada intenção tem seu objeto intencionado”.

A fenomenologia é considerada uma *ontologia regional*, pois trata do *ser* enquanto estruturado com sentido diferente, de acordo com a consciência. Cada região, estabelecendo a essência ou significação do objeto pela modalidade da relação ato - correlato intencional, é uma *região eidética* – do grego *eidos* que significa idéia ou essência (CHAUÍ, 1996).

A palavra *epoquê* ou *redução fenomenológica* significa a passagem de regiões eidéticas, da região “mundo” para a região consciência. A *epoquê* é a operação pela qual a existência efetiva do mundo exterior é “posta entre parênteses”, a fim que a investigação se ocupe apenas com as operações realizadas pela consciência, sem que se pergunte se as coisas visualizadas por ela existem ou não realmente (CHAUÍ, 1996), isto é, significa que o pesquisador suspenda todo o juízo sobre os objetos que o rodeiam.

Penha (2004, p. 23) aponta que “através do *epoquê*, o mundo objetivo, real, é colocado, na expressão de Husserl, entre parênteses, na experiência fenomenológica, permanecendo na consciência apenas aquilo que, por sua evidência, é impossível de ser negado”. O autor ressalta que a *epoquê* não significa a negação ou uma limitação, isto é, ela não nega o mundo, apenas coloca entre parênteses.

Por meio do *epoquê*, que o mundo objetivo, real, foi colocado, entre parênteses, quanto a minha experiência como enfermeira no CC, permanece na consciência apenas aquilo que, por evidência, foi impossível de ser negado.

Para compreensão da redução fenomenológica, é mister ressaltar que se busca o significado ideal e não o empírico dos elementos. Com a redução eidética, se procuram as essências ou os significados dos conflitos e dilemas éticos vivenciados pelas enfermeiras no CC. Chauí (1996) esclarece que Husserl faz a diferença entre dois momentos da redução: o primeiro consiste em buscar o significado ideal e não o empírico dos elementos, isto é, uma redução eidética que busca essências ou significados; o segundo é transcendental porque visa à essência da própria consciência, enquanto produtora das essências ideais.

4.2 ADEQUANDO O OBJETO AO MÉTODO FENOMENOLÓGICO

A enfermagem é uma profissão humanística cujo objeto consiste no “cuidar”, atitude que envolve duas subjetividades, a de cuidar e a do ser cuidado, um cuidar realizado de forma integral, considerando o todo da pessoa a que é destinado. Eis a razão por que entendi ser a

fenomenologia husserliana a mais adequada à investigação que pretendia realizar no âmbito dessa profissão.

O pesquisador fenomenológico parte de uma questão norteadora em busca da descrição de uma experiência que está sendo vivida pelo sujeito (MARTINS; BICUDO, 2005). Ao eleborá-la, procurei me aproximar da experiência de cada enfermeira em relação aos conflitos e dilemas éticos vivenciados em sua prática no CC.

O objeto do meu estudo é a vivência dos conflitos e dilemas éticos da enfermeira no CC. Martins e Bicudo (2005, p. 75) ressaltam que: “Por vivência é entendido, também, experiência percebida de modo consciente por aquele que a executa”. Seguindo o método fenomenológico, procurei compreender os conflitos e dilemas éticos experienciados pelas enfermeiras no cotidiano do CC. Essa compreensão se deu no momento em que me preoquepei em desvelar o objeto, o significado, a essência do fenômeno em estudo, ou seja, o significado ideal/puro e a essência da própria consciência – a vivência.

Terra et al. (2006) salientam que a abordagem fenomenológica tem sido utilizada em trabalhos realizados por enfermeiras, apresentando contribuições para a práxis da profissão, bem como para a construção do conhecimento enquanto disciplina. As autoras salientam ainda que, no Brasil, nos programas de pós-graduação, existe um expressivo número de dissertações e teses que procuraram fundamentação teórico-filosófica e metodológica na fenomenologia.

Busquei conhecer estudos já realizados no Brasil que utilizaram o método fenomenológico e encontrei a pesquisa de Merighi, Gonçalves e Ferreira (2007), docentes da Universidade de São Paulo, que teve como objetivo analisar a produção científica sobre dissertações e teses de enfermagem com abordagem fenomenológica, publicadas de 1980 a 2002. Em seus resultados, foram encontrados 217 estudos com essa abordagem, 156 (71,9%) oriundos de cursos de mestrado e 61 (28,1%) dos cursos de doutorado. No estudo, as autoras apontaram que cursos de Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil estão utilizando a abordagem fenomenológica, entretanto, observaram que o referencial teórico-filosófico escolhido para analisar os dados encontrados nas investigações não tem sido utilizado com ênfase (MERIGHI; GONÇALVES; FERREIRA, 2007).

Estudo realizado por Erdmann et al (2005), intitulado “Teses produzidas nos programas de Pós-Graduação em Enfermagem de 1983 a 2001”, demonstrou que, entre 448 teses pesquisadas, 212(47,32%) foram estudos qualitativos e 41 (19,33%), desenvolvidos a partir de métodos como a fenomenologia.

Oliveira e Santa Rosa (2011) divulgam pesquisa realizada com enfermeiros nos programas de pós-graduação, em quatro das cinco regiões do Brasil, no período de 2000 a 2008. Dentre essas, 162 (72,65%) eram dissertações de mestrado, 57 (25,56%) teses de doutorado e 4 (1,79%) de mestrado profissionalizante.

Os dados pesquisados, em vinte e oito anos apontam que 366 pesquisas utilizaram o método fenomenológico. Os resultados revelam que, no período de 2003 a 2008, houve um crescimento médio de 9,1% de pesquisas ao ano utilizando o método fenomenológico, em relação ao período de 1980 a 2002 (OLIVEIRA; SANTA ROSA, 2011).

A enfermagem lida com questões existenciais dos seres humanos e tem, na fenomenologia, relevante contribuição para o seu pensar e o seu fazer. Sendo assim, para compreender a realidade do seu dia a dia, faz-se necessário mergulhar na subjetividade - imersão das características do sujeito como um ser único e singular -, e sua essência - possibilidade de leitura da realidade, do fenômeno e da experiência vivida -, sem se esquecer da objetividade que o permeia (TERRA et al. 2006).

Giorgio (2008, p. 392) considera que o método fenomenológico desenvolve-se seguindo três etapas que se relacionam, tais como:

a) redução fenomenológica, procedimento idealizado por Husserl, com o intuito de tornar os resultados da pesquisa precisos e confiáveis. Nessa fase, excluem-se os conhecimentos anteriores relacionados ao fenômeno que está sendo estudado, com a finalidade de apreendê-lo em toda a inocência e descrevê-lo exatamente tal como se tem dele a experiência, por outro lado, reter todo indício existencial, ou seja, considerar aquilo que é dado, unicamente tal como é dado, a saber, uma presença ou um fenômeno. Dessa forma, para ser considerada uma pesquisa fenomenológica, é necessário que exista a redução;

b) o outro passo a ser seguido é a descrição, que significa atribuir uma expressão linguística ao objeto de um ato determinado, exatamente como ele aparece no interior desse ato, isto é, por meio da linguagem, comunicar aos outros os objetos da consciência nos quais se está presente, exatamente do modo como eles se apresentam;

c) terceiro passo:- diz respeito ao processo de identificar e suspender as crenças e opiniões preconcebidas sobre o fenômeno, seguindo os passos: a intuição - ocorre quando o pesquisador permanece aberto aos significados atribuídos ao fenômeno por aqueles que o vivenciaram; a fase de análise - inicia ao extrair declarações significativas, classificar e dar sentido aos significados do fenômeno; a fase descritiva - a partir do momento em que o pesquisador entende e descreve o fenômeno (TERRA et al. 2006).

Para Streubert e Carpenter (2002), a pesquisa fenomenológica traz a linguagem, as percepções da experiência humana com todos os tipos de fenômenos, sendo que a prática profissional de enfermagem está submersa nas experiências de vida das pessoas e a fenomenologia, como método, está adequada às investigações de fenômenos de interesse para a profissão.

Martins e Bicudo (2005) salientam que a pesquisa fenomenológica está voltada para os significados, isto é, para expressões claras sobre as percepções que o sujeito tem daquilo que está sendo pesquisado, que são expressas pelo sujeito que as percebe. Assim, o pesquisador, ao concentrar-se nos significados, não está preocupado com fatos, mas com o que os eventos significam para os sujeitos da pesquisa.

Capalbo (1987) coloca que a fenomenologia faz a leitura do fenômeno, acolhe algo que lhe é apresentado e que se faz presença “em carne e osso”. Faz, também, a descrição dos correlatos noéticos-neomáticos – sujeito-objeto -, além de mostrar como se processa a constituição de sentido pelo sujeito.

A partir dessa compreensão, utilizei a fenomenologia como método que reconhece a realidade e a verdade dos fenômenos, afirma a sua importância e quais devem ser estudados em si mesmos.

Com base em Giorgi (2008, p.388), descrevi as características da fenomenologia e justifico o porquê da escolha desse método para o meu estudo. O autor salienta que “a fenomenologia trata do fenômeno da consciência e, tomada em seu sentido mais amplo, ela remete à totalidade das experiências vividas por um indivíduo”. Então, se torna mister utilizar o método fenomenológico para a minha compreensão dos conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática das enfermeiras no CC.

Na segunda característica, Giorgi (2008) assinala que a experiência tem um sentido mais preciso, isto é, Husserl pontua como característica principal da consciência o como ela nos apresenta os objetos e a denomina de intuição, isto é, apresenta o fenômeno como ele é. A intuição para a fenomenologia não é considerada como algo místico ou mágico e, sim, uma coisa presente em oposição ao tê-la intencionado em sua ausência (SOKOLOWSKI, 2004). Essa característica se adequa ao meu estudo no sentido de compreender os conflitos e dilemas éticos experienciados pelas enfermeiras e como eles se mostram e não o imaginado por mim antes de conhecê-los.

A terceira característica observada por Giorgi (2008, p.389) demonstra que o fenômeno “se define como a presença daquilo mesmo que é dado, exatamente como isso é

dado ou sentido”. Ele analisa as intuições – presenças -, sob o ângulo do sentido que esses fenômenos têm para os sujeitos que os vivem.

Com a fenomenologia, busquei compreender a essência das coisas mesmas, através da descrição dos conflitos e dilemas éticos e como eles se processam, de modo que consigui obter um retrato fiel da realidade, isto é, tal como ela se apresentava.

Finalmente, a fenomenologia remete à totalidade das experiências das enfermeiras que experienciam os conflitos e dilemas éticos no CC. É dessa maneira que terei a possibilidade de compreender a significação dos fenômenos como eles se dão - a essência do que interrogo.

4.3 DESCREVENDO OS RECURSOS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

Para a compreensão dos dilemas éticos vivenciados na prática das enfermeiras no CC, optei por realizar a pesquisa seguindo a vertente fenomenológica, por considerar que o método fenomenológico tem como fonte de informações a subjetividade humana. Essa proposta se aproxima do cotidiano da enfermeira que vivencia o fenômeno dos conflitos e dilemas éticos. Os recursos e procedimentos metodológicos utilizados visaram garantir o rigor do estudo.

Trata-se de estudo fenomenológico segundo a proposta de Martins e Bicudo (2005). Esses afirmam que o estudo qualitativo permite mergulhar no rico mundo da subjetividade, buscando uma compreensão do objeto de estudo, não se detendo em generalizações e princípios. Seu foco está centrado no específico, individual. Neste estudo, pretendi a compreensão e não a explicação dos fatos.

A pesquisa qualitativa, por trabalhar com um universo de significados, oferece oportunidade ao pesquisador para compreender e explorar as questões relacionadas a sua prática. Assim, através do método qualitativo e da compreensão dos conflitos e dilemas éticos vivenciados no contexto de trabalho das enfermeiras no CC, foi possível: oferecer a oportunidade na descoberta de múltiplos modos de compreensão; compromisso com o ponto de vista dos participantes; produção de pesquisa de modo a não corromper o contexto natural dos fenômenos estudados; investigador como instrumento – a consciência e a aceitação de que faz parte do estudo -; os investigadores relataram os resultados de forma discursiva (STREUBERT; CARPENTER, 2002).

A pesquisa com abordagem fenomenológica tem como fonte de análise os significados ou as expressões claras sobre as percepções, o que permite aos participantes trazerem à luz o sentido percebido por eles, e o pesquisador orienta-se pelo conhecimento imediato, intuitivo,

lógico. O objeto da investigação é a essência do fenômeno individual obtida a partir das descrições dos participantes que vivenciam o fenômeno (MARTINS; BICUDO, 2005, p.93).

A situação de pesquisa é constituída pelas próprias participantes investigadas, de forma espontânea e relativa às situações do seu mundo-vida, neste particular, o mundo prático da enfermeira no CC.

O local de estudo foi a cidade de Salvador-BA, situada na [microrregião homônima](#), [metrópole](#) nacional, considerada a cidade mais populosa do [Nordeste](#). A instituição foi o Complexo Universitário Professor Edgar Santos (Complexo HUPES), órgão suplementar da Universidade Federal da Bahia, constituído pelo Hospital Edgar Santos, mais conhecido como Hospital das Clínicas, pelo Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira e pelo Ambulatório Professor Magalhães Neto. Possui a missão de prestar assistência à saúde da população carente de Salvador e cidades do interior da Bahia; formar recursos humanos para as práticas de ensino, pesquisa e assistência e produzir conhecimento em benefício da comunidade. E constituído de 41 mil m² de área construída, 276 leitos, 139 consultórios, 18 sala de aula, 03 auditórios, 07 laboratórios, 15 enfermarias, 290 médicos, 155 enfermeiras (vínculos com a UFBA), 291 professores de medicina, 1519 estudantes de graduação, 80 de pós-graduação, 204 médicos residentes e mais de 2000 funcionários.

O Hospital Professor Edgar Santos (HUPES), criado como Hospital das Clínicas em 1948 e denominado Professor Edgar Santos pela lei nº 4226, de 23 de maio de 1963, mantido como órgão suplementar da Universidade Federal da Bahia pelo decreto nº 62241, de 08 fevereiro de 1968, vinculado à Faculdade de Medicina.

O complexo HUPES atende a pacientes com patologias que demandam por atenção especializada, diferenciada da atenção básica preventiva de outros centros para atendimentos do SUS. Acumula atendimento de média e alta complexidade. Atualmente, realiza, em média 19.000 consultas por mês em 40 especialidades. No centro cirúrgico, são realizadas cerca de 4.600 cirurgias e aproximadamente 7.000 pacientes são internados por ano.

O hospital conta com o quadro de pessoal de enfermagem dos vínculos Universidade Federal da Bahia (UFBA), Ministério da Saúde (MS), Fundação de Apoio Pesquisa e Extensão (FAPEX), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Perfaz um total de 797 funcionários, assim distribuídos: 178 Enfermeiros, 167 Tec. de Enfermagem, 424 Auxiliares de Enfermagem, 01 instrumentadora, 13 Auxiliares Operacionais de Serviços Diversos, 06 Auxiliares de Operação, 02 Auxiliares de Anestesia, 01 Auxiliar de Nutrição, 01 Vestiaria, 03 Assistentes Administrativos e 01 Auxiliar de Saúde.

A unidade de CC do HUPES é constituída por nove salas de operação, atualmente, só seis em pleno funcionamento. Possui um Centro de Recuperação Pós-Anestésica (CRPA), contando com quatro leitos. Nesse espaço, são realizadas cirurgias gerais de pequeno, médio e grande porte, eletivas e de urgência, essa última modalidade somente para pacientes internados. Funciona das 7h as 19h, de segunda a sexta-feira, enquanto que aos sábados, domingos e feriados só são realizadas as cirurgias de urgência e emergência - pacientes internados.

Em busca do desvelamento do fenômeno que se apresentava obscuro a mim, o ponto de partida foi adentrar no mundo vivido pelas participantes – enfermeiras - que vivenciam o fenômeno que me propus a desocultar.

Na ocasião em que o projeto estava sendo elaborado – junho de 2009 -, o primeiro contato ocorreu com a Coordenadora de Enfermagem do CC do HUPES para quem coloquei o meu intento de realizar um estudo nessa unidade.

Após aprovação do CEP, em fevereiro de 2010, de volta ao CC, diante da então Coordenadora do Serviço de Enfermagem, identifiquei-me como enfermeira, estudante do Doutorado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e falei, mais uma vez, sobre minha proposta. Além de um atendimento atencioso, da Coordenadora, mostrou-se interessada em colaborar juntamente com a sua equipe. Através de um documento, declarou-se ciente e autorizou a realização da pesquisa (ANEXO B).

Sete (07) enfermeiras e um (01) enfermeiro participaram da entrevista e, mesmo havendo saturação das informações, utilizei todas elas e obtive a essência do fenômeno em estudo. Dessas, uma (01) atua na gerência, cinco (5) na assistência no CC e duas (2) na Central de Material Esterilizado, essas últimas são designados para atuarem no CC, quando necessário. Elas cumprem carga horária de seis horas diárias.

Para Streubert e Carpenter (2002), na pesquisa fenomenológica, a amostra intencional é utilizada com maior frequência por terem esses participantes conhecimento específico de um determinado fenômeno e, assim, poder compartilhar o seu conhecimento.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: atuar na unidade de CC, estar em pleno exercício profissional, aceitar participar da pesquisa e relatar os conflitos e dilemas éticos vivenciados em seu cotidiano.

Vale salientar que das dez enfermeiras que atuavam no CC, duas não participaram do estudo, uma (01) encontrava-se de licença médica e a segunda não aceitou participar.

As entrevistas só foram iniciadas após a aprovação do Protocolo pelo Comitê de Ética

e Pesquisa do HUPES, conforme Processo de no. 66/09 (ANEXO C) e obedecidas as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a seguir apresentadas (BRASIL, 2009).

O aceite foi considerado após terem sido prestadas às participantes todas as informações sobre o projeto, em uma linguagem clara, falando acerca do objetivo da pesquisa, deixando explícita a garantia do sigilo, do anonimato, a minimização de riscos físicos e a inexistência de ônus para as mesmas. Para evitar constrangimento, coação ou pressão, foi estabelecido um tempo para leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tomada de decisões quanto à sua participação, ou não, no trabalho que estava-lhe sendo proposto (APÊNDICE A).

O TCLE foi redigido de forma que contemplasse as exigências éticas e científicas, sendo ressaltado que a entrevista será guardada pela pesquisadora durante cinco anos e, depois desse tempo, serão consultadas as participantes se tem interesse de ficar com o resultado da pesquisa ou se deseja a destruição desta. Quanto aos resultados da pesquisa, foi esclarecido que serão utilizados para elaboração de uma tese de doutorado, que poderá ser publicada em revistas e em outros meios de divulgação científica.

Foi ressaltada a manutenção do sigilo e do respeito ao ser humano, a fim de preservar a identidade das participantes, não havendo qualquer associação entre os dados obtidos e o nome das participantes, às quais, portanto, serão atribuídos pseudônimos. Em relação aos riscos, ficou esclarecida a possibilidade de constrangimento frente a entrevista por essa abordar vivências de conflitos e dilemas éticos. As participantes teriam total liberdade para não responder às perguntas que lhe causassem algum desconforto, ou mesmo, poderiam desistir de participar da pesquisa em qualquer fase em que essa se encontrasse, sem, por isso, ficarem sujeitas a penalização ou problema no tocante ao seu local de trabalho, colegas e instituição, mesmo após ter começado.

As participantes foram esclarecidas de que não teriam ônus com a pesquisa e que eu me responsabilizaria por qualquer tipo de dano previsto, ou não, no termo de consentimento que haviam assinado, e lhes daria assistência integral, e/ou indenização caso fosse necessário. Após a aproximação e o estabelecimento da relação empática entre pesquisadora e participantes na perspectiva de reduzir ansiedades e possibilitar o alcance da subjetividade sobre o fenômeno vivenciado por elas e que viabilizasse o agendamento, dentro das possibilidades de cada uma, foi marcada a data e o horário para que fosse explicado o significado, o objetivo da pesquisa e fossem esclarecidas as dúvidas. A fase de obtenção dos depoimentos teve lugar nos meses de fevereiro e março de 2010.

Para a coleta dos dados foi escolhida a entrevista fenomenológica por estar entre aquelas definidas como entrevista aberta (STREUBERT; CARPENTER, 2002). Para Carvalho (1987), na entrevista fenomenológica, não se busca uma linguagem que seja soma ou pensamento de idéias, busca-se uma linguagem que seja fala originária, fala que possibilite a mediação com o outro e a comunicação com o mundo. A autora observa que a fala originária ocorre quando se torna revestida de sensibilidade e intuição, em uma escuta de caráter imediato, isto é, não passa pela mediação do pensamento, mas, ao contrário, realiza-o. Essa observação diz respeito tanto ao que escuta quanto ao que fala.

A atitude fenomenológica caracteriza-se como o comportamento do pesquisador que passa a estabelecer um momento empático com a participante da pesquisa, passando a ser um espectador que contempla o ser que participa do mundo e revela as suas vivências.

O primeiro contato foi com a enfermeira coordenadora do CC. Nesse momento, passei-lhe as informações sobre o estudo e questionei se existia o interesse em participar do mesmo. Diante de uma manifestação positiva, solicitei um documento de autorização que revelasse a sua anuência para realizar o estudo.

A entrevista fenomenológica requer contato prévio com os dirigentes da instituição para disponibilizar e reservar um espaço para que seja realizada, do mesmo modo, com os possíveis participantes, a fim de não haver interrupções, possibilitar o encontro, manter o sigilo, a privacidade e o anonimato. A realização da entrevista não pode ser considerada como um procedimento mecânico, mas como um encontro social, no qual existe uma relação investigador-participante, caracterizada pela empatia, intuição e imaginação. Nesse sentido, Martins e Bicudo (2005, p. 53) salientam que “A empatia é uma penetração mútua de percepções, é um ato intencional. [...] A intuição é uma forma de contemplação. [...] pode-se imaginar o que está acontecendo em uma situação da entrevista”.

Carvalho (1987, p. 6) esclarece que “A forma de acesso que o observador tem para penetrar” nos “objetos” vividos ou “noemas” é a empatia, ou seja, a compreensão intuitiva do vivido”. Uma entrevista com abordagem fenomenológica irá, portanto, permitir a compreensão intuitiva dos conflitos e dilemas éticas vivenciados pelas enfermeiras no CC.

Antes das entrevistas foi solicitada a permissão das participantes para serem gravadas no intuito de obter a fidedignidade das informações coletadas para transcrição.

As entrevistas foram individualmente processadas, em horários agendados pelas participantes. Os depoimentos ocorreram em sala, no local de trabalho.

A concordância das participantes foi registrada através da sua assinatura no TCLE, em duas vias pré-assinadas pela pesquisadora, uma cópia destinada participante e a outra à

pesquisadora.

Esses esclarecimentos são essenciais por se tratar de pesquisa com seres humanos, conforme previsto na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2009).

Antes da entrevista foram coletados os dados sócio-demográficos das participantes, a fim de conhecer as características das mesmas.

Foi elaborado pela pesquisadora um roteiro, contendo duas questões de aproximação e duas questões norteadoras. **Questões de aproximação:** a) Qual a sua compreensão sobre conflito e dilema ético? b) Como você identifica que está diante de um conflito e de um dilema ético? A seguir, as **questões norteadoras:** a) Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no CC? b) Fale-me sobre um conflito e um dilema ético vivenciado em sua prática no CC (APÊNDICE B).

O registro das entrevistas fez-se por meio digital (gravador/MP3), com a autorização das participantes.

Durantes as entrevistas, preocupe-me de só interromper para fazer esclarecimentos quando se fez necessário, a fim de não interferir nos depoimentos e não descontinuar o fluir do pensamento e não perder a autenticidade das falas das participantes.

Obtidos os discursos das participantes (ANEXO D), a pesquisadora procedeu à análise dos mesmos. Entretanto, para tal, não existe um método unívoco, pronto, a ser seguido. Existem trajetórias que podem revelar caminhos adequados na busca da compreensão do fenômeno. Trata-se de um caminhar gradativo, relacionado ao próprio desenvolvimento da fenomenologia, enquanto alternativa metodológica de pesquisa nas ciências humanas.

Ao término das entrevistas, as participantes tiveram acesso ao material gravado, e lhes foi franqueado, caso desejassem, acrescentar ou remover informações que considerassem sigilosas.

Na “primeira etapa” do processo de análise foi eleito a análise fenomenológica proposta por Martins e Bicudo que apresenta uma combinação entre a Análise Ideográfica e a Análise Nomotética que se constituem em “momentos de análise”, pois se trata de momentos de reflexão (MARTINS; BICUDO, 2005, p.102).

A análise ideográfica que diz respeito à representação das idéias contidas nos discursos de cada participante, além de representação de idéia por meio de símbolos. Elas são descrições ingênuas dos sujeitos que contém significações diferentes. O pesquisador procura ler, analisar e agrupar as unidades de significados isoladas e em grupos (MARTINS; BICUDO, 2005).

Logo após cada entrevista, foi efetuada a transcrição com cuidado para os silêncios, pausas, e iniciada a pré-análise. Considerei momento de pré-análise a entrevista, a transcrição e a busca pelo sentido geral das suas respostas às questões de aproximação e as norteadoras de cada participante.

Em seguida, fiz a leitura dos textos transcritos para encontrar as unidades de significado. Essas unidades foram apreendidas através das discriminações significativas extraídas dos discursos espontâneos obtidos das participantes a partir das entrevistas.

4.4 CONSTRUINDO A ESTRUTURA IDEOGRÁFICA DO FENÔMENO

A análise ideográfica do fenômeno conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática da enfermeira foi efetuada em quatro momentos conforme descrito a seguir:

O momento um teve início com a leitura vertical e criteriosa dos discursos obtidos das falas das participantes sem buscar qualquer tipo de interpretação, para obter o fim geral de todas as afirmações de cada um. Em seguida, foram organizadas as transcrições e enumerações de acordo com a ordem das entrevistas (01 a 08).

Elaborei, para o primeiro momento, um quadro contendo três colunas. Na da esquerda, nomeada de **Descrição**, coloquei os discursos individuais na íntegra, sublinhei os recortes significativos ao meu olhar de pesquisadora e numerei-os em ordem crescente com algarismo arábico no final das mesmas; na coluna do centro, denominada de **Locuções de Efeito** que foram identificadas na leitura das descrições e destacadas através de trechos sublinhados e na coluna da direita, denominada de **Trechos de Significado**, coloquei os recortes julgados significativos.

A redução fenomenológica foi o caminho utilizado para garantir a descrição fiel do fenômeno vivido. No momento da redução, optei por utilizar o termo enfermeiras, independente do sexo registrado nas fichas das entrevistas, a fim de garantir o anonimato das participantes do estudo.

Com o intuito de uniformizar a linguagem, foi usado o termo paciente para falar da pessoa que recebe o cuidado de enfermagem nas descrições das participantes.

1º MOMENTO DE REFLEXÃO – PRÉ-ANÁLISE

RELATO 1

QUESTÃO DE APROXIMAÇÃO: 1 QUAL A SUA COMPREENSÃO SOBRE CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS?		
Descrição (suspensão)	Locuções de Efeito (redução)	Trechos de Significado (suspensão)
Para mim, os conflitos e dilemas éticos é... <u>poderão ser compreendido em um momento onde colocar a sua ética em primeiro lugar.</u> /	Para mim, os <u>conflitos e dilemas éticos</u> é... <u>poderão ser compreendido em um momento onde de colocar a sua ética em primeiro lugar.</u> (E1, QA.1, 1.1)	[...] <u>poderão ser compreendido em um momento onde de colocar a sua ética em primeiro lugar</u> (E1, QA.1, 1.1)
Como assim é... uma situação de... <u>Você vai entrar em um conflito a partir do momento que... alguém eticamente pode vir na assistência do paciente, vir a ter uma conduta inadequada diante da assistência ao paciente./</u>	Como assim é... uma situação de... <u>Você vai entrar em um conflito a partir do momento que... alguém eticamente pode vir na assistência do paciente, vir a ter uma conduta inadequada diante da assistência ao paciente</u> (E1, QA.1, 1.2)	Você vai entrar em um conflito [...] <u>pode vir na assistência do paciente, vir a ter uma conduta inadequada diante da assistência ao paciente</u> (E1, QA.1, 1.2)
Então, quando <u>a partir do momento, aquele grupo multidisciplinar</u> que faz parte da assistência do centro cirúrgico, começa a atuar diante de situações onde nossos princípios profissionais, [...] <u>temos que tomar decisões onde nossos princípios profissionais são afetados e ai eticamente esse vai estar tomando condutas inadequadas.</u> (E1, QA.1, 1)	Então, quando <u>a partir do momento, aquele grupo multidisciplinar</u> que faz parte da assistência <u>do centro cirúrgico, começa a atuar diante de situações onde nossos princípios profissionais [...] /temos que tomar decisões onde nossos princípios profissionais eles são afetados e ai eticamente esse vai estar tomando condutas inadequadas.</u> (E1, QA.1, 1.3)	[...] <u>partir do momento, aquele grupo multidisciplinar [...] do centro cirúrgico, começa a atuar diante de situações onde nossos princípios profissionais [...]. Temos que tomar decisões onde nossos princípios profissionais [...] são afetados e ai eticamente esse vai estar tomando condutas inadequadas</u> E1, QA.1, 1.3)

No segundo momento construí um quadro, também com três colunas. A coluna à esquerda foi denominada de **Unidades de Significados** e está destinada à suspensão dos recortes significativos segundo a minha perspectiva, focalizei o fenômeno pesquisado, na coluna do centro, que denominei de **Declarações Significativas**; coloquei as minhas interpretações, [entre colchetes], na coluna situada à direita, denominada de **Transformação das Unidades de Significado**; transformei para a minha linguagem as descrições das participantes sem perder o seu sentido original.

Retomei a leitura das locuções de efeito para apreender as unidades de significado nas falas de cada participante a fim de apreender os *insights* nelas contidos.

2º MOMENTO DE REFLEXÃO

RELATO 1

QUESTÃO DE APROXIMAÇÃO: 1 QUAL A SUA COMPREENSÃO SOBRE CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS		
Unidades de Significados	Declarações Significativas	Transformação das Unidades de Significados encontradas nos relatos para a linguagem da pesquisadora
[...] poderão ser compreendido em um momento onde de colocar a sua ética em primeiro lugar (E1, QA. 1, 1.1)	E1, QA.1.1.1 [...] compreendido em um momento onde [...] colocar a [...] a ética em primeiro lugar;	Para a enfermeira diante dos conflitos e dilemas a ética deve vir em primeiro lugar.

No terceiro momento da análise, construí um terceiro quadro, contendo três colunas: na da esquerda, coloquei as declarações que considerei significativas (sublinhadas); na coluna do centro, coloquei as unidades de significado encontradas nos depoimentos e transformadas na linguagem da pesquisadora e, na coluna da direita, registrei as palavras a que atribuo significado.

Depois de preparado esse material, senti-me livre para me debruçar sobre os recortes das transcrições, afastar-me das crenças (suspensão) e me questionar sobre o significado daquela vivência. Precisei permanecer algum tempo na dúvida sobre o que significava essa forma de viver os conflitos e dilemas no cotidiano do CC.

Para buscar a essência das idéias, realizei novo mergulho nas entrevistas coletadas e busquei fundamentos para compreensão. Não me preocupei com a verdade ou a falsidade das experiências vividas e descritas pelas participantes, mas, sim, com a preservação daquilo que se mostrou, a meu olhar de pesquisadora, como único em cada experiência individualmente vivenciada.

Esse momento foi revivido em todas as transcrições de forma atenta às questões designadas aos participantes. Foi assim que encontrei a possibilidade de penetrar nos recortes das falas, apreender de forma ampla, o seu sentido e sua significação.

De posse desses quadros, agrupei as unidades de significado cujos objetos estavam nas locuções de efeito ao meu olhar, para, posteriormente, construir as subcategorias e categorias empíricas.

3º MOMENTO DE REFLEXÃO: BUSCA DA ESSÊNCIA DO SIGNIFICADO

RELATO 1

QUESTÃO DE APROXIMAÇÃO: 1 QUAL A SUA COMPREENSÃO SOBRE CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS		
Declaração Significativa	Transformação das Unidades de Significado encontradas nos relatos na linguagem dos sujeitos	Identificação das palavras de significado
[...] poderão ser compreendido em um momento onde de colocar a sua ética em primeiro lugar	Para a enfermeira diante dos conflitos e dilemas a ética deve vir em primeiro lugar.	Compreensão Ética em primeiro lugar

No quarto momento selecionei as locuções de efeito, unidades de significado, como momento de redução em trechos significativos das suas descrições, focalizando o fenômeno conflitos e dilemas éticos no CC. Foram destacadas as palavras convergentes encontradas nos discursos das participantes, que denominei de palavras significativas. Foram escritas em cores diferentes com a finalidade de diferenciá-las uma das outras. Construí um quadro com essas palavras que, ao meu olhar de pesquisadora, respondiam ao fenômeno estudado.

Através das palavras significativas, extraídas dos discursos das participantes, construí frases síntese, que possibilitaram revelar o fenômeno. Nesse momento, procurei situar-me diante do fenômeno.

Busquei, na minha fala, um distanciamento entre o que é dito pelo sujeito na sua descrição e o que é dito por mim como pesquisadora. Para Martins e Bicudo (2005), nesse momento, o pesquisador não rompe com a descrição original do participante, mas sempre volta a ela para verificar, modificar ou corrigir a sua própria reflexão.

Procurei chegar à estrutura do fenômeno – conflitos e dilemas éticos -, sintetizar e integrar os *insight* contidos nas unidades de significados, transformando-as em uma descrição consistente. Busquei uma descrição reveladora da minha compreensão e do que estava expresso.

PALAVRAS SIGNIFICATIVAS SOBRE CONFLITO

Conflito significa:
Conflito na assistência, Condutas inadequadas, Tomar decisão é um conflito, Decidir correto, Intrínseco, Sentimento, Incomodo, Desgaste, Stress, Intriga, Conflito ético, Desrespeito ao paciente, Desgaste (Julia, relato 1)/

PALAVRAS SIGNIFICATIVAS SOBRE DILEMA

Dilema ético significa:
Dúvida, Questionamento, Indecisão, Dúvida, Indecisão, Subjetivo, Escolha, Incomodo, Angústia, Preocupação, Dúvida, Angústia, Dúvida, Dilema pessoal (Julia, relato 1)

4.5 CONSTRUINDO A ESTRUTURA NOMOTÉTICA DO FENÔMENO

A análise nomotética está relacionada às diversas ideias das participantes que possibilitaram a construção de subcategorias e categorias empíricas, em um movimento de passagem do individual para o geral, que envolve uma compreensão e articulação entre essas categorias.

Para Martins e Bicudo (2005, p. 106), a análise nomotética envolve:

“[...] uma compreensão dos diversos casos individuais como exemplos de algo mais geral e a articulação desses casos individuais, como exemplos particulares, em algo mais geral. A estrutura psicológica geral é a resultante da compreensão das *convergências* e das *divergências* que se mostram nos casos individuais”.

A seguir, apresento os momentos da análise que conforme Martins e Bicudo (2005), não significam passos a serem seguidos, mas indicações para a sua realização: a) Analisar o conteúdo de forma geral; b) Desvelar o que é possível com a pesquisa; c) Identificar as convergências e divergências dos discursos individuais; d) Agrupar as convergências para desvelar idéias comuns do fenômeno; e) Agrupar as divergências para desvelar idiossincrasias; f) Descrever os conteúdos dos agrupamentos; e, g) Refletir sobre o fenômeno.

As unidades de significados foram recolhidas, transcritas e colocadas na linguagem da pesquisadora, num discurso condizente com a temática em estudo e dentro da área em que a pesquisa está inserida. A análise e o modo como os dados foram relacionados serviram de base para compreensão das respostas das enfermeiras. Os resultados são apresentados sob forma de categoria e subcategorias empíricas.

Na segunda etapa, utilizei o método de Análise dos Problemas Morais, proposto por Diego Gracia.

5 DESVELANDO O FENÔMENO

De início, voltei-me para o fenômeno, sem uma preocupação prévia, através das questões de aproximação: Qual a sua compreensão sobre conflitos e dilemas éticos? Como você identifica que está diante de um conflito ou de um dilema ético? e das questões norteadoras: Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no CC? Fale-me sobre um conflito e dilema ético vivenciado em sua prática no CC. Realizei, em seguida, uma leitura lenta e cuidadosa dos relatos que me permitisse trazer à luz o sentido apreendido pelas participantes, isto é, chegar aos significados atribuídos às vivências dos conflitos e dilemas éticos no centro cirúrgico (CC).

A caracterização das participantes desse estudo tomou por base os atributos: gênero, idade, tempo de formada, titulação, tempo de atuação em CC, carga horária semanal de trabalho, outros vínculos empregatícios, outros setores de atuação e cursos realizados.

5.1 CARACTERIZANDO AS PARTICIPANTES

A seguir estão apresentadas as características das participantes tomando como referência os atributos e o sentido global de suas respostas as questões de aproximação e norteadoras.

Júlia tem trinta anos e é do sexo feminino, está formada há oito anos e possui o título de especialista em Programa da Saúde da Família e Gestão Hospitalar. Enfermeira do CC há seis anos, cumprindo trinta horas de atividade semanal. Possui outro vínculo de trabalho com um hospital filantrópico da cidade de Salvador.

Para Julia, o conflito e o dilema ético são vivenciados no cotidiano da enfermeira no CC. Ela compreende que o conflito emerge a partir de uma situação advinda de conduta inadequada dos profissionais da equipe cirúrgica e que exige uma decisão. A conduta da enfermeira deve ser pautada nos princípios éticos. A partir da decisão surge a dúvida se a opção escolhida foi a melhor ou não para o paciente, originado um dilema ético. Ela esclarece que a palavra identificar, significa apontar, e a palavra perceber que significa sentir. Identifica um conflito ético a partir de uma situação que se apresenta e em seguida fica na dúvida de qual conduta tomar. Essa escolha torna-se conflituosa não só pela indecisão, como o surgimento de intriga entre as pessoas envolvidas. A partir da escolha, emerge o dilema se a opção escolhida foi a melhor ou a pior dentre as apresentadas. O conflito é percebido quando uma situação a incomoda, a preocupa e surge o sentimento de angústia. O dilema ético é

percebido após a tomada de decisões diante de uma situação desencadeando dúvida, angústia em relação a atitude tomada se foi a correto.

Liz tem vinte e oito anos, é do sexo feminino, está formada há três anos. É especialista em CC e atua há dois como enfermeira do CC, com carga horária semanal de trinta horas. Possui outro vínculo empregatício, contudo não entrou em detalhes.

Liz compreende que o conflito ético emerge de uma situação que precisa ser analisada para se tomar uma decisão. Essa decisão pode não vai agradar as pessoas envolvidas. O dilema ético necessita de critérios para se tomar uma decisão e de uma linha de ação a ser seguida. Identifica que está diante de um conflito ético, quando tem que decidir uma situação e a sua decisão pode não irá agradar as partes envolvidas, a decisão deve ser pautada na ética. Ela identifica o dilema ético ao surgir uma situação que também necessita de uma decisão. Percebe um conflito diante de situação vivenciada e que necessita de fazer escolhas. A sua percepção de dilema ético no centro cirúrgico está circunscrita à situação que se está decidindo entre vidas, geralmente pode custar a vida de uma pessoa.

Adriana pertence ao sexo feminino, está com quarenta e cinco anos, e formada há vinte e um anos. Possui o título de especialista em CC, atua há doze anos nesse setor onde cumpre carga horária semanal de trinta horas e na Prefeitura de Camaçari, na unidade de emergência sem referir a carga horária.

Adriana compreende o conflito ético quando uma situação desencadeia uma luta entre duas pessoas ou mais. Quanto ao dilema ético, ocorre a partir de escolhas entre duas alternativas e o agente não sabe qual será a sua. Identifica que está diante de um conflito ético quando existe uma discussão entre duas pessoas e uma delas não entende a intenção da outra. O dilema ético ela identifica a partir da necessidade de escolha entre duas situações, consideradas importantes, porém tem de decidir qual a opção escolher. A sua percepção de dilema ético no centro cirúrgico está circunscrita à situação vivenciada no seu cotidiano com a falta de recursos materiais e humanos. E o dilema ético é percebido quando uma situação emerge em decorrência a falta de recursos e a enfermeira fica na dúvida de qual opção priorizar.

Marta pertence ao sexo feminino, está com cinquenta anos, tem vinte e oito de formada e é especialista em Clínica Médico/Cirúrgica. Já atuou em UTI, clínica médica e clínica cirúrgica e no CC está há dezoito anos, com carga horária semanal de trinta horas, possui outro vínculo com uma instituição pública hospitalar.

Para Marta, o conflito ético é compreendido a partir de uma situação que surge e exige uma escolha, uma opção. A enfermeira sente dificuldade para diferenciar o conflito e o dilema

ético. Ela identifica um conflito ético quando emerge uma situação e que compete a enfermeira solucioná-lo.

Patrícia, pertence ao sexo feminino, tem trinta e oito anos e está formada há oito. Possui o título de especialista em Controle de Infecção Hospitalar, atua no CC há seis anos, com carga horária de trinta horas e já realizou capacitação em Imunização e Central de Material Esterilizado.

Para Patrícia, o conflito ético é compreendido quando existe dificuldade na relação entre pessoas que trabalham em uma mesma profissão ou profissão diferente. Essa dificuldade de relação pode ser entre profissionais de uma mesma profissão ou de profissões diferentes. Ela compreende que o dilema ético se apresenta a partir de uma situação com duas opções de escolhas, uma é considerada a ideal e a outra não, entretanto, existe a possibilidade de escolha. Identifica um dilema em situação que dependem da sua ação. E o conflito identifica quando têm outros profissionais envolvidos, com opiniões diferentes sobre determinados assuntos, as divergências de opiniões levam a uma situação conflituosa ferindo as normas éticas.

Manuela pertence ao sexo feminino, tem cinquenta anos e vinte e três de formada. Possui o título de especialista em Enfermagem Médico/Cirúrgica e Formação para Ensino na Área de Saúde. Atuou em UTI, emergência, clínica médica e clínica cirúrgica e está no CC há treze anos. Possui outro vínculo empregatício como docente.

Para Manuela, o conflito ético é compreendido quando existe uma situação em que há o envolvimento da equipe multiprofissional, com diferenças de pensamentos, de idéias, desencadeando animosidade da equipe e prejudicando a dinâmica do serviço. Ela não tem segurança de descrever sobre o dilema ético, entretanto, pode surgir através de uma situação que pareça não ética, no ambiente de trabalho, que envolva os profissionais de saúde ou a própria equipe de enfermagem. Identifica o conflito quando surge uma situação e que os agentes modificam o seu comportamento no que diz respeito a abordagem e a entonação da voz. O dilema ético ela identifica a partir de uma situação que leva a denegrir o enfermeiro, pondo em dúvida a sua capacitação, desencadeando o desgaste emocional. A sua percepção de dilema ético no centro cirúrgico, está circunscrita à situação em que existe uma falha nos equipamentos utilizados para realização dos procedimentos cirúrgicos, gerando um conflito e um dilema ético no contexto do CC, bem como responsabilizando outros profissionais pelo insucesso da cirurgia.

João Pedro é do sexo masculino, tem quarenta anos, e está formado há dezenove. Já atuou como Coordenador de Enfermagem e Sistema de Assistência Intermediária. Possui o

título de especialista em Enfermagem Clínico/Cirúrgico, atua na Central de Material Esterilizado há nove meses e quando necessário é remanejado para atuar no CC. Não possui outro vínculo empregatício.

Para João Pedro, o conflito ético surge entre forças opostas, que dividem a sua consciência e a vontade de querer fazer. Ele compreende dilema ético como a concretização o conflito, existe uma situação real e o ideal, mas, no entanto por condições existentes não se concretiza a ação. Identifica que está diante de um conflito ético, quando a situação fica no plano da consciência, da razão. O dilema identifica quando a situação já está instalada e é preciso decidir e qual a decisão tomar para resolvê-los. A sua percepção de conflito ético no CC está circunscrita à situação que advém da deficiência de material para a demanda da unidade. O dilema ético surge diante dos questionamentos se realiza o procedimento com o material ainda em processamento de esterilização ou transfere a cirurgia para outra oportunidade.

Bruna é do sexo feminino, tem trinta anos, está formada há oito e possui os títulos de especialista em Clínica/Cirúrgica e de Mestre em Enfermagem na linha de pesquisa do Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano. Ela desenvolve suas atividades no CC como enfermeira de assistência há oito anos, em regime de trinta horas semanais. Possui também vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde, não informando o tempo e a área de atuação.

Para Bruna, o conflito ético é compreendido quando em uma situação as pessoas envolvidas apresentam opiniões diferentes. Ela compreende o dilema ético quando existem duas opções para ser escolhida, uma coerente e a outra não, no entanto, as pessoas que estão envolvidas apresentam opiniões diferentes chegando a um consenso. Identifica que está diante de um conflito ético quando a equipe multiprofissional entra em discussão por condição relacionada ao paciente, não se chegando a um consenso. Identifica o dilema ético a partir de uma situação em que vai de encontro aos princípios éticos e morais da profissão. O conflito poder ser percebido de forma harmoniosa ou como tivesse travando uma batalha. Percebe o dilema quando a situação provoca a agitação da equipe e a enfermeira intervém no momento de tomar a decisão.

5.2 ANÁLISE IDEOGRÁFICA DOS CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS NO CENTRO CIRÚRGICO

Iniciei a análise ideográfica buscando compreender a descrição das participantes, por

ser essa a possibilidade de acesso ao seu mundo-vida. Dirige-me para os significados produzidos pelo fenômeno isolado e através da análise das unidades de significados e, partir para a apreensão e construção das subcategorias e categorias dos depoimentos.

	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1	As enfermeiras vivenciam conflitos e dilemas éticos no centro cirúrgico em contexto de:	<i>1.1 Relações interpessoais</i>
		<i>1.2 Deficiências de salas/leitos de UTI</i>
		<i>1.3 Deficiências de recursos materiais e humanos</i>
		<i>1.4 Exercício profissional</i>
		<i>1.5 Definição de prioridades</i>
2	Na concretização da tomada de decisão as enfermeiras de centro cirúrgico vivenciam conflitos e dilemas éticos através de ações/atitudes como:	<i>2.1 Atenção aos preceitos éticos e legais da profissão</i>
		<i>2.2 Busca conjunta da melhor alternativa</i>
		<i>2.3 A hierarquização das possíveis alternativas</i>
		<i>2.4 Respeito a autonomia do outro</i>
3	Compreensão das enfermeiras sobre conflitos e dilemas éticos no cuidado perioperatório é revelada em significados de:	<i>3.1 Ambiguidade na compreensão sobre conflitos e dilemas éticos</i>
		<i>3.2 Dilema é...</i>
		<i>3.3 Conflito é...</i>
4	A responsabilização da enfermeira na harmonia das relações entre os membros da equipe do centro cirúrgico envolve:	<i>4.1 Habilidades e competências na deliberação</i>
		<i>4.2 Liderança na gestão de conflitos no centro cirúrgico</i>

Categoria 1 - As enfermeiras vivenciam conflitos e dilemas éticos no contexto de centro cirúrgico

1.1 Relações Interprofissionais

Os relatos das enfermeiras evidenciam que o conflito manifesta-se em situação envolvendo profissionais de saúde, com opiniões diferentes, e pode ser percebido de forma harmoniosa ou como se estivesse travando uma batalha. No relacionamento interpessoal, com anestesiastas, cirurgiões e com os próprios funcionários da equipe de enfermagem, encontram-se razões que justificam tal ocorrência.

O conflito não surge apenas na questão da dúvida da escolha o que fazer [...] equipe no momento de stress, momento de indecisão, o momento de intriga, que acaba existindo na hora de ter de decidir. [...] quando ela acaba me incomodando bastante eu fico em conflito [...] existe uma situação de desgaste com a própria equipe. (Júlia, relato 1)

(risos) É tão engraçado por que a gente pode perceber de uma forma harmoniosa ou a gente pode perceber de uma forma com se tiver [...] travando uma batalha né... [...] (Bruna, relato 8)

[...] no centro cirúrgico quando existe uma situação conflituosa se percebe logo né, ânimos se exaltam né, [...] a entonação chamando a enfermeira, você sabe que é uma situação problema, um conflito [...] de idéias, de providencias tomadas ou não, que o outro achava que deveria ser da sua responsabilidade e que não foi, [...] (Manuela, relato 6).

[...] no centro cirúrgico a gente lida diariamente, [...], conflitos de diversas situações [...] conflitos de relacionamento interpessoal, com funcionários, a gente lida com conflitos da própria equipe de Enfermagem, com anestesiasta, com os próprios cirurgiões [...] ou com o corpo clínico [...] com a equipe de manutenção (Liz, 2).

[...] esses profissionais [...] querem que a gente faça as coisas da forma que eles determinam para atender as necessidades. (Patrícia, relato 5)

Júlia desvela que o conflito não surge, apenas, quando há dúvidas no momento da escolha do que deve ser feito. Para ela, no conflito, a equipe demonstra estresse, indecisão, intriga no momento de decisão. Confessa que tal situação incomoda bastante. Bruna diz que o conflito pode ser percebido de forma harmoniosa ou como se estivesse travando uma batalha. Manuela esclarece que, no CC, um conflito é, de imediato, percebido, pois, os ânimos se exaltam, e a entonação da voz dos profissionais revela a situação. Para ela, a situação pode emergir da diferença de ideias, providências tomadas, ou não, e que a pessoa acredita serem da responsabilidade da enfermeira. Para Liz, no CC vivenciam-se, diariamente, conflitos advindos de relacionamento interpessoal, com funcionário, com anestesiasta, com cirurgiões ou

o com corpo clínico, com a equipe de manutenção e com a própria equipe de Enfermagem. Patrícia desvela a atitude da equipe cirúrgica, de determinar as atividades das enfermeiras a fim atender as necessidades que lhe dizem respeito.

Manuela e Patrícia reconhecem a existência de um dilema ético em circunstâncias difíceis, resultado da diferença de opiniões entre os profissionais, e quando esses tem atitudes que menosprezam a autonomia do enfermeiro.

[...] identificar um dilema ético. [...] tipo, denegrir a posição do enfermeiro, enquanto enfermeiro, pondo em dúvida sua capacitação em função de uma situação que nem sempre pode haver com o caso, forma de te abalar, de te desgastar emocionalmente, né, e gerar também uma situação de conflito maior. [...] (Manuela, relato 6)

[...] eu identifico, os conflitos éticos quando é. [...]. Quando tem alguma situação que envolve profissionais né..., e de opiniões diferentes sobre um determinado assunto e que essas opiniões [...] vão gerar uma situação desgastante, [...]. [...] situação é... as vezes de desrespeito, [...]. Situação conflituosa (risos), né ... [...] que são difíceis de resolver. [...] situação é... as vezes de desrespeito, [...]. Situação conflituosa (risos), né... (Patrícia, relato 5)

Manuela identifica um dilema ético, quando a atuação do enfermeiro é desacreditada, resultando de ter-se desviado da sua capacidade, fato que lhe provoca desgaste emocional, podendo, inclusive, desenvolver uma situação ainda mais complicada. Patrícia reconhece a existência de um conflito ético em situação que envolve profissionais com opiniões diferentes gerando desgaste e, às vezes, desrespeito entre as pessoas envolvidas. O conflito torna-se de difícil resolução.

Júlia desvela situação vivenciada no perioperatório que denota a existência de relação conflituosa entre a equipe cirúrgica no perioperatório.

[...] eu tenho responsabilidade com o paciente [...] paciente que complica a enfermagem tem a responsabilidade [...]. O paciente não pertence unicamente ao médico, a enfermagem tem responsabilidade por ele. Fiquei no meu dilema pessoal, pois que gerou aquela situação de desgaste, de conflito. [...] será que deveria ter realmente [...] intervindo naquela situação ou deixaria o médico decidir se o paciente iria para a terapia intensiva ou não? (Júlia, relato 1)

Para Júlia, o paciente não é exclusividade do médico, pois, diante de uma complicação, a enfermagem também tem responsabilidade. Diante da situação que gerou desgaste, ela vivenciou um dilema pessoal, face à indecisão se deveria intervir ou deixar que o médico decidisse encaminhar o paciente para a terapia intensiva.

Emerge no segmento de fala de Manuela uma contradição quando ressalta que as relações no CC não são conflituosas.

[...] nós não vivemos no dia a dia com situações conflituosas e dilemas éticos, a nossa relação é [...] muito boa e existe um respeito para com a enfermagem né. [...] buscamos fazer cada vez o melhor. (Manuela, relato 6)

Para a enfermeira, a relação da equipe é muito boa, observa-se o respeito para com a equipe de enfermagem que busca, na prática, um desempenho cada vez melhor. Portanto, Manuela não vivencia situações conflituosas e dilemas éticos como os profissionais da equipe cirúrgica.

1.2 Deficiência de salas e leitos de UTI

Os conflitos vivenciados pelas enfermeiras no CC, na maioria das vezes, estão relacionados à deficiência de espaço, isto é, de salas e leitos de UTI. Tal carência repercute na dinâmica da unidade dando origem a relações conflituosas entre os membros da equipe cirúrgica.

[...] eu acho que o dilema é o que você vive, [...] Acabei de subir e tava com duas crianças para serem operadas, de equipes diferentes, a gente só tem uma vaga de UTI é... e aí você tem que resolver esse conflito. (Liz, relato 2)

[...] dilema, a gente vivencia todos os dias. Os médicos põe a gente em uma situação as vezes difícil, tipo marcar cirurgia. [...] poucas salas cirúrgicas funcionando, [...]. (Adriana, relato 3)

Então, já tive momento de ter a [...]cirurgia [...] eu não tinha uma sala disponível, mas fui a todo tempo questionada pelo preceptor de cirurgia, como é que eu enfermeira [...] iria suspender uma cirurgia de um paciente, jovem, que estava em estado grave. Como eu estou tomando essa iniciativa? (Júlia, relato 1).

[...] dilema ético eu creio que ligado a situações conflituosas, primeiro né, os conflitos que estão ligados ao número de salas né. (Manuela, relato 6)

[...] ter que escolher entre um procedimento ou outro [...] que critério a gente vai escolher um ou outro paciente por que os dois não dão prá colocar, [...] (Bruna, relato 8)

Para Liz, a deficiência de espaço físico leva à redução do número de salas e de leitos na UTI, conseqüentemente, desencadeiam-se conflitos e dilemas éticos. Faz referencia a que, ao adentrar na unidade, encontra duas crianças para serem operadas, por equipes diferentes, entretanto, só há uma vaga disponível na UTI, e que esse conflito tem de ser resolvido. Para Adriana, o conflito é vivenciado todos os dias, em função da deficiência de salas cirúrgicas, deixando as enfermeiras em situação difícil no momento de planejar o mapa dos procedimentos. Júlia explicita que já houve situações no CC de haver uma cirurgia

programada e não ocorrer por falta de sala. Cita o caso de um paciente jovem, em estado grave, cuja cirurgia teve que suspender por falta de sala, e refere que, a todo o momento, foi questionada pelo preceptor de cirurgia, quanto à alternativa de que se valera. Manuela confere destaque ao dilema ético relacionado ao número reduzido de salas. A enfermeira Bruna desvela que fica na dúvida sobre qual o critério de escolha entre os dois pacientes que estão para ser operados, pois as cirurgias não podem ser realizadas ao mesmo tempo.

No segmento da fala, Manuela e João Pedro explicitam conflitos vivenciados por falta de salas e leito de UTI.

Não existe sala para todas as equipes no momento que eles querem operar, [...] existe uma previsão de cirurgias, só que muitas equipes, depois de resolver a sua situação lá fora, [...] quer operar, no momento que for interessante para eles, [...] interfere com a dinâmica do centro, cria uma situação de animosidade, né, situação conflituosa. (Manuela, relato 6)

[...], dois pacientes que precisam de vaga em uma UTI, [...] tem apenas uma vaga. [...] o que fazer? qual [...] devem ser encaminhados para a UTI? [...] decisão médica, resvala também na [...] ação de enfermagem, por que se um foi encaminhado para a UTI o outro vai permanecer no RPA [...], vai para uma enfermaria e se for, até onde vai a nossa responsabilidade encaminhando esse paciente? (João Pedro, relato 7)

Para Manuela, os conflitos emergem do déficit de salas, considerada a demanda de cirurgias impossibilitando atender as equipes. Ressalta que, na unidade, existe uma previsão de cirurgias, entretanto, determinadas equipes não se preocupam com a rotina estabelecida, isto é, querem operar no momento conveniente que for para elas. João Pedro relata que já vivenciou uma situação em que foi necessário fazer a escolha entre dois pacientes para uma vaga na UTI, porquanto, no momento, só havia uma vaga disponível. Estabeleceu-se o dilema, qual paciente que deveria ser encaminhado para a UTI? Para ele, a enfermagem deveria participar da decisão, o paciente que não foi para a UTI ficaria sob a responsabilidade da mesma.

João Pedro e Patrícia explicitam que existe a necessidade de estruturar o hospital, a fim de que possa ser realizado um bom trabalho na unidade de CC.

O conflito é o que fazer, [...] diante de uma situação dessa? É... não programar a cirurgia e o paciente ficar mais um tempo e a doença avançar ou [...] equipar, estruturar o hospital para tá atendendo todos os pacientes adequadamente sem está expondo a equipe de enfermagem, sem está expondo o paciente. [...] um conflito, quer dizer: opera não opera. (João Pedro, relato 7)

[...] dilemas vivenciados [...] estão muito mais voltados para qual a instituição que eu trabalho. [...] muitas vezes não lhe fornece os recursos que são necessários pra desenvolver bem o meu trabalho. (Patrícia, relato 5)

Para João Pedro, o conflito é consequência da não-programação das cirurgias aumentando os dias de permanência do paciente na instituição e dando lugar ao avanço da patologia. Para ele, a solução seria equipar e estruturar o hospital para atender a demanda, a fim de não expor o paciente e a equipe de enfermagem. A enfermeira Patrícia desvela que os dilemas vivenciados estão relacionados com a deficiência de recurso da instituição, que não fornece os recursos para desenvolver-se um bom trabalho.

1.3 Deficiências de recursos materiais e humanos

Os relatos das enfermeiras revelam que, apesar da previsão e provisão de material, convivem, na unidade, com as deficiências, o que favorece a eclosão de conflitos e dilemas em seu cotidiano.

Fazemos a previsão, a provisão, à cobrança desse material, o armazenamento, a estocagem, a validação, mas, nós não compramos. [...] dependemos de outros fornecedores e isso é a situação de mais conflito, além desse tem a questão de... salas. (Manuela, relato 6)

[...] em uma [...] cirurgia se tem uma previsão de materiais [...] são usados [...] e no decorrer [...] por alguma intercorrência, uma nova situação aparece e isso requer o uso de um material, de um instrumental diferente e no CME e no hospital [não tem]. (João Pedro, relato 7)

Manuela ressalta que, na unidade, faz a previsão e a provisão de material, armazena, estoca e fica atenta para a data da validade, não realiza compras e depende dos fornecedores. Para ela, a falta dos materiais desencadeia situações conflituosas no espaço cirúrgico. João Pedro desvela que faz uma previsão de materiais a serem utilizados em uma determinada cirurgia e, durante o procedimento, surge uma intercorrência que requer um material que não está disponível nem na unidade nem no hospital. Com resolver a situação?

Em outro segmento, Manuela desvela que é da sua responsabilidade providenciar o que seja necessário para o paciente.

Os nossos conflitos estão ligados [...] a carência de recursos materiais e isso nos deixa em desespero, [...] embora seja também da nossa responsabilidade que tudo que necessita seja providenciado para o cliente [...] mais tem uma responsabilidade maior né, e nem sempre está em nossas mãos a solução. (Manuela, relato 6)

Para a enfermeira, os conflitos estão relacionados à carência de recursos materiais. A situação a desespera, pois é da sua responsabilidade prever e prover a unidade com os recursos materiais, a fim de garantir a assistência ao paciente. Está ciente de suas

responsabilidades, entretanto, não é da sua competência adquiri-los.

Liz e Adriana desvelam que vivenciam situações diárias no CC relacionadas à carência de materiais e à falta de manutenção dos equipamentos.

[...] a equipe de enfermagem ela lida com muitos conflitos diários dessa equipe médica. [...]. Nós temos aqui 9 salas de cirurgias e apenas 6 funcionando, as outras 3 não estão funcionando por motivo de manutenção mesmos, ar condicionado. Então, enfim uma série de fatores [...]. (Liz, relato 2)

As vezes é a falta de um material, [...] de um ar-condicionado, na hora que pisa na sala começa o problema. [...] muita vezes o profissional médico, [...] entende que é a enfermeira que tem que resolver. [...] problema de manutenção... (Adriana, relato 3)

Para Liz, a falta de manutenção dos equipamentos gera conflitos entre a equipe de enfermagem e os médicos. Ressalta que, no CC, existem 9 salas de cirurgias, dessas, 6 estão funcionando e 3 não funcionam por falta de manutenção, de ar condicionados, além de outros fatores. A enfermeira Adriana vivencia semelhante situação quando chega à unidade e é responsabilizada pela falta de material e de ar condicionado na sala. Salienta que, às vezes, os médicos entendem que a enfermeira tem que resolver os problemas de manutenção na unidade.

Segundo as enfermeiras, a deficiência de recursos humanos faz com que vivenciam conflitos no seu trabalho diário na unidade de CC.

[...] a gente já começa viver [...] o conflito [...] desde cedo [...] falta de funcionários que adoecem [...] falta um técnico de Enfermagem, circulante de sala e a gente já vai resolver esse conflito prá não suspender a cirurgia, por conta de problemas de enfermagem. (Adriana, relato 3)

[...] trabalho em um centro cirúrgico de oftalmologia [...] um hospital escola, [...] os residentes são mais lentos nos procedimentos, a cirurgia prolonga-se e aí fica faltando um paciente fazer cirurgia [...]. funcionários moram longe, [...] eu estou no conflito, se deixo fazer a cirurgia do paciente por que é do interior e não tem dinheiro, [...] ou se eu suspendo por falta dos funcionários que moram muito longe. (Marta, relato 4)

Para Adriana, o conflito, desde cedo, é vivenciado na unidade, graças a: inadimplência por motivo de doença, o déficit de técnico de enfermagem e o circulante de sala. Esclarece que são resolvidos esses conflitos, a fim de não se suspender a cirurgia, por conta de problemas de enfermagem. Marta refere que trabalha em um hospital-escola e que, no CC, são realizadas cirurgias de oftalmologia. Observa a enfermeira que os residentes são lentos, delongam os procedimentos cirúrgicos, isso determina a suspensão das cirurgias subsequentes. Estabelece-se então o conflito: suspender a cirurgia ou liberar os funcionários

que residem em bairros distantes.

1.4 Exercício profissional

Ao assumirem a unidade, as enfermeiras vivenciam conflitos e dilemas éticos nas relações com os membros da equipe cirúrgica, por falta de recursos, posturas inadequadas que possibilitam o desencadeamento de processos éticos.

Manuela, Liz, Adriana, Patrícia, Júlia e João Pedro afirmam que vivenciam os conflitos e os dilemas éticos em suas práticas e que raros são os dias que esses não ocorrem.

Conflitos, inúmeros, infundáveis [...], poucos os dias em que nós não temos
(Manuela, relato 6)

[...] em minha prática eu tenho vivenciado muitos conflitos e muitos dilemas né... no centro cirúrgico, [...] a gente já... começa a vivenciar desde cedo os conflitos. [...] as vezes falta de UTI, [...] e o cirurgião já ficar questionando, porque não tem UTI?
(Adriana, relato 3)

[...] dilema, se está errado, eu não posso fazer assim, mais não tenho recurso, como é que devo proceder? Então, no meu dia a dia eu vivencio muitos dilemas éticos.
(Patrícia, relato 5)

[...] vivemos a todo o momento diante de situação conflitante e com os dilemas que acaba envolvendo processos éticos. (Júlia, relato 1)

[...] identifico [...] um conflito ou um dilema [...] quando surge na prática uma questão que precisa ser resolvida. (João Pedro, relato 7)

Segundo Manuela, os conflitos não cessam de ocorrerem em sua prática. Adriana confirma a vivência muitos conflitos e dilemas éticos, desde o início de suas atividades, advindos, Por exemplo, da falta de disponibilidade de leitos de UTI. Patrícia revela que, no seu cotidiano, vivencia dilemas éticos fica na dúvida diante da decisão a ser tomada, principalmente quando reconhece não ser correta a atitude assumida. Júlia revela que, as enfermeiras vivem constantemente os conflitos e dilemas éticos quando surgem situações que desencadeiam processos éticos. João Pedro identifica um conflito ou um dilema a partir do momento que surge uma situação que necessita de ser resolvida.

Em outro segmento de sua fala, Júlia revela que, situações vivenciadas na prática possibilitam emergir o conflito pessoal e profissional.

Eu fico no conflito pessoal e profissional, principalmente. Eu devo escolher ou não essa situação é o cotidiano nosso está diante de conflito e dilema. [...] tomar a decisão é um conflito [...], escolher o que devo fazer é o meu conflito [...] (Júlia, relato 1)

Júlia reconhece que se encontra diante de um conflito e de um dilema no momento em que a situação apresentada exige uma tomada de decisões, uma escolha entre as opções.

1.5 Definição de prioridades

As enfermeiras relatam que trabalham em um hospital público de grande porte onde, o número de salas cirúrgicas é insuficiente para a demanda de pacientes.

[...] o nosso número de salas e a nossa demanda é grande, hospital [...] de grande porte, onde atuam várias especialidades [...] e acaba tendo uma demanda reprimida. (Júlia, relato 1)

[...] a gente trabalha em um hospital de grande porte, um hospital público, que você tem de fazer algumas escolhas de cirurgias suspensas [...], é uma percepção de um conflito e não deixa de ser um dilema. (Liz, relato 2)

[...] não tem nenhuma certeza, a gente não pode prever o futuro, mas por conta do andamento do fluxo das cirurgias a gente sabe que a chance daquela criança operar é quase nenhuma. [...]. (Bruna, relato8)

Para Júlia, o hospital é de grande porte, em que se desenvolvem diversas especialidades, com o número de salas de operação que leva a ter uma demanda reprimida. Liz confessa trabalhar em um hospital público de grande porte e que a necessidade de escolher as cirurgias que serão suspensas implica um conflito que resulta num dilema. Bruna faz alusão a cirurgias pediátricas não realizadas. Não tem previsão do momento para acontecerem as programadas devido ao grande fluxo de pacientes. Portanto, a enfermeira percebe que a possibilidade da criança operar é mínima.

Categoria 2 - A concretização da tomada de decisões das enfermeiras de centro cirúrgico que vivenciam conflitos e dilemas éticos é efetivada através de ações e atitudes como:

2.1 Atenção aos preceitos éticos e legais

As enfermeiras vivenciam, na prática, conflitos e dilemas éticos em decorrência de atitudes da equipe cirúrgica que denotam negligência, imperícia e imprudência. Bruna, Manuela e João Pedro dão conta, em suas falas, da realidade: os profissionais da equipe cirúrgica ficam vulneráveis a cometer infrações éticas na prática.

[...] paciente que chega prá gente e não se mostra a vontade, aquele paciente que a

gente percebe que [...] não foi esclarecido [...], em relação ao procedimento que vai ser submetido, os riscos cirúrgicos e anestésicos, [...]. [...] a gente não concebe que o paciente entre no centro com dúvidas [...] do que ele vai fazer, quais são as chances dele em termos de prognóstico, quais são os riscos do procedimento, [...]. (Bruna, relato 8)

[...] nós não conhecemos nossos clientes até que eles cheguem até nós no dia da cirurgia (Manuela, relato 6)

[...] livrar o paciente de qualquer imperícia, imprudência ou negligência [...] se alguém for analisar o código pode perceber que algumas dessas infrações aconteceram, [...] (João Pedro)

Para Bruna, o paciente não se sente à vontade ao chegar no CC, não é esclarecido quanto ao procedimento que será realizado e aos riscos anestésicos e cirúrgicos. Ela não concebe que o paciente chegue ao CC com dúvidas em relação ao procedimento que será realizado e as possibilidades em relação ao diagnóstico. Manuela relata que a equipe cirúrgica não tem contato com o paciente antes do procedimento no CC. João Pedro desvela que os profissionais, na prática, devem estar preparados a fim de que danos decorrentes de imperícia, imprudência ou negligência não ocorram. Ele ressalta que, no agir dos profissionais podem estar presentes esses danos.

Patrícia, Liz, Bruna e Manuela desvelam que, na unidade do CC, as enfermeiras se envolvem em situações que podem desencadear processos éticos.

[...] dilema é aquela situação [...], tenho conhecimento de que eu não poderia tá agindo de tal forma, tenho que ter determinado cuidados [...] pela necessidade muitas vezes do serviço, dos outros profissionais, do paciente eu tenho [...] ficar criando meios, né, [...] de não [...] infligir as normas e [...] não ficar como a gente poderia chamar de um peso [...] a consciência, das questões éticas. (Patrícia, relato 5)

[...] enfermagem [...] ela tá mais envolvida no processo da ética, tanto da ética profissional quanto da ética vinculada ao paciente. (Liz, relato 2)

[...] o espaço do centro cirúrgico [...] o cliente fica mais vulnerável por que ele tá sedado, no mínimo, tá sedado, tá exposto, ele não tem família próximo, com exceção de alguns que admitem pais próximos dos filhos, mas mesmo assim o desconhecimento das ações, das atividades inerentes, rotinas do próprio setor né, não deixa esse acompanhante, por exemplo, no caso de situação pediátrica, perceber as nuança da ética, da bioética tão envolvida naquele processo, naquele cuidado da criança, [...]. (Bruna, relato 8)

[...] se você não faz uma programação cirúrgica prá aquele cliente diante dos infundáveis avisos de cirurgia, [...] todos elas são urgentíssimos, corre risco de morte e você será o responsável caso isso ocorra, né. (Manuela, relato 6)

Para Patrícia, o dilema pode emergir em decorrência de uma ação que o enfermeiro sabe que não é correta e, por necessidade do serviço, dos profissionais e do paciente, terminam desenvolvendo. Considera que as enfermeiras devem evitar situações que levem a

infrações éticas, a fim de não ficarem com um peso na consciência. Liz revela que a enfermagem, na prática profissional se envolve com processos éticos. Bruna desvela que, no CC, o paciente fica vulnerável por encontrar-se sedado, não ter a família para acompanhá-lo, exceto os pacientes pediátricos, nesse caso ela ressalta a falta de esclarecimento a serem dados ao acompanhante, acerca das ações desenvolvidas na unidade, capacitando-o para perceber as que entrem em desacordo com a ética e a bioética. Manuela desvela que, diante de incontáveis avisos de cirurgia, a enfermeira faz a programação cirúrgica de modo que atenda aos pacientes considerados de urgência, que correm risco de morte. Salienta que, se a enfermeira não realiza a programação, será responsável pelo que ocorrer.

Em outro momento do depoimento, Patrícia relata opiniões divergentes desencadeiam situações conflituosas.

[...] conflito, eu identifico quando têm outros profissionais envolvidos, com opiniões diferentes sobre determinados assuntos [...] essas opiniões divergentes levam a uma situação conflituosa né, que ferem as normas de ética. (Patrícia, relato 5)

Patrícia desvela encontrar-se diante de um conflito, em situações envolvendo outros profissionais, com opiniões diferentes sobre um determinado assunto. Para ela, as opiniões que vão de encontro às normas éticas desencadeiam conflitos.

Júlia, Manuela e Liz desvelam que situações ideais de trabalho não existem e que a enfermeira é responsável para tomar decisões éticas frente aos conflitos e dilemas que surgem na prática.

[...] dilema ético é ... [...] compreendido em um momento onde deve colocar a sua ética em primeiro lugar. [...] estou optando por tal escolha que será mais benéfica, ela vai ser correta? Ela vai ser a mais ética? Quando eu venho a decidir, eu fico naquele dilema, será que decidir correto ou não. [...] vivemos a todo o momento diante de situação conflitante e com os dilemas que acabam envolvendo processos éticos [...]. (Júlia, relato 1)

Situações ideais não existem né, a gente precisa improvisar, [...] de forma que essa improvisação não fira os princípios da técnica asséptica, [...] uma instituição pública, onde nem sempre a gente tem o que gostaríamos né... [...], apesar de tudo, eu amo trabalhar nesse espaço que é o centro cirúrgico. (Manuela, relato 6)

[...] tanto o conflito, quanto o dilema, [...] a gente tem que ter a questão ética, né... [...]. Perceber isso para não se tornar um problema pessoal né, prá não passar dos limites e no dilema também, tem que vê a questão ética, para também não tomar uma decisão que não seja a ideal, não seja ética né... Então, por isso a gente tem que ter muito cuidado, [...]. (Liz, relato 2)

No que tange à tomada de decisão diante de um dilema ético, Júlia acredita que se deve ponderar para que a escolha seja benéfica, correta e ética. A enfermeira ressalta que, cotidianamente, defronte com situação conflitante e dilemas que envolvem processos éticos.

Para Manuela, situações ideais não existem, e a enfermeira, ao realizar as atividades, pode ter necessidade de improvisação. Ressalta que, em uma instituição pública, nem sempre existe disponibilidade do material para a realização dos procedimentos. Por isso, precisa improvisar de forma que não vá de encontro aos princípios da técnica asséptica. A enfermeira Liz revela que, no conflito e no dilema ético diante da tomada de decisões, deve-se ter o cuidado para não haver envolvimento pessoal, e sim, decisão pautada na ética.

O enfermeiro encaminhou à diretoria do hospital um documento relatando fato ocorrido na unidade que foi de encontro às normas do CEPE.

[...] situação que eu vivenciei na prática, me deixou bastante preocupado, [...] redigir um documento citando artigo do código de ética e [...] esse fato e encaminhei para a diretoria do hospital, inclusive fazendo menção de encaminhamento para o Conselho Regional de Enfermagem. (João Pedro, relato 7)

Depreende-se, da fala de João Pedro, que o fato que ocorreu na unidade o deixou bastante preocupado. A sua ação foi encaminhar à diretoria da instituição um documento descrevendo o ocorrido no qual declara disposto a encaminhá-lo, também, ao Conselho Regional de Enfermagem.

2.2 Na busca conjunta de alternativas

A tomada de decisão carece de ser negociada com a equipe perioperatória. A decisão procederá do consenso entre os membros da equipe cirúrgica, e todos serão responsáveis pela decisão.

As enfermeiras Júlia e Adriana expressam a importância do diálogo com outros membros da equipe cirúrgica no momento da tomada de decisão frente a um dilema ético.

Fiquei num dilema, se de repente tivesse entrado, discutido com [...] outra pessoa, [...]. Será que realmente teria sido a decisão mais correta? Em casa [...] perdi o meu equilíbrio emocional que cheguei a chorar [...]. Fora de setor estavam os burburinhos que a enfermeira estava tomando a decisão de suspender [a cirurgia do] paciente que estava em estado grave. (Júlia, relato 1)

[...] muitas vezes a gente tem que sentar com o anestesista, vem sentar com os cirurgiões pra tomar uma decisão, qual a cirurgia vai entrar. [...] isso aí é um dilema que a gente vivencia [...] (Adriana, relato3)

Diante do dilema, a enfermeira Júlia destaca a necessidade da participação de todos os membros da equipe cirúrgica, a fim de dialogar, refletir sobre a situação do paciente com vistas a tomar uma decisão correta. A situação foi divulgada por outros setores do hospital, e a

enfermeira foi criticada por ter decidido suspender a cirurgia de um paciente em estado grave. A situação fez a enfermeira perder o equilíbrio emocional. A enfermeira Adriana desvela que vivencia dilema quando necessita fazer a escolha de qual cirurgia será realizada, que é salutar dialogar com o anestesista e os cirurgiões no momento de fazer a opção.

Liz, Manuela e Bruna expressam que os dilemas surgem na unidade de CC no momento em que necessitam tomar decisões, para tanto, se faz necessário manter a calma no diálogo com a equipe multiprofissional, a fim de solucionar os problemas da unidade.

[...] um dilema que a gente vive diariamente [...] a gente vai tentando resolver com toda a equipe de multiprofissionais que estão inseridos dentro do centro cirúrgico (Liz, relato 2)

[...] precisamos ser bastante parcimoniosas, calmas nesse momento para dar respostas que convençam e buscar alternativas para solucionar o mais breve possível, né. [...] de um modo geral [...] a própria maturidade vai fazendo com que a gente busque alternativas para solucionar esses problemas e deixar o ambiente o mais harmonioso possível que esse é o nosso objetivo, [...]. (Manuela, relato 6)

[...] quando a gente sabe... o sangue ferve, [...], a gente precisa [...] tomar uma decisão, a gente precisa ouvir as pessoas que estão ali, e a gente se dá conta que dilema ético, [...] (Bruna, relato 8)

Liz revela que o dilema é vivenciado diariamente, que tenta resolvê-lo com a equipe multiprofissional da unidade cirúrgica. Para Manuela, as enfermeiras precisam ser parcimoniosas e calmas diante de situações vivenciadas na prática, dar respostas que convençam e proponham alternativas para resolvê-las. Ressalta que a maturidade da enfermeira tem relevância na busca de soluções para os problemas e promover um ambiente harmonioso no CC. Bruna desvela que percebe um dilema ético quando se exalta e se encontra diante da necessidade de tomar decisões, sendo importante, para tanto, dialogar com outras pessoas.

Liz e Bruna desvelam que vivenciam conflitos no cotidiano.

[...] [vivencio] com esse conflito diariamente, prá fazer um rodízio [...] de equipes cirúrgicas [...] a gente tem que ter o bom senso e contar com a colaboração da equipe. (Liz, relato 2).

a gente pode pensar [...] no conflito como algo [...] que [...] precisa de uma tomada de decisão mais, [...], a gente precisa colocar nosso ponto de vista, [...].(Bruna, relato 8)

Liz desvela que vivencia conflito diariamente, sobretudo, quando existe a necessidade de fazer o rodízio entre as equipes de cirurgias. Para ela, é necessário ter bom senso e contar com a colaboração da equipe. Para Bruna, diante de um conflito, torna-se necessária uma

tomada de decisão, e a enfermeira precisa colocar o seu ponto de vista.

2.3 Hierarquização das possíveis alternativas

As enfermeiras revelam que vivenciam os conflitos e dilemas em sua prática no centro cirúrgico. Em tais situações, apresentam soluções no intento de preservar o equilíbrio da unidade.

[...] e às vezes vem uma especialidade e prá gente definir a que coloca no mapa cirúrgico. Então, a gente vivencia esse dilema diariamente. [...] é um dilema, que cirurgia colocar, que preceptor priorizar, [...]. (Adriana, relato 3)

Então, percebo um conflito e... a minha percepção é mais um sentimento subjetivo [...] o dilema... eu me percebo mesmo tendo feito a escolha, mesmo tendo tomada a decisão [...]. Eu percebo que é um dilema a partir do momento que faço aquela escolha, [...] quando ela acaba me incomodando bastante eu fico em conflito [...]. (Júlia, relato 1)

Para Adriana, o dilema é vivenciado diariamente no momento de definir qual especialidade vai marcar no mapa de cirurgia e qual o preceptor vai priorizar. Júlia percebe o conflito como um sentimento subjetivo, e no dilema, tem que fazer uma escolha. Confessa que a tomada de decisões causa-lhe forte desconforto.

Bruna relata que equipe não prioriza as cirurgias pediátricas.

Outra situação ética que não depende de nós, [...] está relacionada as cirurgias pediátricas [...] de R1 - Residente 1, [...] ficam depois, [...]. Criança na minha concepção deveria acontecer primeira, eu acho que por conta da estruturação da própria residência, por conta que é uma cirurgia de R1 e não de R2 e R3, fica para depois e comumente elas não acontecem. (Bruna, relato 8)

A enfermeira revela que as cirurgias realizadas pelo R1 – Residente 1 são postergadas. Ela tem consciência de que a criança tem prioridade para ser atendida, mas, para ela, por conta da estrutura da Residência, as cirurgias de R1 ficam para serem realizadas após as cirurgias de R2 e R3, independente da idade do paciente.

Adriana desvela uma situação em que se encontram três cirurgias para serem realizadas, com indicação de encaminhar os pacientes para a UTI.

E dilema muita vezes quando a gente chega, aí... por exemplo: [...] tipo assim, três cirurgias precisando de vaga na UTI, né, e aí a gente liga para a UTI, só tem uma vaga, a UTI e joga o problema para cima da gente. [...] a gente fica tentando priorizar uma, mas entendendo que todas são importantes. (Adriana, relato 3)

A enfermeira desvela que havia três cirurgias e que todos os pacientes necessitariam

no pós-operatório, serem encaminhados para UTI. Entretanto, a disponibilidade, na unidade é de uma vaga, por isso terá que fazer escolha. Para ela, o dilema está em ter que priorizar um paciente, embora entenda que todos são importantes.

2.4 Respeito a autonomia do outro

As enfermeiras desvelam que a autonomia do paciente e dos membros da equipe cirúrgica deve ser respeitada.

Bruna revela que, antes de tomar uma decisão, deve ouvir a família e refletir sobre os princípios da bioética - beneficência, autonomia e a justiça.

[...] vai ser tomada uma decisão diante daquela situação por um único profissional, sem [...] ouvir família, se [...] não entender a autonomia que o cliente tem pra tomada de decisão [...] eu acho que é mais ou menos por aí. [...] Muitas vezes a gente acha que está fazendo o bem [...] entra [...] a questão da bioética, [...] relacionadas direta ou indiretamente ao ser humano, [...]. A gente pensa na beneficência, [...] na autonomia, [...] em justiça. (Bruna, relato 8)

Bruna observa a que o profissional que toma decisões sem ouvir a família, está desrespeitando o princípio da autonomia que dá o direito, ao paciente, de decidir sobre a sua vida. Ela ressalta que, muitas vezes, os profissionais decidem pelo paciente, por entender que estão fazendo o bem, tal atitude, no entanto, vai de encontro aos princípios da bioética - beneficência, a autonomia e a justiça.

Em outro segmento, a enfermeira torna a mencionar que entre a autonomia do médico e a autonomia do paciente, esta deve ser priorizada.

[...] a gente precisa pensar na [...] autonomia de nosso cliente, independente da autonomia médica, [...]. [...] com o avanço tecnológico, né, os profissionais de saúde, [...] tiveram, [...] entre “aspas” um poder [...] relacionado á tecnologia, à própria medicina, [...] essa falsa idéia de autonomia muitas vezes fere a própria autonomia do cliente. (Bruna, relato 8)

Para Bruna, a autonomia do paciente está acima da autonomia do médico. Considera que com o avanço da tecnologia, os profissionais de saúde passaram a ter, entre “aspas”, poder e essa mudança gerou uma falsa ideia de autonomia que, muitas vezes, fere a autonomia do paciente.

Júlia explicita como vivenciou uma situação em que foi necessária uma decisão imediata, entretanto, a sua ação foi ignorada pela equipe por essa considera-se a detentora da competência para tomar decisões.

Criança [...] submetida a uma cirurgia uropediátrica [...] no começo da extubação [...] evoluiu para um broncoespasmo [...] ela ia precisar da CTI [...]. Fui até a sala para [...] questionar, como é que esse paciente vai ficar no CRPA? [...] quem era eu a enfermeira para tomar essa decisão? Fiquei no meu conflito, eu deveria impor ou não? [...] eu deveria exigir ficar com o médico ou deixar para lá, não deveria dar importância à situação? Existiu meu dilema ético diante da situação. [...] se a criança viesse a ter uma complicação maior a enfermagem que seria abordada, por que você decidiu? Existiu um conflito, existiu a necessidade de uma decisão. A decisão foi tomada, porém existiu o dilema. [...] existiu um conflito, existiu a necessidade de uma decisão. (Júlia, relato 1)

Júlia desvela uma situação no pós-operatório envolvendo uma criança que, no início da extubação, apresentou um broncoespasmo. Ao perceber a complicação, a enfermeira manifestou-se sobre a necessidade do encaminhamento da criança o CTI. Diante do questionamento feito pela equipe sobre quem era ela para tomar essa decisão, sentiu-se num conflito: deveria impor a sua opinião ou deixar tudo como estava. Encontra-se, ao mesmo tempo, com um dilema ético, pois, se a criança viesse a ter uma complicação a enfermagem seria responsabilizada por ter tomado a decisão.

Categoria 3 - A compreensão das enfermeiras sobre conflitos e dilemas éticos no cuidado perioperatório é revelada nos seus significados

3.1 Há ambiguidade na compreensão dos termos conflitos e dilemas éticos

As enfermeiras sentem insegurança para definir o conflito e dilema ético e diferenciá-los. Reconhecem que são diferentes e que existe a possibilidade de passarem despercebidos em suas práticas. Os relatos de Marta, Bruna, João Pedro, Júlia e Liz, em seguida, desvelam a situação.

[...] o dilema ético, [...] eu não estou sabendo separar as duas coisas (Marta, relato 4)

Então, assim, é muito complicado isso, apesar de que eu vou ser sincera, eu confundo mesmo o que é conflito e o que é dilema ético, mas eu acho que o mais importante da gente entender de tudo isso, é que a gente não deve procurar o sentido do que é errado e do que é certo, mais de perceber as outras coisas que estão envolvidas aí [...]. [...] é difícil de encontrar definições para uma coisa e para a outra, né, [...] acredito que exista diferenças bem concretas entre conflito e dilema. Existem outros dilemas e outros conflitos que muitas vezes passam despercebidos e é isso que eu acho que a gente precisa aprender a reconhecer e tratar como dilema e não simplesmente com tomada de decisão, né, [...] (Bruna, relato, 8)

[...] questão que eu não consigo identificar [...] dá uma resolução para ela, eu estou diante de um conflito ou até diante de um dilema e eu identifico. (João Pedro, relato 7)

Para conflito, é ficar na dúvida, no questionamento, na indecisão, na dúvida que aquela conduta que viria a tomar, ela será realmente devida ou não, né. Para mim dilema é a mesma coisa. (Júlia, relato 1).

[...] eu acho que o dilema é o que você vive, [...] Acabei de subir e tava com duas crianças para ser operada, de equipes diferentes, a gente só tem uma vaga de UTI é... e aí você tem que resolver esse conflito. (Liz, relato 2)

Marta sente dificuldade de diferenciar o conflito de um dilema ético. Bruna admite que existe diferença entre o conflito e o dilema ético e reconhece que os confunde. Considera que é difícil defini-los e que eles passam despercebidos na prática, entretanto, considera importante que sejam reconhecidos. João Pedro revela que não consegue identificar se está diante de um conflito ou de um dilema ético. Júlia expressa que o conflito é ficar na dúvida e na indecisão se a conduta adotada diante de uma situação foi a correta ou não. Para ela, o dilema tem o mesmo significado. Para Liz, o dilema é o que você vive, e exemplifica, duas crianças estão para serem operadas por equipes diferentes, entretanto, só há uma vaga disponível na UTI. Nessa situação, o conflito emerge e necessita de ser resolvido.

Em outro segmento de sua fala, Júlia revela que percebeu, através dos relatos, que vivencia conflitos e dilemas éticos em sua prática.

[...] vim perceber que realmente existem conflitos, vivemos conflitos e dilemas éticos dentro desse trabalho, dentro dessa prática em centro cirúrgico. [...] diferenciar o que é um conflito e o que é um dilema, eles são realmente diferentes e [...] provocantes, na verdade. [...] os dois acabam se transformando em angústia em nosso processo de trabalho [...] muitos questionamentos e muitos dilemas [...], por que não sabe na verdade, eu tomei a decisão correta ou não. (Júlia, relato 1)

Júlia percebeu que vivencia conflitos e dilemas éticos em sua prática, que esses existem no contexto do CC. Explicita que são diferentes e provocantes, e quando ocorrem no ambiente de trabalho, deixa-a angustiada, principalmente quando questionam sobre a sua decisão.

Em outro segmento de fala, Bruna revela que o dilema se apresenta de forma sutil, passa, portanto, despercebido.

Então, as vezes, o dilema ele tá tão camuflado, ele nos parece ou nos apresenta de uma forma tão sutil, vamos dizer assim, que a gente não se dá conta que naquele momento a gente está vivenciando um dilema ético, que as pessoas que estão ali estão quase que no conflito mesmo, por que tem que as vezes tomar[...] decisão, e vezes a gente não consegue tomar nem de forma consensual, nem uma única pessoa. (Bruna, relato 8)

Bruna revela que o dilema, às vezes, fica camuflado, isto é, apresenta-se de maneira sutil, por isso as pessoas não percebem que estão vivenciando-o. Ressalta a enfermeira que,

torna-se um conflito no momento de tomar decisões e as vezes não conseguem em conformidade com outras pessoas nem individual.

Em outro momento dos relatos de João Pedro e Liz, fica explícito o significado de conflito.

[...] conflito, [...] algo que me divide entre o certo e o errado ou que precisa ser feito e o que pode ser feito. [...] conflito [...] forças opostas que dividem a minha consciência e as vezes a minha vontade de querer fazer. (João Pedro, relato 7)

[...] conflito quando eu... tenho que decidir algo, e algo [...], que não vai agradar uma das partes né...[...] e eu preciso definir como é que esse conflito vai ser resolvido. (Liz, relato 2)

João Pedro compreende que o conflito está entre o certo e o errado, em que forças opostas dividem a sua consciência e a vontade de fazer. Para a enfermeira Liz, o conflito surge quando se toma uma decisão, e uma das partes envolvidas ficará insatisfeita.

Marta desvela o seu entendimento sobre o conflito.

[...] entendo que conflito, [...] o cirurgião me fala que tem que fazer aquela cirurgia, que o paciente é do interior, não pode outra data, [...] Naquela sala eu tenho uma cirurgia que o paciente é de Salvador, [...] tem que fazer uma cirurgia [...] vai melhorar o diagnóstico dele [...] eu fico no conflito se eu coloco a paciente do interior [...] ou se aquela, [...], o paciente é da cidade [...], não é uma emergência, mais tem que ser mais rápido para o diagnóstico [...] (Marta, relato 4).

A enfermeira entende que o conflito instala-se numa situação que envolve o paciente do interior e o outro da capital e que exige que ela decida qual paciente deve realizar a cirurgia. Diante dessa realidade, a enfermeira fica em um dilema ao ter de decidir qual cirurgia que deve ser priorizada, uma vez que ambas não são de emergência, entretanto, têm que ser realizadas a fim de agilizar o diagnóstico.

3.2 Dilema é ...

O dilema é compreendido pelas enfermeiras como a concretização de um conflito. Existe uma situação para ser resolvida, e as pessoas apresentam opiniões diferentes, devendo priorizar o melhor para o paciente. Por isso, é necessário que se tome uma decisão.

João Pedro, Adriana, Júlia, Bruna e Patrícia revelam, nos relatos, à compreensão do dilema.

[...], dilema é para mim, por exemplo: quando você tem duas questões, certo? e

você não sabe qual a que você... (risos) vai pender, que decisão eu vou tomar para aquela, ou para aquela outra (Adriana, relato 3)

o dilema... eu me percebo mesmo tendo feito a escolha, mesmo tendo tomada a decisão, diante da decisão. (Júlia, relato 1)

[...] dilema na minha concepção não há uma parte certa, uma parte errada pode haver situações que fazem a gente pensar de forma diferente né, prá uma determinada coisa, [...]. [...] as concepções são diferentes, que fazer, por que fazer, quando fazer, qual o resultado disso, pensando em algo positivo pro cliente, eu acho que aí [...] está num dilema ético. (Bruna, relato 8)

[...] Dilema [...] é aquilo que eu vivencio muito, é aquilo que sei que é correto de fazer, [...] identifico um dilema em situação que dependem da minha ação. [...] eu faço aquilo ou não faço. (Patrícia, relato 5)

Adriana exemplifica que o dilema surge quando existem duas questões, no entanto, fica a dúvida sobre qual solução deve pronunciar-se a favor. Júlia percebe um dilema quando, diante de uma situação foi feita uma escolha, porém se questiona se a decisão foi a correta. Bruna revela que em um dilema não existe o certo e o errado, e sim concepções diferentes para uma mesma coisa, existindo uma preocupação com a escolha, com o resultado, no intuito de promover o melhor para o paciente. A enfermeira Patrícia explicita que vivencia muitos dilemas na sua prática, identifica quando emerge uma situação que necessita que tome uma decisão. Diante da situação, fica na dúvida do que deve fazer.

Manuela e Liz expressam a sua compreensão de dilema.

Dilema dá sensação de algo... duvidoso, né. [...], é ético ou não é ético. [...] uma situação que pareça não ética e que esteja sendo empregada no ambiente de trabalho, na equipe de profissional ou dentro da própria enfermagem ou com os demais membros. (Manuela, relato 6)

[...] um dilema é quando você está decidindo entre vidas [...] situação que geralmente pode custar a vida de uma pessoa. (Liz, relato 2)

Para a enfermeira Manuela, o dilema emerge quando tem dúvida se algo é ético ou não. Essa dúvida pode ter origem de uma ação d equipe profissional ou da equipe de enfermagem que atua na unidade. Para Liz, o dilema surge quando está decidindo, e a decisão tomada pode custar vida das pessoas envolvidas.

Bruna exemplifica o que considera como clássico dilema ético.

[...] exemplos clássicos de dilemas éticos, abortar [...] abortar contra o filho, [...] problema quando é fruto de uma concepção indesejada por conta de um de estupro, ou de utilização de sêmem de outras pessoas, é... de óvulo. (Bruna, relato 8)

A enfermeira citou o aborto, fruto de uma gravidez indesejada, e/ou em decorrência de

estupro, ou da utilização de semêm e óvulos como exemplos de situações que desencadeiam o dilema ético.

3.3 Conflito é...

O conflito é compreendido pelas enfermeiras como divergências de opiniões que implicam diversidade de posições diante de uma mesma situação, discordância de ideias, dúvida entre o certo e errado, indecisão quanto à solução, não se chegando a um consenso.

Nos depoimentos de Adriana, Patrícia, Marta, João Pedro, Júlia e Liz, conflito é compreendido como:

[...] o conflito é quando existe uma luta entre duas pessoas ou mais, quando você está tendo uma discussão com outra pessoa, né... (Adriana, relato 3)

[...] conflito é essa dificuldade muitas vezes na relação entre as pessoas que trabalham em uma mesma profissão ou profissão diferente. [...] difícil resolução, levam a conflitos éticos dentro de uma mesma profissão ou em profissões diferentes. (Patrícia, relato 5)

Pra mim um conflito ético, que posição devo tomar diante de uma situação apresentada (Julia, relato, 1)

Para Adriana, conflito significa luta entre duas pessoas. Patrícia explicita que o conflito está relacionado à dificuldade na relação entre pessoas que trabalham em uma mesma profissão ou em profissões diferentes e é de difícil resolução. Júlia entende que um conflito emerge quando existe a necessidade de uma ação frente a uma adversidade que emerge na prática.

Manuela e Bruna compreendem um conflito como:

[...] conflito [...] qualquer e toda a situação ligada a equipe multiprofissional. [...] situação de diferença de pensamento, de idéias [...] levando a situações de animosidade [...] a prejudicar o andamento, a dinâmica do trabalho. (Manuela, relato 6)

[...] conflito [...] uma situação ou um questionamento que apresenta em um determinado período de tempo, [...]. [...] quando a gente tá com uma equipe multiprofissional, [...] discutindo algo em relação ao cliente e a gente não chega a um consenso, [...] envolve [...] pessoas que podem ter [...] concepções diferentes sobre uma mesma situação. (Bruna, relato 8)

A enfermeira Manuela compreende que o conflito está relacionado com uma situação em que a equipe multiprofissional está envolvida. Revela que as diferenças de opiniões e ideias podem ocasionar a animosidade entre os membros da equipe, em prejuízo da dinâmica

do trabalho. Bruna compreende que o conflito resulta de um questionamento da equipe multiprofissional sobre um determinado paciente. Para ela, as concepções são diferentes, logo, não se chega a um consenso.

Em outro segmento, Júlia, expressa a sua compreensão sobre o conflito.

[...] compreendido em um momento onde [...] colocar a sua ética em primeiro lugar. [...] Você vai entrar em um conflito [...] pode vir na assistência do paciente, vir a ter uma conduta inadequada diante da assistência ao paciente. (Júlia, relato 1)

Para a enfermeira, o conflito se estabelece quando se coloca a ética em primeiro lugar, podendo ocorrer ao assistir ao paciente, assim como, diante de uma conduta inadequada durante a assistência.

Categoria 4 - Responsabilização da enfermeira na harmonização das relações entre os membros da equipe do centro cirúrgico:

4.1 Habilidades e competências na deliberação

As enfermeiras devem assegurar uma relação equilibrada e harmoniosa entre os membros da equipe cirúrgica no momento em que for necessária a deliberação para a tomada de decisão.

Manuela, João Pedro e Liz revelam que, para se manter um ambiente harmonioso, é preciso buscar alternativas, manter a calma e o equilíbrio nos momentos de decisão, e deve a enfermeira responsabiliza-se pelo paciente.

[...] o enfermeiro precisa ter [...] equilíbrio, muito preparo, né, ser espirituoso inclusive, prá poder manter essa situação e dar a decisão correta no momento correto. [...] o enfermeiro do centro por viver essa situação de vida e morte sempre né, [...] situação do cliente carente, que está ali com responsabilidade, tem que ter mais uma vez equilíbrio e respirar e buscar dar a resposta certa no momento certo, [...] (Manuela, relato 6)

Eles não querem saber de esperar tem que ter esse equilíbrio prá conseguir administrar esse conflito com a equipe [...] cirúrgica. (Liz, relato 2)

Manuela desvela que o enfermeiro precisa ter preparo e equilíbrio para tomar a decisão correta e no momento correto. Revela que o enfermeiro, no cotidiano de seu trabalho no CC, vivencia situações de vida e morte, de clientes carentes sob a sua responsabilidade, por isso, carece de equilíbrio. Liz revela, no seu relato, que os profissionais que atuam na

unidade não querem esperar, é preciso, pois, ter equilíbrio para administrar o conflito com a equipe cirúrgica.

Liz no depoimento revela que a impossibilidade de realizar as cirurgias gera conflitos e, por isso, utiliza o critério de suspensão.

Mas, quando não dá pra fazer a gente não vai mesmo de acordo com o critério de suspensão. [...] gera um conflito pra gente diariamente e a gente vai com equilíbrio, jogo de cintura, boa vontade né... [...]. Afinal de contas, a gente está aqui para servir. Isso é um conflito importante que a gente lida diariamente. (Liz, relato 2)

Para Liz, em face da impossibilidade de realizar o procedimento cirúrgico, faz-se necessário utilizar o critério de suspensão. Tal alternativa gera conflito no seu cotidiano, e a situação exige equilíbrio, jogo de cintura e boa vontade, em atenção ao cumprimento as missa de servir.

Manuela, em outro segmento de sua fala, ressalta que o relacionamento da equipe cirúrgica na unidade que atua é muito bom.

O relacionamento com a equipe de anestesiologia é muito bom [...], a equipe cirúrgica, [...] de um modo geral estão mais cedo, [...] isso já dinamiza o início das cirurgias, [...] são vários os especialistas, nem sempre existe sala, [...], eu to falando pelo do centro cirúrgico do quarto andar né, aqui nós não temos muitos conflitos. [...] no centro cirúrgico, quase não temos conflito, [...] não temos com a equipe de enfermagem. (Manuela, relato 6)

A enfermeira Manuela considera o relacionamento com a equipe de anestesiologia e de cirurgia muito bom. Para ela, os anestesistas dinamizam o trabalho, desde quando são diversas as especialidades e nem sempre se encontram salas disponíveis para todas. Manuela ressalta ainda que o bom relacionamento das equipes, bem como a vivência de poucos conflitos, existe na unidade em que atua. Ressalta que no CC quase não tem conflito com a equipe de enfermagem.

Liz, em outro segmento, desvela que, na sua prática, administra conflito diariamente ao planejar o mapa de cirurgia.

Gera um conflito enorme diariamente pra gente na resolução do mapa do dia posterior né... [...] tenho apenas 6 salas e tenho 11 clínicas diferentes querendo operar, eu tenho que fazer a administração dessas salas porque senão não vou conseguir. Eu tenho que fazer a administração, [...] envolve também o conflito [...] sempre a de cada uma vai ser mais importante do que da outra, por que eles não querem abrir mão né... [...], e a gente vai ter decidir como, visualizando né. (Liz, relato 2)

A enfermeira Liz declarou que a disponibilidade de 6 salas no CC, tendo em vista a

existência de 11 equipes para operar, gera um conflito na resolução do mapa de cirurgia do dia posterior. Ela salienta que tem de fazer a administração das salas para que possa planejar o mapa sabendo que cada profissional considera a sua cirurgia mais importante que a do outro e não se dispõe a abrir mão da vaga.

4.2 Liderança na gestão de conflitos no centro cirúrgico

Nos relatos, as enfermeiras desvelam que são responsáveis pela organização da unidade, gerenciando conflitos e dilemas com liderança e controle, para isso necessitam ser bastante parcimoniosas, calmas, dando respostas que convençam, buscando alternativas, a fim de solucionar, o mais breve possível, as situações.

Para Liz, Marta, Manuela, Adriana e Patrícia, os conflitos e dilemas éticos são vivenciados na comunidade administrativa, e a enfermeira gerencia, administra e depende da ação de outro profissional.

[...] conflitos é... na comunidade administrativa que a gente vive [...] a gente tem que gerenciar e administrar esses conflitos diários e fazer que as equipes entendam né [...]. O por que desse entendimento as vezes isso gera um conflito, [...]. [...] um dilema que a gente vive diariamente [...] a gente vai tentando resolver com toda a equipe de multiprofissionais que estão inseridos dentro do centro cirúrgico. (Liz, relato 2)

[...] importante que tenha um líder, [...] controlando essa situação conflituosa e... minimizando formas de não tomar partido, [...] dando uma solução apropriada para a situação, [...] (Manuela, relato 6)

[...] a gente percebe por que a situação é levada até a enfermeira de um centro cirúrgico [...] responsáveis pela organização [...] inserida no processo problema a ser administrado [...] recorre para a enfermeira do setor que está liderando o processo. (Adriana, relato 2)

[...] entendo que na situação identificar só eu, [...] que ter de solucionar esse conflito, entende. (Marta, relato 4)

[...] percebo conflito da enfermagem no centro cirúrgico com as outras equipes da saúde [...]. [...] a enfermagem, ela tem que organizar, [...], coordenar, [...], ela depende da ação de outros profissionais. (Patrícia, relato)

A enfermeira Liz explicita que, no cotidiano, vivencia dilema e conflito na comunidade administrativa e tem que gerenciar e administrar. Esforça-se para que entendam a situação e gera, às vezes, conflito e dilema. Ressalta que vai tentando solucionar os conflitos e dilemas com a equipe multiprofissional que atua no CC. Para Manuela, diante de uma situação conflituosa, é importante a presença de um líder minimizar formas de não tomar

partido, no intuito de uma solução adequada. Adriana revela que a situação é encaminhada para a enfermeira, responsável pela unidade e por está na liderança do processo. Liz percebe que, ao emergir a situação, comunica-se o fato à enfermeira da unidade do CC, responsável pela organização e está na liderança do processo administrativo. Marta desvela que só a enfermeira ao identificar um conflito pode solucioná-lo. Patrícia percebe o conflito da enfermagem com outras profissionais da equipe de saúde. Ela observa que a enfermagem tem de organizar, coordenar e, para isso, depende da ação de outros profissionais.

Manuela em outro segmento desvela que o enfermeiro deve estar presente diante das solicitações na sala de operação.

Eu quero esse, isso aqui não presta..., esse instrumental não serve... e o enfermeiro tem que está comparecendo, [...] equilíbrio de buscar uma negociação sempre, as respostas sábias naquele momento né, mais isso nos aflige e nós buscamos fazer com que realmente a coisa seja providenciada dentro do possível e quando algo torna mais sério buscar uma assistência melhor. (Manuela, relato 6)

Para Manuela, o enfermeiro na unidade deve estar presente nos momentos de solicitação de equipamentos e materiais cirúrgicos. Tem, na oportunidade, que manter o equilíbrio visando uma negociação, manifestar-se com sabedoria. Ela salienta que essa situação aflige os enfermeiros que procuram conduzi-la de acordo com as suas possibilidades.

5.3 ANÁLISE NOMOTÉTICA DOS CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS NO CENTRO CIRÚRGICO

Após a análise ideográfica dos oitos relatos, dei início à análise nomotética considerando as diversas ideias das participantes, em um movimento de passagem do individual para o geral, envolvendo uma compreensão e articulação entre essas categorias conforme recomenda Martins e Bicudo (2005). Para os autores “Compreender é tomar o objeto a ser compreendido na sua intenção total, não apenas naquilo que as coisas são na sua representação [...]. [...] compreender é ver de modo peculiar, específico, único de o objeto existir [...].” (MATINS; BICUDO, 2005, p. 76). Nesse sentido, a apêndice D apresenta a síntese da compreensão geral dos aspectos individuais das enfermeiras na vivência dos fenômenos conflitos e dilemas éticos no centro cirúrgico.

Categoria 1 - As vivências de conflitos e dilemas éticos pelas enfermeiras no centro cirúrgico

Os relatos mostram que na prática, as enfermeiras enfrentam os fenômenos conflitos e dilemas éticos, no CC. Busquei compreender como eles se manifestam no cotidiano dessas enfermeiras e apreendi que ocorrem na convivência com outros profissionais da equipe cirúrgica, em presença de deficiências da instituição. Emergem, na prática profissional das enfermeiras, frente a deficiência de espaço no que concerne a sala de operação e leitos de UTI, escassez de recursos materiais e humanos, indefinição das prioridades na unidade e nas relações com a equipe cirúrgica. Essas situações podem expor os pacientes e a equipe cirúrgica a riscos e danos.

Possari (2009) salienta que os recursos humanos e os financeiros são importantes para que as organizações funcionem adequadamente, bem como, possibilitam que os objetivos propostos pela instituição sejam alcançados.

Atualmente, a crescente complexidade dos cuidados, o avanço da ciência e da tecnologia e as dificuldades de recursos financeiros nas instituições de saúde desencadeiam situações que envolvem aspectos éticos e morais. Observa-se que essa situação é mais frequente em instituições públicas que, com os crescentes cortes de verbas, enfrentam dificuldades para manter-se. O quadro profissional torna-se limitado, a deficiência de recursos materiais, as condições precárias de trabalho, com frequência, aumentam a insegurança e favorecem a insatisfação no trabalho e, conseqüentemente, geram desgaste na equipe.

Para Fortes (2001, p. 140), “A elaboração de uma política pública de saúde, assim como as decorrentes ações administrativas oriundas de alocação de recursos escassos frente às necessidades de saúde, comportam dilemas éticos para administradores e profissionais de saúde”. Nesse sentido, Pessini e Barchinfontaine (2010, p. 182) elucidam que, no Brasil, observam-se:

[...] problemas crônicos relacionados a falta de regularidade nos repasses de recursos para o pagamento das principais despesas do Ministério da Saúde, incluindo o pagamento das contas hospitalares e os repasses das despesas ambulatoriais dos Estados e Municípios [...].

As enfermeiras desvelam que realizam a previsão e provisão de material e equipamentos a fim de garantir a assistência no perioperatório. Considerando que o controle de equipamentos e artigos é de sua responsabilidade e competência. Possari (2009) observa que compete à equipe de enfermagem assegurar o reabastecimento de artigos médico-hospitalares, para garantir a qualidade da assistência ao paciente.

Para Massarollo e Fernandes (2005, p 21),

A não assunção da responsabilidade pela organização pode dificultar ou impossibilitar a postura ética do profissional. A organização, ao não prover condições que dependem dela e que, portanto, são de sua responsabilidade, para que o profissional desenvolva suas atividades, respeitando direitos e princípios éticos, estará interferindo na postura ética do profissional.

As deficiências de recursos no CC levam as enfermeiras a agir contrariamente a seus valores, como, a justiça e o respeito à dignidade e aos direitos do paciente. No que concerne à relação de trabalho, elas interagem com pessoas com valores diferentes, que entram em choque com as suas ações diante dos conflitos e dilemas éticos. Thompson, Melia e Boyd (2004, p. 27) afirmam que “O conflito de valores morais existe não só em ambas as vertentes dos dilemas morais com que os indivíduos se confrontam, mas também no interior da própria sociedade e entre diferentes sociedades”.

Estudo realizado pela American Association of Colleges of Nursing (AACN) identificou os valores essenciais para a profissão de Enfermagem. O consenso entre as lideranças de enfermagem foi o de recomendar sete valores essenciais que fornecem subsídios para que as enfermeiras possam compreender o seu próprio ponto de vista, os valores do paciente e dos demais membros da equipe de saúde. São eles: **altruísmo**⁸ – cuidado, compromisso, compaixão, generosidade e perseverança -, **dignidade humana** – consideração, empatia, humanidade, bondade, respeitabilidade e confiança -, **estética** – apreciação, criatividade, imaginação e sensibilidade - **igualdade** - aceitação, afirmação, imparcialidade, auto-estima e tolerância -, **justiça** – coragem, integridade, moralidade, objetividade -, **liberdade** – confiança, esperança, independência, abertura, autodirecionamento e autodisciplina e por fim a **verdade** – responsabilidade, autenticidade, honestidade, curiosidade, racionalidade e capacidade de reflexão (POTTER; PERY, 2004).

As autoras salientam que a tecnologia contemporânea pode gerar dilemas éticos nos quais as opiniões conflitantes deixam os membros da equipe de saúde e o paciente em conflito (POTTER; PERY, 2004). A compreensão sobre os valores, portanto, desempenha um papel significativo para que as enfermeiras tenham responsabilidade e discernimento diante dos conflitos e dilemas éticos, frutos das deficiências que se defrontam na prática, de centro cirúrgico.

Para Meecker e Rothrock (1997), as responsabilidades da instituição de saúde pelos problemas que ocorrem na sala de operação estão aumentando, portanto, se faz necessário o controle dos riscos pela equipe de enfermagem perioperatória. Vale ressaltar que a ação da

⁸ Grifo nosso.

prevenção e controle de riscos garante a segurança no cuidado ao paciente no perioperatório e tem-se, como resultado, a prevenção de conflitos e dilemas éticos.

Nas relações entre os membros da equipe cirúrgica, o fenômeno conflito ético pode emergir quando existe uma situação em que os agentes não chegam a um consenso. Essa situação é revelada através do agir das pessoas, pelo poder, pela disputa do espaço e a defesa dos interesses individuais.

Thompson, Melia e Boyd (2004, p. 60) salientam que “No contexto da equipa de cuidados de saúde, a principal origem do conflito na prática da enfermagem situa-se, provavelmente, na relação entre a enfermagem e o exercício da medicina”. Os autores ressaltam que a relação entre a enfermeira e o médico ocorre no contexto de uma dimensão de poder.

Nesse sentido, Gomes (2009) salienta que no CC as relações interprofissionais são hierarquizadas, assimétricas e caracterizadas por mecanismos instituídos de poder, o que dificulta o trabalho em equipe e a colaboração que deve existir entre os diferentes profissionais de saúde.

As enfermeiras consideram que, diante de dilemas, devem priorizar as escolhas. Nesse contexto, necessitam inter-relacionar-se de forma equilibrada com os demais profissionais da equipe cirúrgica e prezar por um ambiente reflexivo, visando apresentar, em momento oportuno, a solução correta para a situação.

No CC, o ambiente de trabalho, muitas vezes, torna-se favorável a relações conflituosas em virtude da escassez de recursos contribuindo progressivamente para o desrespeito entre os membros da equipe cirúrgica, bem como, para a geração de uma assistência sem qualidade e sem ética e, cada vez mais, desumanizada. Sendo assim, torna-se premente que a filosofia institucional, assim como as políticas públicas, esteja voltada para a dignidade dos pacientes, bem como, o respeito pelos trabalhadores da saúde que atuam no CC. Consequentemente, o cuidado perioperatório será promovido com dignidade, equidade e ética.

Categoria 2 - Ações e atitudes reveladas pelas enfermeiras do centro cirúrgico na concretização da tomada de decisões perante conflitos e dilemas éticos

No cotidiano, os profissionais do centro cirúrgico lidam com situações que requerem tomadas de decisões éticas. As enfermeiras, pela experiência adquirida no dia a dia vivenciando tais situações tornam-se capazes de enfrentá-los, gerenciá-los com competência e

tomarem as decisões necessárias visando à segurança do paciente e demais membros da equipe cirúrgica.

Para Gândara (2004, p. 407), o processo de tomada de decisões consiste em escolher uma entre duas ou mais alternativas ou escolher uma linha de ação para solucionar a situação. A autora complementa que “O processo de decisão ética situa-nos num campo em que a natureza ética dos problemas suscita uma ambivalência na escolha da hipótese alternativa que se figura como a eleição, ou seja, a decisão justa e certa”.

A ética deve permear a prática profissional no perioperatório, através do respeito ao paciente, livrando-o de imperícia, imprudência ou negligência. No que tange à tomada de decisões diante de um dilema ético, as enfermeiras deste estudo consideram que deve ser ponderada para que a escolha seja benéfica, correta e ética prevaleça.

Porfírio e Gomes (2007) esclarecem que as infrações na vida profissional podem ser evitadas, para tanto, a equipe cirúrgica deve ser preparada adequadamente para o planejamento do ambiente, processamento dos materiais e o atendimento dos pacientes em todas as suas necessidades, livre de risco, porém assumindo as suas responsabilidades individuais pelas suas ações, independente do resultado.

A relação conflituosa entre os membros da equipe cirúrgica pode resultar da conduta contrária à ética desenvolvida por alguns profissionais. Muitas vezes, utilizam-se de palavras grosseiras, desrespeitam a autonomia das enfermeiras diante as decisões tomadas frente aos conflitos e dilemas éticos. Nesse sentido, Stumm, Maçalai e Kirchner (2006) reportam que o conflito envolvendo profissionais no CC necessita ser discutido de forma construtiva, em busca de alternativas, a fim de promover uma relação de trabalho harmônica.

O diálogo entre os membros da equipe cirúrgica, a reflexão sobre situações vivenciadas com o paciente devem ser uma rotina diária, pois, são considerados importantes na promoção da assistência perioperatória com qualidade e eticidade dos membros da equipe. Essas atitudes desenvolvem nas pessoas a capacidade da tomada de decisões sem causar danos nos envolvidos.

Nos relatos, as enfermeiras elucidam que, em suas práticas, vivenciam conflitos e dilemas éticos e, para administrá-los, carecem de conhecimento e atitude ética. Importante fazer a distinção das pessoas envolvidas na situação, ter a capacidade para realizar a análise criteriosa e procurar manter a postura ética diante da situação. Vale ressaltar que a ética e a bioética oferecem a possibilidade de a enfermeira refletir sobre os princípios e as normas que nortearão as condutas para a tomada de decisão.

As enfermeiras do estudo consideram a tomada de decisão como um processo que envolve aspectos individuais e coletivos, sendo necessário que se tenha uma meta, um objetivo ao qual se pretende chegar, a escolha de alternativa para alcançar o fim almejado. Para Potter e Perry (2004), a tomada de decisões ocorre no momento em que uma pessoa se encontra frente a um problema ou situação, em que uma escolha deve ser feita sobre um curso de ação. Dessa forma, a tomada de decisão é o ponto final do raciocínio crítico que leva a solução.

O princípio da autonomia foi desvelado neste estudo como direito do paciente que decide sobre a sua vida e o seu tratamento. Portanto, os profissionais de saúde antes de tomar decisões sobre o paciente devem buscar a opinião da família.

Massarollo e Fernandes (2005) alertam que na prática assistencial é comum que os profissionais não reconheçam a autonomia do paciente, isto é, o direito da pessoa tomar decisão no que concerne a sua saúde, o seu bem-estar, seu tratamento e a sua vida mediante seus valores, crenças, necessidade, expectativas e prioridades.

Os conflitos, bem como os dilemas éticos, podem originar-se de decisões que são tomadas sem ouvir a opinião de outros profissionais da equipe. O diálogo, um ambiente harmônico, alcançado com a ajuda de atitudes respeitadas entre os membros da equipe multiprofissional possibilitam a cada um expor a sua opinião e tomar decisões sem intrigas e sem ferir as normas éticas e morais. Silva e Fernandes (2006) afirmam que, para se alcançar a qualidade da ação de enfermagem como resultado do processo de tomada de decisões, faz-se necessário consenso entre o que fazer e o como fazer com a participação da equipe.

Diante dos dilemas e conflitos éticos, as enfermeiras demonstram ter a capacidade de tomar decisões valendo-se de suas habilidades de raciocínio crítico e reflexivo durante o transcurso de toda a ação. Assim, identificar o problema, criar alternativas para a solução junto às pessoas envolvidas e/ou à comitê de ética, em seguida, avaliar as alternativas para realizar a escolha e implementá-la. Por fim, avaliar se as alternativas adotadas constituem medidas indispensáveis na condução desse processo.

Categoria 3 - Significado de conflitos e dilemas éticos revelados na compreensão das enfermeiras nos cuidados perioperatórios

As enfermeiras do estudo compreendem que o conflito surge quando a situação envolve pessoas com diferentes percepções, o que implica discussão, e não se chega a um

consenso. Para Durozol e Roussel (2005, p. 101-102), conflito “Designa no sentido geral qualquer oposição marcada, eventualmente violenta, entre poderes ou tendências contraditórias que pretendem exercer seu domínio no mesmo campo”.

Porfírio, Munhoz e Pinter (2007) observam que no centro cirúrgico, existem conflitos considerados normais, por existir, nessa unidade, grupos diferentes, com visões diferentes do mesmo mundo. Portanto, é necessário que as pessoas se inter-relacionem a fim de que os objetivos comuns sejam atendidos. Os autores ressaltam que, para gerir os conflitos, é importante a utilização das ferramentas administrativa, da comunicação, da negociação e do trabalho em equipe.

Ao emergir dilemas éticos na prática das enfermeiras carecem de ser compreendidos para resolvê-los. Essa compreensão é destacada por Beauchamp e Childress (2002) ao salientarem que, os dilemas morais surgem de princípios e regras morais conflitantes, como exemplo, uma pessoa muito pobre rouba para salvar uma família da fome, ou uma pessoa mente para proteger um segredo de família. Os autores ressaltam que, nessas situações, a única forma de cumprir um dever é transgredir outro dever.

Os fenômenos, conflito e dilema ético, para as enfermeiras do CC representam a ambiguidade de sentimentos, ora são compreendidos, ora não pelas mesmas. A fragilidade para identificar conflitos e dilemas éticos, pode induzir a consequências indesejáveis, especialmente, na assistência perioperatória.

As enfermeiras ao vivenciarem conflitos e dilemas éticos, diante das diversas atribuições cotidianas desvelam que, às vezes, passam despercebidos. Ao detectá-los, elas ficam imbuídas de sentimento de angústia e dúvida, especialmente, ao perceber a necessidade da deliberação. Nesse sentido, Potter e Perry (2004, p. 350) salientam que os problemas éticos podem provocar angústias e confusão para os clientes e profissionais de saúde, e a controvérsia é a principal natureza dos problemas éticos. Para superá-la, deve-se determinar uma trajetória de ação e as questões éticas processadas com cautela e deliberação.

Apreendi que as enfermeiras de CC necessitam ter discernimento e segurança para tomar decisões éticas frente aos conflitos e dilemas vivenciados na prática. Entretanto, percebo que nas enfermeiras estudadas a autonomia não é absoluta, e sim limitada, principalmente pela não-aceitação da decisão por outros membros da equipe cirúrgica.

Categoria 4 - O equilíbrio das relações entre os membros das equipes do centro cirúrgico

As enfermeiras, através de conhecimento administrativo e gerencial planejam, operacionalizam e avaliam o processo de assistência no CC, com a perspectiva de criarem um padrão de atendimento de qualidade. Nas situações conflitantes e dos dilemas éticos que vivenciam, elas buscam gerenciar, com equilíbrio, as relações necessárias à tomada de decisões.

Para Massarollo e Fernandes (2005, p. 21),

Gerenciar em enfermagem pressupõe a tomada de decisões, e esta depende do grau de autonomia do gerente de enfermagem e de como se dá a sua relação com as pessoas e com a própria política da instituição, para desenvolver eticamente o processo de trabalho (MASSAROLLO; FERNANDES, 2005, p. 21).

Para a enfermeira assegurar uma decisão consciente faz-se necessária uma relação equilibrada e harmoniosa entre os membros da equipe cirúrgica, bem deliberar antes da decisão. Assim, a autonomia, maturidade e prudência possibilitam a deliberação para a tomada de decisão.

Para Gracia (2009, p. 8), a deliberação é:

[...] es el procedimiento para la toma de decisiones responsables y prudentes, es autónoma y todos la vemos como propia. La deliberación nos implica como personas, que es el procedimiento más eficaz para cambiar conductas.

As enfermeiras desvelam que gerenciam os conflitos e dilemas éticos no CC com equilíbrio e procuram manter uma relação harmoniosa entre os membros da equipe cirúrgica. Duarte (2004) salienta que os enfermeiros do CC, são em sua maioria, administradores, cumprem e fazem cumprir as normas e rotinas, no sentido de promover o processo de trabalho com eficácia. As enfermeiras deste estudo desvelam ter habilidade para manter a equipe estabilizada no momento de tomar decisões diante de conflitos e dilemas éticos.

Frente das situações vivenciadas na prática, no que diz respeito a conflitos e dilemas éticos, as enfermeiras desvelam que se preocupam em realizar as ações com transparência, a fim de manter o ambiente de trabalho harmonioso e sem o desgaste da equipe. Para Porfírio, Munhoz e Pinter (2007, p. 74), “A gestão de um conflito deve ocorrer nas unidades de alta complexidade em ambientes ora formais, ora informais, porém de forma clara e transparente, visando a recomposição da harmonia das forças internas”.

No contexto do CC, a assistência perioperatória processa-se, normalmente, em um clima de tensão emocional e estresse, ambos peculiares ao ambiente dessa unidade. Considero o CC uma unidade fechada, em que há rotina dos procedimentos, situações estressantes,

problemas emergentes, profissionais que atuam isolados das demais unidades da instituição, dentre outras situações que possibilitam o surgimento de conflitos e dilemas éticos.

Diante dessa realidade, a equipe cirúrgica é responsável por promover harmonia nas relações entre os profissionais que nela atuam. Para Stumm, Maçalai e Kirchner (2006), o CC é uma unidade fechada, de risco, com normas, rotinas e elevado número de procedimentos anestésico-cirúrgicos. As autoras consideram o CC uma unidade complexa por exigir do enfermeiro conhecimento científico, responsabilidade, habilidade técnica, estabilidade emocional, aliados ao conhecimento de relações humanas que contribuem para a administração de conflitos, em especial, pela diversidade dos profissionais em atividade nesse contexto.

As enfermeiras desvelam que, ao gerenciar os conflitos e dilemas éticos no CC, importante que assumam postura ética e humana, mantendo o equilíbrio da equipe e promovendo reflexão sobre a situação vivenciada, a fim de alcançar uma solução benéfica para o paciente. Mazur, Labronici e Wolff (2007) ressaltam que a reflexão ética deve ser uma constante no trabalho gerencial do enfermeiro, uma vez que, emergem na prática dilemas e situações conflituosas com envolvimento de atores que fazem parte desse contexto.

Apreendi, mediante este estudo, que as relações dos profissionais no CC, na maioria das vezes, tornam-se difíceis por existir conflitos de interesse, de esforço e de consciência. Nesse contexto, evidenciaram-se impactos negativos sobre a autonomia das mesmas que as deixam fragilizadas, possibilitando emergirem conflitos e dilemas éticos.

O dilema ético pode emergir em razão de conflito entre os valores da equipe cirúrgica, em especial da enfermagem, e com a organização institucional. A liderança da enfermeira na unidade e a responsabilidade dos demais membros da equipe são importantes, assim como, as suas ações sejam pautadas nos valores que acreditam. Importante que os profissionais que atuam no CC reconheçam a autonomia do paciente para decidir sobre tudo que diz respeito ao seu diagnóstico e ao tratamento.

Devem as enfermeiras gerenciar os conflitos e dilemas éticos respeitando os valores que defendem, os do paciente, para que as suas ações sejam pautadas, também, nos princípios de beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

6 COMPREENSÃO DO FENÔMENO CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA DA ENFERMEIRA NO CENTRO CIRÚRGICO

A fenomenologia possibilitou a aproximação dos fenômenos, conflitos e dilemas éticos obtidos das experiências das enfermeiras no centro cirúrgico e a minha compreensão sobre o significado desses fenômenos tal qual eles ocorriam na prática.

Ao buscar a compreensão dos significados dos conflitos e dilemas éticos vivenciados por enfermeiras na prática do centro cirúrgico, pude apreender, através das categorias e subcategorias empíricas que o conflito se configura graças a: decisões com possibilidade de agradar, ou não, uma das partes envolvidas; diversidade de ideias desencadeando animosidade no grupo e interferindo na dinâmica do trabalho; dificuldade nas relações entre os profissionais atuantes no centro cirúrgico, fruto de discordância de pontos de vista; tentativas de negociações provocando desgaste pessoal; rotura entre o agir e a consciência, a vontade e a tomada de decisões eticamente corretas, percebidas, pelas enfermeiras, em circunstâncias de conflitos e dilemas éticos.

A compreensão dos significados dos conflitos e dilemas éticos, pelas enfermeiras, expressas, às vezes, ambiguidade. Para elas, os dilemas éticos são desvelados diante de situações éticas, em que existem alternativas para escolha, e a decisão tomada envolve o paciente. Após a decisão, ficam com a sensação de dúvida, quanto à eticidade da opção escolhida.

Compreendo que o conflito é mais complexo por que ele emerge a partir de uma situação em que os agentes envolvidos apresentam opiniões e valores diversos que interferi nas metas e objetivos.

Os dilemas no centro cirúrgico surgem quando existem situações que exigem a decisão entre duas alternativas que se mostram insatisfatórias. Compreendo que para configura-se um dilema ético, essa decisão vai de encontro aos princípios éticos e valores morais do indivíduo, isto é, quando se trata de uma alternativa que se acredita ser a ideal para se fazer a opção. Considero, por exemplo, que o dilema ético emerge quando surge uma situação em que a enfermeira no centro cirúrgico deve decidir entre dois pacientes que necessitam ser operados de emergência, porém, só tem uma sala de cirurgia disponível na unidade. Que paciente a enfermeira deve priorizar? Sabe-se que os dois necessitam de ser operados e a enfermeira terá de fazer uma escolha entre os pacientes, entretanto, não tem clareza qual dos dois deve escolher. Então, configura-se aí um dilema ético.

Compreendi que as enfermeiras do estudo, ao vivenciarem os conflitos e dilemas éticos, reconhecem que estão presentes em sua prática, no contexto das relações interpessoais, deficiência de recursos materiais e humanos, também podem passar despercebidos. Após resolvê-los, ficam na dúvida se era da sua competência tal ação, o que desvela a necessidade de ampliarem a compreensão sobre o significado de conflitos e dilemas éticos, e não, simplesmente, tomar as decisões.

O estudo desvelou que a instituição possui uma demanda cirúrgica acima dos recursos humanos e materiais de que dispõe, o fato leva às enfermeiras à execução de ações improvisadas para suprir as deficiências da unidade, a fim de dar segmento à programação cirúrgica. As situações que desencadeiam a suspensão dos procedimentos cirúrgicos agendados originam relação conflituosa no ambiente de trabalho e dificulta o processo de trabalho. Elas expressam preocupação de ao ferir as normas, os princípios éticos e morais da profissão.

Os relatos desvelam que a autonomia das enfermeiras nem sempre é respeitada, principalmente, quando tomam decisões. Elas entendem a liderança como uma ferramenta necessária para que possam gerenciar os conflitos e dilemas éticos no centro cirúrgico, possibilita o equilíbrio e desenvolve a maturidade para resolvê-los.

As enfermeiras sentem necessidade de compartilhar, com a equipe cirúrgica, os conflitos e dilemas éticos vivenciados no centro cirúrgico visando responsabilizá-las pelas ações. Ao mesmo tempo, procuram dirimir o estresse da equipe cirúrgica.

A tomada de decisões, face aos conflitos e dilemas éticos, foi reconhecida como uma ação que deve ser planejada, compartilhada entre os envolvidos, porquanto precedida da oportunidade de todos exporem seus pontos de vista.

Os conflitos e dilemas éticos podem emergir no centro cirúrgico, a tomada de decisões requer o reconhecimento mútuo da autonomia dos profissionais envolvidos e a responsabilidade dos mesmos pelas ações que estão sendo desenvolvidas.

7 CONTRIBUIÇÃO DA BIOÉTICA CLÍNICA PARA ILUMINAR A TOMADA DE DECISÕES DIANTE DOS CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS PELA ENFERMEIRA NO CENTRO CIRÚRGICO

Nesta “segunda etapa” do estudo utilizei a metodologia da bioética clínica proposta por Diego Gracia (2007) para analisar os relatos de casos de conflitos e dilemas éticos vivenciados pelas enfermeiras no centro cirúrgico (CC) visando obter respostas para a seguinte questão: 1) O método proposto por Diego Gracia pode ser utilizado para a análise e propostas de ações diante dos conflitos e dilemas éticos vivenciados pela enfermeira no CC? Para fundamentar esta etapa, apresento considerações sobre a formação da enfermeira, a tomada de decisões no contexto do exercício da enfermagem e sobre a éticas/bioéticas na prática no CC.

Em seguida divido o texto em três subseções: a busca pelo método de análise; o processo de análise das vivências e a apresentação do quadro síntese da tomada de decisões.

7.1 A ÉTICA /BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA PARA A TOMADA DE DECISÕES NO CENTRO CIRÚRGICO

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, no Art. 4º, inciso II, institui que:

“[...] o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas” (BRASIL, 2001).

Espero das enfermeiras a competência e autonomia expressas nas habilidades e conhecimentos necessários a tomada de decisões coerentes, com as ações éticas e bioéticas no cuidado perioperatórios.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) - na seção dos Princípios Fundamentais determina que a enfermeira no exercício da sua profissão deve exercer suas atividades com competência a fim de promover o ser humano na sua integridade observado os princípios da ética e da bioética (CONSELHO FEDEAL DE ENFERMAGEM, 2008).

A tomada de decisões que envolvem os princípios éticos e morais, requer o reconhecimento de etapas que devem ser seguidas (THOMPSON; MELIA; BOYD, 2004, p. 12), como:

- Colher dados, identificar o que é evidente e definir o problema;
- Ter em conta os princípios e valores que se aplicam ao caso;
- Rever as opções e escolhas disponíveis na situação;
- Projectar um plano de ação com objectivos claros;
- Actuar de forma eficaz para implementar o plano e observar o processo;
- Analisar os resultados e aprender a partir deles. (THOMPSON; MELIA; BOYD, 2004, p. 12).

Quanto à solução de dilemas éticos, para se atingir a é necessário seguir um padrão, pois um dilema ético pode ser solucionado em um Comitê de Ética, em reunião, ao lado do paciente e/ou família, ou em outras situações que direcionem para uma tomada de decisão. Nos dilemas éticos vivenciados na prática a enfermeira deve proceder de forma cuidadosa, crítica, seguindo etapas de raciocínio, como: determinar se o problema é ético ou não; obter todas as informações relevantes para o caso; examinar e determinar seus próprios valores sobre o tema; verbalizar ou explicitar o problema; considerar as possíveis trajetórias de ação; negociar o resultado e, por fim, avaliar as consequências da ação (POTTER; PERRY, 2004).

Nos conflitos e dilemas éticos no CC, nem sempre as situações são claras, levando, às vezes, tempo para que sejam identificados. Ocorrem em situações de interdisciplinaridade, e o período para resolvê-los, às vezes, torna-se limitado. Por essa razão, faz-se necessário que os profissionais possuam conhecimentos e experiência nessa área, a fim de que seja realizada uma correta compreensão, análise e tomada de decisão, à luz de referências bem fundamentadas. Outro ponto observado é que, no momento da escolha da decisão, a enfermeira use a razão e não as emoções e sentimentos.

Gândara (2004) observa que, ao tomar uma decisão as experiências, as regras sociais, os princípios éticos e morais carecem de serem priorizados. Para tanto, os critérios adotados precisam ser explicados, em particular, aqueles relacionados à fundamentação ética e deontológica. Nesse sentido, Vieira e Santa Rosa (2006) salientam que, na enfermagem, a tomada de decisões referente a dilemas éticos deve ser orientada pela legislação do exercício profissional, dentre outros instrumentos.

A tomada de decisões é um processo que exige do indivíduo fazer uma escolha entre duas ou mais alternativas ou buscar uma linha de ação para solucionar as situações em que emergiram os conflitos e dilemas éticos. Nesse sentido, a enfermeira, em sua prática, deve agir considerando o juízo e a obrigação moral.

Estudos oferecem sugestões de etapas para a tomada de decisões, explicitando as possíveis ações ou atitudes:

[...] *avaliação inicial*, [...] identificação do problema e dos objetivos a atingir; *planificação*, que consiste na criação das alternativas de acção, avaliação das mesmas e selecção da melhor; *execução*; e, por fim, a *avaliação* da decisão, introduzindo-se os ajustes necessários (GÂNDARA, 2004, p.407).

A autora descreve, que para a tomada de decisões no primeiro momento, deve-se saber diferenciar nas situações relacionadas aos dilemas de natureza ética e moral aqueles que se constituem problemas de natureza profissional. O segundo, diz respeito às ocorrências em que a enfermeira se confronta com uma situação que exige soluções claras, mas que não podem ser seguidas por constrangimentos organizacionais ou de outra natureza. Nesse caso, a ação está visivelmente identificada, não existindo conflito entre as alternativas de ação, como ocorre no dilema (GÂNDARA, 2004, p.407).

Considero relevante o uso da bioética clínica para a reflexão e a análise dos conflitos e dilemas éticos vivenciados pelas enfermeiras do CC.

O processo da tomada de decisões deverá ser iniciado com um diálogo franco entre as pessoas envolvidas (enfermeiras, médicos, pacientes, dentre outros), com oportunidade de exposição do seu ponto de vista a fim analisarem as alternativas para a escolha da decisão. No que concerne a enfermeira, as alternativas deverão ser pautadas na responsabilidade nas suas dimensões éticas, civil, penal, social e profissional através de uma escolha livre e consciente, do valor ético, da opção escolhida.

É importante compreender que a bioética clínica oferece a oportunidade de refletir e analisar as soluções possíveis para os conflitos e dilemas éticos vivenciados pelas enfermeiras no cuidado perioperatório. Entretanto, não está restrita as soluções imediatas. Ela possibilitará a tomada de decisões no exercício cotidiano da prática com eticidade.

Nesta seção a reflexão e análise dos relatos das enfermeiras serão fundamentadas na bioética clínica observando os princípios da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

7.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE ÉTICA/ BIOÉTICA NA PRÁTICA DA ENFERMEIRA NO CENTRO CIRÚRGICO

No cotidiano do CC, as enfermeiras passam por diversos desafios. Dentre eles, estão os conflitos e dilemas éticos, que exigem não só habilidade clínica, mas, com o mesmo rigor,

capacidade para emitirem juízos diante dos mesmos. Nesse contexto, os cuidados de enfermagem se tornam mais complexos, em face dos avanços das tecnologias e do crescimento das exigências dos sistemas políticos, necessitando das enfermeiras posturas éticas diante das situações que exigem a tomada de decisão à luz da bioética, com a intenção de promover benefícios para os pacientes, tanto atuais quanto potenciais.

Para Beauchamp e Walters (1978) citado por Durand (2007), a bioética tem três domínios de especialização: ética clínica, ética da pesquisa e ética das políticas de saúde. Os três campos têm perspectivas diferentes no campo da saúde e do bem-estar, entretanto, trata-se do mesmo campo, com atitudes morais análogas e suscitando questões éticas que remetem aos mesmos princípios e valores.

Para Durand (2007, p.117) a bioética clínica debruçou-se sobre o campo da **microética**. Nesse sentido, o autor salienta que “A bioética ocupa-se de casos individuais. Ela se refere, desse modo a decisão pessoal do paciente, a seu diálogo e à decisão finalmente tomada. [...] se refere à reflexão do pesquisador e a seu diálogo com os eventuais seres humanos pesquisados”.

Da mesma forma, a bioética se preocupa com o impacto dessas decisões na sociedade e com o impacto da sociedade nas pessoas. A **macroética** se interessa pelo equilíbrio dos direitos, estruturas sociais e legais, em fim, pelas condições estruturais da promoção das pessoas e sociedades, os quadros sociais, econômicos políticos, culturais e decisões pessoais (Durand, 2007). Para o autor, atualmente se cogita um terceiro nível para a bioética – **mesoética** -, nesse o individual e o social estão intimamente ligados.

Durand (2007, p. 118) enumera tarefas de reflexão da bioética, entre elas destaco: análise dos casos, solução de dilemas morais, análise de projeto de pesquisa, análise de um problema de saúde pública; elaboração do quadro de análise, processo de tomada de decisão, metodologia de análise quantitativa e qualitativa; reflexão sobre a interdisciplinaridade que se interessa pelos conflitos de valores, a bioética ocupa-se com a hierarquia dos valores e inclui eventualmente a crítica das estruturas e das legislações.

Para solução de conflitos de valores e dilemas vivenciados pelos profissionais em suas práticas, Durand (2007) recomenda que se aplique a ética clínica. Essa não se limita a determinar o que é prescrito, permitido, tolerado, proibido, se fundamenta em situações que se busca a excelência.

Nesta etapa, que tem como objetivo utilizar um modelo de bioética clínica que subsidie a tomada de decisões da enfermeira no CC quando vivencie conflitos e dilemas éticos. Fiz a opção de utilizar a ética/bioética clínica após compreender o fenômeno estudado.

O modelo adotado por mim visa nortear a enfermeira no CC, a tomar decisões no perioperatório e conduzi-la para a ação ética que possibilite a harmonia na comunicação entre os membros da equipe cirúrgica, incluindo o paciente.

Jonsen, Siegler e Winslade (2005) salientam que a ética clínica é considerada uma disciplina prática que fornece uma abordagem estruturada e que tem a finalidade de identificar, analisar e resolver as questões éticas que surgem no campo da medicina e nas demais profissões da área de saúde. Os autores abordam que o exercício de uma boa prática clínica requer o conhecimento prático e técnico dos temas relacionados à ética, tais como, consentimento informado, verdade, confidencialidade, cuidados paliativos na fase terminal da vida, alívio da dor e direitos do paciente.

Para Sgreccia (2002, p. 46), a bioética apresenta três campos:

- a) *A bioética geral*, que se ocupa das fundações éticas, é o discurso sobre os valores e sobre os princípios originários da ética médica e sobre as fontes documentais da bioética (direito internacional, deontologia, legislação). Na prática, uma verdadeira e autêntica filosofia moral em sua parte fundamental e institucional.
- b) *A bioética especial*, que analisa os grandes problemas, enfrentados sempre sobre o perfil geral, tanto no terreno médico quanto no terreno biológico: engenharia genética, aborto [...]. São as grandes temáticas que constituem as colunas médicas da bioética sistemática e, obviamente, devem ser resolvidas à luz dos modelos e dos fundamentos que o sistema ético assume com fundamentais e de justificação do juízo ético.
- c) *A bioética clínica ou de decisão* examina na situação concreta da práxis médica e do caso clínico quais são os valores em jogo e por quais caminhos corretos se pode encontrar uma linha de conduta sem modificar esses valores: a escolha de um princípio ou de uma criteriologia de avaliação condicionará a avaliação do caso, não se pode, segundo penso, separar a bioética clínica da geral, ainda que se conheça que os casos concretos apresentem sempre ou quase sempre uma pluralidade de aspectos a avaliar.

Após a compreensão do fenômeno “conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática da enfermeira no centro cirúrgico”, sentir a necessidade de trazer como contribuição do estudo para a prática das enfermeiras no CC, a proposta de aplicação de um método de bioética clínica que possa auxiliá-lo a perceber, identificar e analisar as situações conflitantes e os dilemas éticos vividos em seu cotidiano com vistas a tomada de decisões.

8 A BUSCA POR UM MÉTODO PARA A ANÁLISE DE CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS: PROPOSTA DE DIEGO GRACIA

As situações éticas – conflitos e dilemas -, sempre estiveram presentes na vida das pessoas, em especial na prática das enfermeiras que atuam no centro cirúrgico (CC). Ao elaborar as medidas de enfrentamento para a tomada de decisões frente aos conflitos e dilemas éticos senti a necessidade de justificar aos leitores, deste estudo, qual a minha intenção de elaborar esta proposta.

Por inúmeras vezes, como enfermeira no CC, enfrentei situações conflitantes e dilemas éticos, de ordem administrativa e ética. Foram muitas as dúvidas, angústias e inquietações diante das minhas ações, talvez, por não apreender que naquele momento estivesse vivenciando os conflitos e dilemas éticos. É mister ressaltar que, durante a minha atuação como enfermeira no CC, sempre respeitei a dignidade da pessoa humana - pacientes e profissionais da equipe cirúrgica -, procurei ser íntegra na relação com cada pacientes realizando o cuidado perioperatório na perspectiva humanística.

Compreendo que os conflitos e dilemas éticos vivenciados pela enfermeira no CC ocorrem nas inter-relações profissionais, no contexto do cuidado perioperatório, na organização do trabalho, na deficiência de recursos, na comunicação de acordo com a maturidade profissional. Nesse sentido, a tomada de decisões dos mesmos requer da enfermeira a necessidade de aquisição de conhecimento sobre os fundamentos éticos, o equilíbrio e respeito nas relações profissionais, o exercício da autonomia e da reflexão para a avaliação das ações e sobre as possíveis consequências da tomada de decisões.

Uma reflexão consciente e ética fundamenta a ação moral. Compreendo a necessidade de as enfermeiras se interrogarem e refletirem sobre o agir, com vista a uma tomada de decisões responsáveis diante aos conflitos e dilemas que emergem no perioperatório. Nessa perspectiva é que me propus a analisar os conflitos e dilemas éticos descritos pelas enfermeiras do CC estudado. Tomei como referencial teórico e metodológico desta etapa os passos apresentados por Gracia (2007), na perspectiva da bioética clínica principialista e adaptada por mim em função deste estudo.

Os conflitos e dilemas éticos enquanto fenômenos exigem, para a tomada de decisões, os fundamentos da ética e da bioética. Trata-se de uma medida que não pode ser considerada simples, exige do profissional a compreensão sobre a situação vivenciada e exige a aplicação de métodos para a sua resolução, tanto relacionados aos aspectos técnicos da prática profissional, quanto dos aspectos éticos e deontológicos.

Para Gracia (2007), a bioética, desde o seu surgimento em 1970, vem auxiliando na resolução de problemas que surgem no cotidiano da prática clínica dos profissionais de saúde, com a utilização de metodologias considerando cada situação.

Bioeticistas desenvolveram metodologias com a finalidade de promover discussões frente aos conflitos morais emergentes da prática assistencial na pesquisa biomédica e, a partir dessas discussões, a possibilidade de soluções (LOCH, 2003). A autora salienta que os bioeticistas se preocuparam em trazer soluções para o bem-estar dos pacientes, tendo como prioridade a seriedade e responsabilidade, embasados por princípios e valores da ética e da bioética.

Gracia (2007) apresenta métodos de tomada de decisões utilizados para análise de dilemas morais. Ele cita que Howard Brody foi o pioneiro em aplicar os princípios da teoria de decisão racional de ética médica, seguido por outras propostas metodológicas, a exemplo de Beauchamp e Childress, com a bioética principialista, segundo a qual, devem ser observados os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça; Albert R. Jonsen ao propor a participação do médico, do paciente, da família e da sociedade; Hansen propõe que a tomada de decisão clínica seja realizada através da interpretação do processo de decisão dos conflitos e que poderia ser estudada a partir de pontos de vista diferentes. O método de David Thomaasma defende a busca dos fatos de acordo com os valores das pessoas envolvidas, particularmente o paciente; Edmund Pellegrino reelaborou seu procedimento distinguindo dois níveis: o material (relação médico-paciente, conhecimento das teorias éticas, dos princípios da beneficência, justiça e autonomia, interpretação sobre os fundamentos teóricos, e, por fim, a identificação e o conhecimento da moralidade); e o processual que permite o indivíduo decidir a ação conveniente entre outros métodos.

Para ter coerência com a ética clínica, os profissionais de saúde devem compreender os modelos de tomadas de decisões que se adéquem às situações que estão sendo vivenciadas e os apliquem, quando for necessário (Gracia, 2007). Assim, o referido autor propõe uma metodologia de Análise de Problemas Morais para profissionais de saúde, dentre eles, a enfermeira, com a finalidade de ajudá-los na tomada de decisão à luz da bioética (ANEXO A).

Ferrer e Álvarez (2005, p 434) apresentam o método de Gracia, ao considerar que:

A razão busca, constrói, cria os conteúdos concretos da vida moral. Por isso, tem caráter dinâmico e provisório. [...].

[...] A razão moral, precisa de um método em seu processo de busca e descoberta dos conteúdos morais, específicos, concretos, na realidade. A estrutura do método consta de três passos: o sistema de referência, o esboço de possibilidades e a

experiência moral. A razão moral é a largada do dever e consiste na apropriação justificada, a experiência moral.

[...] O problema moral consiste na realização do bem. Mas o conteúdo do bem tem de ser determinado pela razão moral, pois o conteúdo dado na apreensão é indeterminado. A razão moral parte do dever protomoral e mediante o esboço de possibilidades tenta construir uma moral normativa, com conteúdos, que resolva os problemas, terminando na verificação (justificação) do esboço na experiência moral.

Tais argumentos convenceram-me da adequação do método de Gracia para a análise dos conflitos e dilemas éticos vivenciados enfermeiras deste estudo e adaptá-lo para ações no enfrentamento e a tomada de decisões. Reconheço que a razão moral não tem caráter absoluto, mas, provisório, como ressalta Ferrer e Álvarez (2005). Da mesma forma, que a resolução de conflitos e/ou dilemas éticos não é previsível, única, mesmo que as situações sejam semelhantes, devidos a diversidade de momentos e de ambientes em que ocorrem e dos agentes envolvidos.

8.1 APRESENTANDO DIEGO GRACIA

Diego Gracia é catedrático em História da Medicina e diretor do Mestrado de Bioética da Universidade Complutense de Madri. Membro da Real Academia de Medicina e presidente do Patronato da Fundação de Ciência da Saúde, em Madrid (GRACIA, 2007).

Diego Gracia é respeitado como o bioeticista na prática clínica, que apresentou o paradigma original de fundamentação da bioética na prática clínica, teve influência na Espanha e na América de língua espanhola. Atualmente, goza de reconhecimento internacional, na bioética centro europeia e na anglo-americana, sendo considerado o mais ilustre representante da bioética na língua espanhola (FERRER; ÁLVAREZ, 2005).

Um aspecto considerado importante para escolha desse método foi a sua fundamentação ética com base na fenomenologia. Diego Gracia, discípulo de Xavier Zubiri e Pedro Laín Entralgo, filósofos espanhóis do século XX, portanto, o trabalho de Gracia é baseado na fenomenologia de Zubiri, que é embasada em elementos ontológicos e gnosiológicos⁹. A partir daí, Diego Gracia “desenvolve a denominada *ética formal de bens*” (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 426).

Os referidos autores afirmam que o método de Diego Gracia é direcionado para os profissionais de saúde de países da Espanha e América de língua espanhola. Nesses contextos, os problemas de saúde são menores que os dos países da América Latina, por exemplo, o

⁹ Gnosiologia “Teoria crítica do conhecimento que se refere à origem, suas formas e seus limites” (DUROZOL; ROUSSEL, 2005, p. 210).

Brasil, em que a desigualdade social é imensa e a assistência à saúde não chega para todos, indo de encontro ao que assegura a Constituição Brasileira, no artigo 196, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 33).

A proposta do método de Análise de Problemas Morais elaborado por Diego Gracia (2007) é direcionada para os profissionais da área de saúde, apóia-se nos os princípios morais como núcleo de sua fundamentação. Por essa razão, optei por adaptá-lo na análise de conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática das enfermeiras no CC, participantes deste estudo, face a necessidade de tomada de decisões. Procurei adequar o método de Diego Gracia às vivências de conflitos e dilemas éticos das enfermeiras no CC de um hospital de grande porte, público e federal em Salvador - BA.

A ética formal de bens encontra-se no âmbito pré-racional, isto é, razoável, mas, não racional, denominado por Diego Gracia de *protomoral*, compreendida como o estudo formalmente moral da realidade humana, isto é, o fundamento da ‘moralidade. Na protomoral são explicados os pressupostos da teoria moral¹⁰ e se articula a moral normativa, levando a forma da moralidade, *cânone* ou sistema de referência, enunciação não material, mas exclusivamente moral, que define o âmbito da moralidade (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 426). Para os autores, a partir do cânone se pode construir a ética material, como exemplo, os princípios da bioética, propostos por Beauchamp e Childress, dentre outros, que Gracia denomina *esboço moral*.

No método para análise dos problemas morais, Diego Gracia (2007) utiliza o esboço dos princípios propostos no modelo criado por Beauchamp e Childress. O autor reconhece que existem críticas no modelo principialista, entretanto, o sistema de princípios (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça), de algum modo, é considerado válido. Ele salienta que esse modelo convém ser usado para resolver conflitos, porém, não está claro que poderá evitá-los.

Apreendi que não existe fórmula para prevenir e/ou evitar conflitos e dilemas na prática das enfermeiras no CC. Por isso considero que, para a análise das situações éticas, a proposta de Gracia (2007) se adéqua a este estudo, fornecendo subsídios para a tomada de decisão. Nessa perspectiva, cada situação necessita ser analisada separadamente, visto que as

¹⁰ “As teorias nascem da nossa necessidade de compreender a realidade em toda a sua complexidade. A razão humana necessita responder, na medida do possível, à pergunta *por quê*, diante do fenômeno que capta em sua experiência” (FERRER; ÁLVAREZ, 2004, p. 93).

obrigações morais podem variar conforme cada caso. Assim, a decisão de eleger o método proposto de Diego Gracia, que se fundamenta no conhecimento, possibilitará uma melhor compreensão dos conflitos e dilemas éticos vivenciados no CC, tanto no cuidado individual em situações perioperatórias, quanto nas relações entre os membros da equipe cirúrgica.

Para Gracia (2007), a utilização de uma metodologia para analisar as situações éticas emergentes na prática possibilita que se enumerem e definam as situações éticas presentes na história clínica. Convém verificar a(s) diferença(s) entre as situações, enumerar e definir os casos para, em seguida, analisá-los separadamente. Este foi o fundamento para a seleção das decisões das descrições dos conflitos e dilemas éticos e sua análise na seção dois desta tese. Gracia (2007) expressa que, quando não se procede à definição das situações as discussões divergem, impossibilita-se a resolução dos conflitos, visto que as pessoas envolvidas centram a sua atenção em um problema distinto, inviabilizando o acordo.

Associadas a problemas morais, econômicos, sociais, culturais e religiosos, no contexto do CC, as situações conflitantes e dilemas éticos vivenciados pelas enfermeiras em contexto de consequências clínicas e éticas dizem respeito a saúde e ao bem-estar do paciente. Os conflitos e dilemas éticos que emergem na prática da enfermeira do CC são inúmeros e diversificados e ao detectá-los, importante que se inicie o processo da tomada de decisões, com ações coerentes e responsáveis.

Como salientam Smelzezer e Bare (2005), a compreensão das atribuições das enfermeiras diante de situação que necessite uma decisão, ajudará na articulação de posturas éticas e no desenvolvimento das habilidades para a tomada de decisões.

Considero que a autonomia é um componente importante no processo da tomada de decisões. O desrespeito à autonomia no que diz respeito ao agir da enfermeira pode gerar o sentimento de impotência, angústia e mal-estar.

Diante do exposto torna-se um desafio, aplicar o método de Diego Gracia na análise dos conflitos e dilemas éticos. Entretanto, optei por assumi-lo, como experiência que me oportunizará o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e de colaborar com as enfermeiras, em especial, com as enfermeiras do CC estudado.

8.2 DESCRIÇÃO DA PROPOSTA METODOLÓGICA DE DIEGO GRACIA

Toda consciência é consciência de algo. Assim, a consciência está relacionada a uma atividade constituída por atos (percepções e imaginações, dentre outros), denominada *noesis*, e o que é visado pelos atos são os *noemas* (CHAUÍ, 1996). Nesse sentido, Durozol e Roussel

(2005, p. 344) mencionam que em Hurssel e seus sucessores “noese é o próprio ato do pensamento, o noema o objeto intencional deste, que não é uma coisa ou um aspecto de uma coisa propriamente dito”.

Para Sokolowski (2000, p. 17): “Cada ato da consciência, cada experiência é correlata com um objeto. Cada intenção tem seu objeto intencionado”. Assim, foi considerado neste estudo como objeto intencionado, “compreensão de conflitos e dilemas éticos vivenciados pela enfermeira na prática no centro cirúrgico”. Nesta seção, o objeto intencionado foi construído da tomada de decisões diante dos conflitos e dilemas éticos vivenciados no CC.

A intencionalidade aqui esteve relacionada aos atos realizados pela consciência, pela experiência da realização desses, por todas as ações que as enfermeiras do CC, em sua intencionalidade, apreenderam no cotidiano e/ou depositaram em sua consciência. Isto é, “consciência de” na perspectiva de uma “experiência de” conflitos e dilemas vividos.

Busquei efetuar a análise dos conflitos e dilemas vividos através dos fundamentos éticos, a partir dos valores profissionais, deveres, das responsabilidades, da liberdade, do conhecimento, da dignidade, do respeito, da prudência/precaução, consciência, envolvidos em cada conflito ou dilema relatado pelas enfermeiras que participaram do estudo.

O referencial teórico foi constituído de: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Declaração Universal dos Direitos Humano, Constituição do Brasil de 1988 e a Carta dos Direitos do paciente, dentre outros.

Aprendi que no processo de construção e aplicação de métodos para reflexão, análise e propostas de ação, encontram-se dificuldades. Vale ressaltar que o método de Gracia (2007) está em evolução e disponível parcialmente na literatura e na obra consultada.

No item seguinte descrevo os passos da análise, ajustados por mim para atender as necessidades deste estudo nesta seção. Apresentando inicialmente a descrição da proposta metodológica de Diego Gracia.

Tomando como base o sistema de referência moral que é pautado em um olhar ontológico. A ontologia, enquanto ciência, trata da natureza do ser, da realidade, da existência dos entes. A palavra ôntico, etimologicamente, qualifica o que se relaciona com o ser. A ontologia, na filosofia clássica, é a ciência do ser em geral, isto é, “ser por onde ele é ser”, enquanto, na filosofia contemporânea, a palavra designa o estudo ou as concepções da existência em geral (DUROZOL; ROUSSEL, 2005).

Aristóteles (filósofo grego do século III a.C.) e Tomás de Aquino (teólogo católico do século XIII) foram os autores da ontologia. Para eles, a moral está na procura e na busca de

um fim, na objetivação de uma vida boa. A vida do ser humano só tem sentido se se orienta para o seu fim, se contribui para a realização desse fim (DURAND, 2007, p. 274).

Durand (2007, p. 274) salienta que, para se alcançar o fim do ser humano, aplica-se a razão. Esse fim não pode consistir nos bens provisórios e exteriores (dinheiro, prazeres, poder, dentre outros) e, sim, na felicidade definitiva, que consiste na contemplação do bem (Aristóteles) ou na beatitude eterna (Tomás de Aquino). O autor afirma que o bem existe nas coisas, na natureza, no ser, daí surgir a expressão “corrente ontológica”.

As teorias teleológicas identificam, no primeiro momento, o que é bom nos estados de coisas, e a partir desse conhecimento sobre o que é bom, surgem os atos corretos apenas em termos desse bem (DURAND, 2007, p. 274)

Para Ferrer e Álvarez (2005), a fundamentação de Diego Gracia propõe uma ética formal de bens e dela deriva uma ética formal de dever. Dessa forma, o dever se funda no bem, sendo a maximização do bem. Os autores salientam que o processo de Diego Gracia é circular, e nele o:

[...] sistema de referência se converte em motor de razão, lançando o homem na justificação moral para se concretizar materialmente e, uma vez tomada a decisão, ela deve ser comparada de novo com o sistema de referência para comprovar sua adequação a ele. Assim, o sistema de referência converte-se em princípio e fim desse processo circular (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 437).

Para se fazer a análise de um conflito e de um dilema ético vivenciado pelas enfermeiras no CC, faz-se necessário que o olhar seja voltado para as pessoas como seres humanos, que são iguais e que devem ser respeitadas, independente da situação sócio-econômico-cultural e religiosa.

Os casos descritos pelas enfermeiras serão analisados, dando-se ênfase ao esboço moral tendo em vista duas dimensões: a do pressuposto ontológico, que considera os seres humanos como pessoas portadoras de dignidade, portanto, não possuem preço; a da premissa ética, que considera que todos os indivíduos são iguais e merecem igual consideração e respeito.

O esboço moral tem a perspectiva deontológica é considerado um sistema de possibilidades, uma construção da razão que tenta explicar a realidade moral. Os esboços são deveres, princípios, normas, direitos que têm caráter deontológico (FERRER; ÁLVAREZ, 2005).

Para Zobolli (2010, p. 176),

Os `esboços´ correspondem às explicações dos fenômenos, em uma criação mental. Eles não são apenas de ordem moral. Há esboços científicos, matemáticos, etc. A cada tipo de `esboço´ corresponde uma forma específica de `contraste´. O `esboço

científico, relativo a natureza, contrasta-se com a realidade por meio de experimentos. O contraste dos `esboços' matemáticos é feito por meio de comprovações e demonstrações. Os `esboços' relativos a acontecimentos da vida humana, os `esboços morais', não podem ser contrastados com a realidade da mesma maneira que esses outros dois tipos de `esboço'. Ou seja, não podemos fazer a `experiência' dos `esboços morais' por comprovação ou ensaios experimentais. A `experiência moral' requer, para o seu contraste com a realidade, `identificação' e `conformação'.

No esboço moral, Gracia (2007, p. 126) vai de encontro a Beauchamp e Childress, para ele, os princípios são hierarquizados, entretanto, corretos. O autor observa: “Pienso que la no-maleficencia y la justicia se diferencian de la autonomia y la beneficência en que obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas, y que por tanto tienen un rango superior a los otros dos”. No seu ponto de vista, a não-maleficência e a justiça diferem da autonomia e da beneficência, isto é, eles têm um nível superior que os outros dois.

O esboço moral é um sistema de possibilidades em que se constrói a razão e se tenta explicar a realidade moral (FERRER; ÁLVAREZ, 2005). Nos casos descritos pelas enfermeiras, serão observadas as implicações relativas à deontologia, isto é, as regras que tendem a impor respostas aos conflitos e dilemas éticos que elas vivenciam em sua prática no CC.

Na dimensão do nível I, a não-maleficência e a justiça representam o bem comum, têm como princípio que os homens são iguais e merecem igual consideração e respeito. A partir do momento em que não se cumpre essa determinação e se causa dano à vida social da pessoa, transgride-se o princípio da justiça e, quando o dano se faz no âmbito da vida biológica, descumpre-se o princípio da não-maleficência; na dimensão de nível II, que contempla os princípios de autonomia e da beneficência, estes têm um caráter individual, particular. Esse nível depende do próprio sistema de valores de cada indivíduo, do próprio ideal de perfeição e felicidade (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 445).

A deontologia, etimologicamente, ciência do dever, criada por J. Bentham, 1834 e utilizada pelas profissões, diz respeito ao conjunto de deveres relacionados ao seu exercício. A deontologia apresenta-se como um conjunto de regras expressas de maneira formal e explícita e cuja transgressão é passível de sanção (BERTEN, 2007).

Beckerty (2004) salienta que a ética consiste em um sistema de regras e obrigações a que o agente terá de obedecer. A felicidade deixa de ser o *télos* da ação e a preocupação do indivíduo ético passará a focalizar-se na determinação e no cumprimento do dever. Dessa forma, a promoção do bem próprio do agente e de todos aqueles que convivem diretamente

com ele irá ser substituída pela ação correta, ou seja, aquela que respeita a integridade e a dignidade.

A ética deontológica teve a sua fase mais eloquente na teoria moral de Kant, que emergiu no século XVIII. Nela, o valor de uma ação não depende exclusivamente das consequências da própria ação ou da regra com a qual se conforma. Ela orienta que o dever, em cada caso particular, deve ser determinado por regras, que são válidas independentes das consequências de sua aplicação. Nesse sentido, percebo que, para a ética deontológica, o imprescindível é que as leis sejam cumpridas, independente das consequências que poderão advir.

No contexto profissional, a regra deontológica “tende a impor as respostas quando existe uma situação problemática que o profissional pode enfrentar no exercício da sua profissão do que a expor e a arbitrar os dilemas morais que essas situações podem engendrar” (SIROUX, 2007, p. 405).

Berten (2007, p. 407) adverte que Kant foi o primeiro filósofo a defender uma ética deontológica “[...] um ato é moralmente bom se e somente se ele é efetuado “por dever” ou por “respeito pela lei”. O autor considera que a opinião corresponde a ruptura operada pelo formalismo kantiano com respeito a toda tradição que busca determinar um “bem” exterior à vontade e que o respeito pela lei deve prevalecer sobre qualquer consideração relativa ao bem-estar ou à felicidade do agente moral ou das outras pessoas.

Para Kant (2008, p. 26), “o valor do caráter do homem é moralmente, sem qualquer comparação, o mais alto, e que consiste em fazer o bem, não por *inclinação*, mas por *dever*”. Nesse sentido, fica explícito que, para a teoria kantiana, o dever é a necessidade de uma ação em respeito, portanto, o cumprimento do dever independe da consequência da ação. Para o autor, se essa ação foi praticada por dever tem o seu valor moral não no propósito do que, por meio dela, se quer alcançar, mas na máxima que a determina.

Assim, na ética deontológica uma ação é tida como boa, quando as consequências do tipo de ação são geralmente boas. E, quando essas consequências, em seu conjunto, são más, reconhece-se que a própria ação precisa ser definida como má, originando-se daí o dever de evitá-la.

Os aspectos objetivos e subjetivos da experiência moral na perspectiva da teoria teleológica consideram que alcançar uma vida boa, virtuosa e feliz é o ideal. Ela está relacionada à norma e à teoria de valores que corporificam os fins de uma ação. Defende que, para um ato ser moralmente avaliado, devem ser considerados, antes de qualquer situação, além de sua natureza, as consequências da ação. É necessário que se compreenda o ato em um

contexto mais amplo, para, então, se ter a noção exata e correta da situação, para que se chegue a uma conclusão. A justiça de uma ação é avaliada sempre em relação às consequências que ela produz. A palavra teleologia, do grego *télos*, fim e *logos*, discursos, é a ciência da finalidade (DUROZOL; ROUSSEL, 2005).

A ética teleológica trata da relação entre meio e fim, da avaliação do fim e do meio para alcançá-la. Ainda, sustenta que um meio negativo, em sentido não moral, fica atrelado e até mesmo justificado pelo fim moralmente bom. Sendo assim, a aceitação da ação negativa é dada pela proporcionalidade em relação aos bons efeitos por ela produzidos.

A ética teleológica atribui que uma ação é moralmente correta quando tem consequências boas para o agente que a realiza, independentemente do que ela possa trazer para as outras pessoas.

Zobolli (2010, p. 176) salienta que

[...] a `experiência moral` consiste em um tipo de discernimento. A experiência moral é sempre casuística, porque o contraste do esboço se dá em cada situação concreta; o discernimento é feito em cada caso específico. O `esboço` é genérico e abstrato; a `experiência`, o discernimento, `concreta` e `específica`.

Na direção das consequências objetivas, são levadas em consideração as normas e sua relação com os princípios de não-maleficência e justiça, tendo como objeto os atos e aspectos técnicos e a vontade da ação, os riscos e os benefícios que envolvem o ato.

Na direção das consequências subjetivas, são levados em conta os valores e princípios morais das pessoas envolvidas tendo como fim o melhor benefício.

Guiada pela ética teleológica, devem-se avaliar as consequências objetivas e subjetivas que permeiam os conflitos e dilemas éticos vivenciados pelas enfermeiras no CC. Para Pettit (2007), a ética teleológica norteia a teoria consequencialista. Ela pode apresentar o objeto como bom e afirmar que esse tem um valor ou que ele é justo, isto é, a opção escolhida foi justa.

As consequências da experiência moral são baseadas na justificação do ato considerando que o “*justificar significa mostrar que as opções se ajustam à racionalidade moral*” (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 95). Destacam os autores que, na justificação, é salutar demonstrar ou mostrar que a opção moral escolhida na situação está coerente com os valores e princípios morais que o indivíduo segue. Outra observação dos autores diz respeito ao que pode ocorrer em situações de conflitos objetivos, isto é, não ser possível salvar todos os valores e nem cumprir com as exigências dos princípios e normas morais. Entretanto, a

violação dos mesmos deve ser justificada com argumentos morais convincentes, coerentes com os paradigmas morais que se processam.

Para a análise da experiência moral, observam-se quatro passos: 1) Contrastar o caso com a norma, isto é, verificar o atendimento aos princípios de não-maleficência e justiça. Em seguida, conferir o atendimento aos princípios de autonomia e beneficência; 2) Verificar se existe a possibilidade, ou não, de justificar a exceção à regra estabelecida moralmente/eticamente, em outras palavras, considerar as consequências objetivas e as subjetivas; 3) Contrastar a decisão inicial com o sistema de referência (todos são portadores de dignidade e merecem respeito e consideração); 4) Tomar a decisão final (GRACIA, 2007).

O processo descrito por Gracia é, portanto, circular, o homem é lançado na justificação moral para se concretizar materialmente.

Utilizei o método de Análise de Problemas Morais de Gracia (2007) para descrever e analisar os conflitos e dilemas éticos vividos pelas enfermeiras no CC.

9 PROCESSO DE ANÁLISE DAS VIVÊNCIAS DE CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS, NO CENTRO CIRÚRGICO, NA PERSPECTIVA DA TOMADA DE DECISÕES

Os relatos dos conflitos e dilemas éticos vivenciados pelas enfermeiras no centro cirúrgico (CC) serão descritos e analisados de acordo com a proposta metodológica de Diego Gracia adaptado para este estudo.

RELATO I

[...] o nosso número de salas e a nossa demanda é grande. Hospital [...] de grande porte, onde atuam várias especialidades [...] e acaba tendo uma demanda reprimida. Então, já tive momento de ter a [...] cirurgia [...] eu não tinha uma sala disponível, mas fui a todo tempo questionada pelo preceptor de cirurgia, [Júlia] Como é que eu enfermeira [...] iria suspender uma cirurgia de um paciente, jovem, que estava em estado grave. Como eu estava tomando essa iniciativa? [preceptor] Existia o conflito com a equipe cirúrgica, existia o meu conflito ético, o que decidir? Tirar a paciente que estava na sala já sendo preparada para ser anestesiada e dizer para ela, vai entrar outro paciente no seu lugar. E ao mesmo tempo a outra equipe também falava [...] [Júlia]. Como é que você vai tirar agora para colocar outro, só porque o outro é professor e eu não sou professor? [...]. Por que você vai escolher ele e não me escolher? [cirurgião não preceptor] [...] era escolher um paciente a ser operado e escolher um paciente a ser suspenso, né? (Júlia, relato 1)

a) Descrição do relato

O relato desvela uma situação vivenciada pela enfermeira no CC de um hospital-escola, público, de grande porte e que oferece diversas especialidades. Mesmo com a capacidade que demonstra ter, o hospital apresenta dificuldade para atender a demanda, em especial de pacientes que necessitam de tratamento cirúrgico. Tal questão resulta da deficiência de espaço físico no CC, sobretudo de salas de cirurgia.

A situação surgiu no momento em que um cirurgião (preceptor) exigiu a suspensão da cirurgia de um paciente que já se encontrava na mesa de operação – no início da indução anestésica. A alegação era que havia necessidade de substituir aquela paciente por um paciente jovem em estado grave. A deficiência de salas de cirurgia na unidade dera lugar a um serio impasse, que estava a exigir, de imediato, uma tomada de decisão.

O cirurgião, não o preceptor, questionou a retirada da paciente da sala considerando a sua condição de não ser o preceptor um fator favorável. A enfermeira reconheceu estar em um

conflito que culminou num dilema, isto é, interromper um procedimento em curso, com o cirurgião paramentado e o paciente anestesiado ou atender a exigência do preceptor.

Questões éticas dessa natureza, na maioria das vezes desencadeiam conflitos e dilemas éticos no dia-a-dia da enfermeira no CC, impondo uma tomada decisão.

b) Tomando como base o sistema de referência moral (ontológico)

No aspecto ontológico, as pessoas devem ser respeitadas individualmente, ou em grupo, tendo como referência a sua individualidade, porquanto são seres humanos que têm dignidade, logo, merecem respeito e consideração. De volta à situação e considerando o respeito à pessoa, apreendo que, naquele momento, o preceptor de cirurgia não respeitou o tempo cirúrgico em que a paciente se encontrava nem o colega que estava atuando. Surgiu o questionamento: Onde está o respeito do médico ao *ser* enfermeira na relação com o outro/outros, a dignidade da paciente?

No meu entender, ao fazer questionamentos à enfermeira, o cirurgião não levou em conta a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), que assegura, no artigo VII, que as pessoas são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2010).

A enfermeira, pressionada por conflito e dilema, teve que avaliar os recursos a fim de tomar a melhor decisão. Nesse sentido, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), determina que os profissionais da equipe de enfermagem devem respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008).

c) Considerando o esboço moral (deontológico)

Oliveira et al (2010) referem que o conflito entre o médico e o enfermeiro representa um dos principais problemas nas instituições de saúde, desde quando entre esses profissionais se estabelece o mais estreito vínculo profissional. Dessa forma, a relação entre a equipe cirúrgica fica prejudicada, e, principalmente, o paciente, cujos cuidados resultam dessa relação.

O CEPE, nos princípios fundamentais, assegura que a enfermeira participa como integrante de equipe de saúde na qual desenvolve ações que visam satisfazer as necessidades de saúde da população, garantir a universalidade de acesso aos serviços, garantir a

integralidade na assistência e preservação da autonomia das pessoas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008). Nesse contexto são condições necessárias para apreender o esboço moral, na perspectiva dos princípios de Nível I (não-maleficência e justiça), de Nível II (beneficência e autonomia), os do SUS (universalidade, integralidade, equidade).

Quanto ao esboço moral, de Nível I, retornando à situação, apreendo que, quanto à paciente que se encontrava na mesa de operação em fase de indução anestésica, ocorreu o malefício. A não-maleficência é apreendida quando se leva em consideração evitar danos. Como não causar danos diante da coação para interromper o procedimento anestésico-cirúrgico? Desconsiderar o preparo pré-operatório que a paciente havia sido submetida? Ao mesmo tempo questiono: como tomar essa decisão diante do paciente?

Em relação ao princípio da justiça, havia necessidade de ter, pelo menos, duas salas disponíveis para realizar os dois procedimentos, alcançando, assim, benefício para os pacientes envolvidos e a resolução dos conflitos de interesse dos dois cirurgiões. Ao retirar-se a paciente da sala, cometeu-se uma injustiça por tirar-lhe um direito assegurado em detrimento de outra possibilidade de realizar a cirurgia do paciente do cirurgião preceptor. Considero a suspensão da cirurgia injusta para o paciente já submetido ao preparo pré-operatório. A Constituição Brasileira assegura à pessoa o direito à saúde, como dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Estudo realizado por Perroca, Jericó e Facundin (2007) apontou que de 249 cirurgias suspensas, 73,1% dos pacientes eram usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), 25,3% demais planos e, 1,6 %, particular. O estudo comprova que existe desigualdade no atendimento de pacientes que são atendidos pelo SUS, no que concerne à suspensão de cirurgias.

Considerando o Nível II, percebo que, em relação à paciente, o princípio da autonomia não foi considerado. Ela foi retirada da mesa cirúrgica sem ser informada sobre os motivos, isto é, sem justificativa que levasse a entender a ação da equipe de estar interrompendo um procedimento anestésico-cirúrgico.

O decreto nº 94.406/87, que regulamenta o exercício da Enfermagem, em seu artigo 8, estabelece no Inciso I - como privativo dos profissionais de Enfermagem - Alínea g) [...] cuidados de enfermagem a pacientes graves com riscos de vida; e Alínea h) [...] cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. No mesmo decreto Inciso II - como

integrante da equipe de saúde: na Alínea f) [...] participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemáticos de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 18-19).

No que diz respeito ao princípio da beneficência, percebo que na avaliação do médico preceptor em relação ao paciente que iria substituir à paciente que se encontrava na sala era que se instalara uma emergência, e benefício deve ser para o paciente.

O dilema vivenciado pela enfermeira consistia em decidir entre atender ao preceptor ou ao cirurgião que já se encontrava em procedimento anestésico-cirúrgico. Encontrava-se, portanto, diante do conflito de interesses dos dois. Os princípios envolvidos, de autonomia e beneficência, requeriam da enfermeira, o julgamento sobre o seu agir e o dos cirurgiões envolvidos, a fim de evitar possíveis consequências negativas sobre a paciente que estava em condição de vulnerabilidade e sob a sua responsabilidade.

O CEPE, em seus princípios fundamentais, apresenta que “o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões [...] exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 27).

O CEPE, no capítulo I, Das Relações Profissionais, define como Responsabilidades e Deveres, no artigo 6, “Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 28).

Na situação relatada, a enfermeira buscou garantir o seu direito de atuar com autonomia e liberdade diante dos questionamentos dos dois cirurgiões, face a sua tomada de decisão. A sessão II do CEPE - Das Relações com os Trabalhadores de Enfermagem, e outros, estabelece, no artigo 36, como direito da enfermeira, “Participar da prática multiprofissional e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade”. Na sessão I - das relações com a pessoa, família e coletividade, está proibido à enfermeira, segundo o artigo 26, “Negar assistência de Enfermagem em qualquer situação que se caracterize como urgência ou emergência” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008).

Não ficou clara, na fala da enfermeira, a possibilidade de estar negando assistência de enfermagem ao paciente do preceptor considerado de emergência.

d) Considerando as consequências objetivas e subjetivas (teleológica)

Quais as possibilidades deste caso, na perspectiva de não-maleficência e de justiça?

As consequências objetivas são encontradas nas possibilidades de atos que considerem os princípios da não-maleficência e da justiça:

- A enfermeira, diante do conflito e dilema ético vivenciado no CC, poderia atuar com responsabilidade e assegurar as condições funcionais e técnicas necessárias no ato anestésico-cirúrgico;
- A enfermeira poderia assegurar que o ato anestésico cirúrgico transcorresse livre de riscos e danos para os dois pacientes;
- A enfermeira estaria atuando com justiça ao providenciar outra sala com recursos humanos e materiais para atender o paciente grave do preceptor;
- A enfermeira poderia analisar os dois lados do conflito de interesse entre os cirurgiões.

Quais as possibilidades, na perspectiva da autonomia e da beneficência?

As consequências subjetivas estão na definição das possibilidades de atendimento aos princípios da autonomia e beneficência:

- A enfermeira teria que decidir pelo maior benefício para o paciente que mais precisava da intervenção naquele momento;
- A enfermeira deveria considerar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e legais para decidir qual paciente seria beneficiado.

e) Analisando as consequências da experiência moral (justificativa)

Em conformidade com o esboço moral, Nível 1, a não-maleficência é vista como obrigação não causar danos intencionalmente (FERRER; ÁLVAREZ, 2005). Observa-se que não houve propósito de causar mal à paciente que, entretanto, foi prejudicada pela suspensão da sua cirurgia. Em relação à justiça, a paciente não teve o devido acolhimento, visto que não teve outra opção para atendimento à sua saúde e não foi considerada de forma igual para o acesso à sua cirurgia. Nesse sentido, Beauchamp e Childress (2002) salientam que a injustiça advém por um ato em que há omissão ou negativa à pessoa quanto a um benefício a que tem direito.

Ao contrastar o caso com os princípios do Nível 2, no que diz respeito à autonomia da enfermeira como gerente da unidade, não foi considerada a sua ação, sendo questionada sobre o atendimento ao preceptor na escolha de outro paciente. Nesse sentido, Beauchamp e Childress (2002, p. 142) ressaltam que “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”. Assim, fica claro o respeito ao direito da enfermeira para decidir sobre qual o paciente deveria ser priorizado. No sentido da beneficência, os autores salientam tem-se a obrigação de ajudar as pessoas e promover os seus interesses. Assim, ela só conseguiu atender a um dos pacientes.

A partir do sistema de referencia moral, justificado no respaldo à DUDH, que no preâmbulo, destaca o reconhecimento da dignidade da pessoa humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade e da justiça (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2010)

Tal juízo leva-me a compreensão de que a liberdade e a justiça prescindem do respeito à dignidade e à igualdade de direito relativamente a todo ser humano. A todo paciente, pois, reserva-se o direito de, na várias etapas do perioperatório, receber um cuidado exercido com compromisso e competência técnica, científica e ética por toda equipe cirúrgica. No caso apresentado, observa-se que não houve respeito à pessoa da paciente. Ela foi retirada da mesa de cirurgia sem ter sido informada sobre o motivo da mudança, foi-lhe negada a oportunidade de escolha e de ter o tratamento devido. Chaves, Costa e Lunard (2005) salientam que pacientes internados para tratamento pelo SUS e convênios privados desconhecem o direito de consentir, ou não, a realização de procedimentos.

Outro aspecto observado, diz respeito à justiça, ao levar-se em conta a igualdade e a oportunidade de receber o tratamento de saúde. Nesse sentido, a DUDH, no Art. 1º, considera que os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2010). Na situação vivida pela enfermeira, não foi considerada o direito de igualdade da paciente, pois, o CC não tinha disponibilidade de salas para realização de duas cirurgias ao mesmo tempo. Diante da situação, a enfermeira teve que escolher qual o paciente deveria ser operado naquele momento. Nesse sentido, Pessini e Barchifontaine (2010, p. 92) salientam que “[...] a dignidade humana não é uma qualidade acidental ou extrínseca, mas um atributo intrínseco ao ser humano, que não é perdido nem diminuído mesmo em situações de extremas de deficiência, doença ou sofrimento”.

RELATO II

Um dilema [...] mais importante em relação às suspensões de cirurgias. O paciente [...] já estava esperando para realizar a cirurgia, já havia 2 meses [...], foi suspensa porque ele não tinha feito um exame laboratorial de urina [...]. Existe um conflito com a equipe, [...]. Eles não querem saber de esperar, tem que ter esse equilíbrio prá conseguir administrar esse conflito com a equipe [...] cirúrgica. [...] erro administrativo [...], um erro que a gente tem condição de retomar, pra que aquela pessoa não perca uma vaga, [...] já está aguardando há certo tempo (Liz, relato 2)

a) Descrição do relato

O paciente aguardava há dois meses a realização de um procedimento cirúrgico. No dia programado para a cirurgia o paciente já no CC, foi observado pela equipe médica a falta do sumário de urina solicitado no pré-operatório. A situação determinou a suspensão da cirurgia pela equipe médica. A enfermeira do CC compreendeu que ocorreu um erro administrativo, (falta de comunicação par realização do exame). Diante do imprevisto, ela solicitou à equipe de cirurgia que aguardasse um tempo para a realização do referido exame. A situação desencadeou um conflito entre a enfermeira do CC e a equipe responsável pela realização da cirurgia, considerando a programação cirúrgica.

Para a enfermeira, o atraso decorrente da realização do exame não interferiria no fluxo da programação cirúrgica, essa solicitação iria trazer benefícios para o paciente, que há dois meses aguardava por essa oportunidade.

A equipe de cirurgia se negou a realizar o procedimento, para a enfermeira existia a possibilidade de ser resolvida a situação, o que livraria o paciente de novo internamento, novos exames, além de desconforto e de estresse. Ademais, acarretaria novos custos para a instituição.

b) Tomando como base o sistema de referência moral (ontológico)

A dignidade humana da pessoa deve ser respeitada em todas as circunstâncias da vida, está assegurada na Constituição Federal, de 1988, Art. 1º (BRASIL, 1988). Nesse caso, no momento em que o cirurgião detectou a falta do exame pré-operatório, decidiu por suspender a cirurgia. A falta deveria ter sido observada pela enfermeira na visita pré-operatória. Silva e Alvin (2010) ressaltam que as visitas pré-operatórias têm como finalidade fornecer as informações e orientações necessárias aos pacientes, bem como, promover o apoio e segurança, caracterizando-se como forma de acolhimento e de comunicação entre a

enfermeira e o paciente, possibilitando a interação entre os mesmos e uma assistência de enfermagem individualizada.

A decisão de suspender a cirurgia provocou um conflito entre a enfermeira e a equipe médica. A enfermeira admitiu a possibilidade de realizar o sumário de urina, com o intento de não ter que suspender o procedimento, poupar o paciente do estresse, evitar que os exames de rotina no pré-operatório fossem realizados pela segunda vez e que ela perdesse a vaga na instituição. O relato revela que não foi respeitada a Constituição, no que diz respeito à justiça, no Art. 196, que assegura ao indivíduo, a saúde como direito, e que as ações sejam igualitárias nos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

No que concerne ao paciente, cujos sentimentos devem ser respeitados, o cancelamento de uma cirurgia gera transtornos que podem assumir graves proporções, como: o aparecimento de sentimentos desagradáveis desencadeando tensão emocional, bem como, o aumento do seu nível de estresse e de seus familiares.

Paschoal e Gatto (2006) assinalam que, diante de uma cirurgia suspensa, ocorrem prejuízos relacionados ao paciente, que interferem no resultado da assistência e na produtividade do serviço. Do ponto de vista administrativo, interferem no trabalho realizado pela equipe de saúde, quanto à operacionalização do trabalho, ao consumo de tempo e de recursos materiais que foram disponibilizados.

A Carta dos Direitos do Usuário de Saúde assegura que o paciente tem o direito a receber o atendimento com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, bem como, a garantia do atendimento com presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequadas para os profissionais da saúde (BRASIL, 2006).

Apreendi que, no enfrentamento dos conflitos e dilemas éticos, as ações da equipe cirúrgica devem ser integradas, a fim de promoverem segurança e bem-estar do paciente. E o resultado será, pois, uma assistência digna, ética e de qualidade.

c) Considerando o esboço moral (deontológico)

O esboço moral traz, na sua essência, a deontologia, que direciona as pessoas diante das ações, a fim de discernirem entre o que é certo e o que é errado nos atos e nas atitudes.

A teoria deontológica leva à compreensão que a seriedade das ações humanas não depende única e exclusivamente das consequências que delas resultam.

A análise será desenvolvida considerando a situação enfocada, através do esboço moral, nos Níveis I e II. Esses níveis são representados pelos princípios da não-maleficência e da justiça (Nível I), da beneficência a autonomia (Nível II). Para Potter e Perry (2004), os termos éticos como justiça, beneficência e autonomia, possibilitam discernir entre o certo e o errado.

No Nível I, o princípio da não-maleficência corresponde a não querer o mal para outrem. Nesse caso, não se realizou o procedimento cirúrgico agendado, esperado pelo paciente por longo tempo (2 meses), devido á inexistência, no prontuário, do resultado de um exame, considerado indispensável pela equipe de cirurgia. Para a enfermeira, ocorreu um erro em prejuízo do paciente, que não ter sido intencional, entretanto, trouxe danos psicológico, biológico e financeiro ao paciente, penalizando pelo aguardo de uma vaga para realizar o tratamento necessário à recuperação de sua saúde.

A não-realização do exame desvela uma ação que deixou de considerar a responsabilidade dos profissionais da equipe de saúde para realização do procedimento.

A ocorrência deu lugar a questionamentos, tais como: De quem foi a responsabilidade pelo fato ocorrido? Como identificar o responsável? A revisão pré-operatória foi realizada pela equipe de enfermagem? Quem solicitou os resultados junto ao laboratório de análise clínica? Foi verificada a presença dos resultados dos exames durante a visita pré-operatória do cirurgião, do anestesista e da enfermeira? Enfim, alguém foi responsável pela situação.

O CEPE, no Art. 21, determina que a enfermeira protege a pessoa, a família e a coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008). No caso, a enfermeira, entre as alternativas, optou por aguardar a realização do sumário, como possibilidade de evitar maiores transtornos para o paciente, entretanto, não alcançou o seu objetivo.

Ainda no Nível I, em relação à justiça, foi negado ao paciente o direito de realizar a cirurgia por falta de um exame de rotina. O paciente foi afetado pela não-realização do tratamento de que necessitava. O fato motiva questionamentos, como, o exame não foi realizado por falta de recursos humanos ou materiais? Pessini e Barchifontaine (2010) expressam que, na prática dos profissionais de saúde, as situações mais sujeitas ao surgimento de conflitos ou dilemas dizem respeito à justiça na distribuição de recursos. Perroca, Jericó e Facundin (2006) salientam que, a suspensão de 249 cirurgias, em um hospital-escola do interior de São Paulo, 44 (17,7%) teve como causa fatores relacionados a alocação de recursos humanos e 1,6%, a deficiência de recursos materiais e equipamentos.

No Nível II, no que diz respeito a autonomia, a partir do momento em que recebeu o paciente no CC, a enfermeira não se valeu da sua autonomia para efetuar a revisão pré-operatória de enfermagem, analisar o prontuário da paciente que seria submetida à cirurgia. Entendo que, se assim procedesse, poderia ter detectado a falta do exame requerido no pré-operatório.

O CEPE, no Art. 36, define que a enfermeira tem o direito de participar da prática profissional multi e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008). Nesse sentido, Niestche e Barks (2000) salientam que a autonomia é um direito e um valor a ser conquistado e garantido no exercício diário das atividades, posturas e ações da enfermagem. Para as autoras, a autonomia com noção de cidadania e dos direitos humanos tem implicações diretas nas relações dos profissionais de enfermagem e clientela, no processo terapêutico, bem como no processo de viver saudável.

Estudo realizado por Paschoal e Gatto (2006), aponta que, diante de uma cirurgia suspensa, as enfermeiras se sentem impotentes quanto às consequências a que os pacientes ficam susceptíveis, além de demonstrar falta de autonomia diante das decisões.

A enfermeira não exerceu a devida autonomia para analisar o prontuário e detectar a falta do resultado do exame pré-operatório, ação que favorecia que ela providenciasse, junto à enfermeira da unidade, a identificação e o envio do mesmo para o CC em tempo hábil, antes de colocar o paciente na SO. Por outro lado, ao receber a comunicação da suspensão da cirurgia por falta do exame, ela não reconheceu ser de sua responsabilidade a conferência dos exames trazidos da unidade e solicitou, à equipe cirúrgica, um novo pedido de exame e um novo tempo para que esse fosse realizado.

Ficou explícito, no depoimento da enfermeira, que o cirurgião exercitou a sua autonomia no momento em que rejeitou a sugestão de realização de novo exame, o que resultou em prejuízo para o paciente. Estudo realizado por Caregnato e Lautert (2005), assinala que os cirurgiões não gostam nem da espera nem da demora para iniciar os procedimentos. A espera por salas ou por materiais causa estresse na equipe no CC, bem como, a espera para a realização de exames desencadeia conflitos entre a enfermeira e cirurgiões.

Paschoal e Gatto (2006) observam que os administradores da área da saúde, particularmente dos serviços cirúrgicos, preocupam-se em otimizar as atividades realizadas na unidade, reduzir gastos, evitar desperdícios e desenvolver o trabalho com qualidade, vão ao encontro das necessidades do paciente que deseja ser operado com segurança e conforto. Na

situação relatada, percebi que a enfermeira, como administradora da unidade, não assegurou a assistência esperada neste setor. Ao lado disso, não foi observada a preocupação por parte da equipe de cirurgia em solucionar o conflito resultante da falta do resultado de um exame pré-operatório.

d) Considerando as consequências objetivas e subjetivas (teleológica)

No que concerne às consequências objetivas, a cirurgia deveria ter sido realizada com a finalidade de promover ao paciente o bem-estar e a felicidade juntamente com a sua família. Não foi assegurado ao paciente, o direito, com *ser* humano, aos cuidados necessários para a promoção de sua saúde e a consequência o estresse e a angústia experimentados pela falta de atenção de que foi vítima. Nesse sentido, Vieira e Furegato (2001) ressaltam que o paciente, geralmente sob "stress" pelo enfrentamento de uma situação desconhecida, mas, necessária, depara-se com a informação de que a sua cirurgia não será mais realizada na data e hora prevista. Como não causar um mau a outrem quando lhe é negado o direito de recuperar a saúde que se encontra fragilizada?

Diante da suspensão da cirurgia, a enfermeira demonstrando sensibilidade, procurou contornar a situação realizando exame que faltava, entretanto a sua sugestão não foi atendida. *“Eles não querem saber de esperar, tem que ter esse equilíbrio prá conseguir administrar esse conflito com a equipe [...] cirúrgica”* (Liz, relato 2).

No sentido subjetivo, entendo que a suspensão da cirurgia pode ter desencadeado, no paciente, reações de tristeza, medo, depressão, agressividade e revolta. Vieira e Furegato (2001) ressaltam que os pacientes cujas cirurgias são suspensas apresentam sentimento de inferioridade, insegurança e desconfiança da equipe cirúrgica. Outra atitude observada é a rejeição à cirurgia, com medo de que esse incidente tenha sido um "aviso" (de forças sobrenaturais) para não serem operados.

e) Analisando as consequências da experiência moral (justificativa)

Ao fazer o contrates com o esboço moral no Nível I, percebo que, se aplicado o princípio da não-maleficência pela equipe de cirurgia, seria promovido o melhor naquele momento para o paciente. Realizar o ato cirúrgico traria o benefício de evitar que complicações. Porquanto, não foi disponibilizado no CC, o cuidado perioperatório de acordo com as suas necessidades, indo de encontro á Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, que

assegura, a todo cidadão, o direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema. Quanto à enfermeira, ao procurar resolver a situação realizando o exame, demonstrou preocupação com o paciente, no que concerne ao direito e respeito a sua dignidade, entretanto, não fez a revisão do prontuário na admissão do paciente.

Considerando o Nível II, a enfermeira não conseguiu fazer o bem, pois a cirurgia não foi efetivada. Ainda, a beneficência é praticada através da orientação dada ao pacientes, pela enfermeira na visita pré-operatória, quanto aos exames necessários, a finalidade e o horário. Na oportunidade, o paciente deverá ser informado sobre o seu tratamento, bem como, alertado a fim de certificar-se da efetiva realização dos mesmos. Nesse sentido, Pittelkow e Carvalho (2008) salientam que a suspensão de cirurgia pode ser evitada através da visita pré-operatória, uma vez que o profissional que cuida do paciente na unidade de origem (internação) deve prestar assistência, sanar dúvidas do paciente e de sua família e fornecer orientações acerca do perioperatório.

Foi observado que a enfermeira não exercitou a sua autonomia no momento da admissão, no que concerne á revisão do prontuário, o que possibilitaria perceber a falta do resultado do exame. Bedin, Ribeiro e Barreto (2005) salientam que a enfermeira no CC tem a responsabilidade de recepcionar o paciente, entretanto, essa atribuição é realizada mecanicamente junto a uma identificação que passa de nome e sobrenome para o nome da patologia.

Diante do ocorrido, surge um questionamento: O desempenho da enfermeira é indicativo de falta de autonomia em situações de conflitos e dilemas éticos vivenciados no CC? Vieira e Furegato (2001) assinalam que estudos sobre suspensão de cirurgia fazem alusão à fragilidade do poder que compromete a ação do enfermeiro no CC, dando-lhe lugar a uma dicotomia entre a atribuição que exige responsabilidades e tarefas sem a garantia da necessária autonomia no momento da tomada de decisões. O CEPE, no Art. 1º, delibera que a enfermeira tem o direito de exercer a enfermagem com liberdade e autonomia (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008). Dessa forma, a enfermeira não demonstra ter autonomia diante das situações de conflitos e dilemas éticos vivenciados no CC.

RELATO III

Os conflitos que já vivenciei no centro cirúrgico [...] um médico saiu paramentado da sala [...] no corredor e eu perguntei se ele estava precisando de alguma coisa, [...] foi logo me agredindo, dizendo que o paciente não era um saco de batata... que eu precisava saber o que era cidadania, né? [...] eu ficava me escondendo detrás da

estabilidade, né?... e que era um monte de enfermeira incompetentes. [...] Eu tive que me segurar, né? Me controlar bastante [...] se eu levasse para um caso pessoal, a gente ia começar uma briga, e dessa briga, só Deus ia saber onde parar (risos). [...] Eu tive de ter um autocontrole, ter um equilíbrio emocional, em virtude do paciente já tá anestesiado, [...]. Então, esse conflito, foi um conflito que me chateou bastante. [...] Essas coisas infelizmente abalam a gente emocionalmente, abala a gente como profissional, né? [...]. Quando então ele falou, quando ele respirou, eu procurei saber o que é mesmo que o senhor quer? Ele falou, eu quero saber de uma pinça que eu estou precisando está naquela caixa e ninguém me dá uma resposta. Eu peguei falei assim, vamos abrir a caixa para saber se a pinça está ali, ele disse que não queria abrir desnecessariamente, eu disse, não! Vamos abrir! Caso não esteja a pinça, a gente pega outra caixa, mas abra! Foi então, que o residente abriu a caixa e eu vi que tinha a pinça ali, ele se acalmou, voltou ao campo cirúrgico dele e tive realmente de respirar fundo [...]
(Adriana, relato 3)

a) Descrição do relato

A enfermeira vivenciou um conflito com um cirurgião que estava realizando um procedimento e teve que interromper e sair da sala de operação paramentado por não encontrar uma determinada pinça na mesa de instrumental. No corredor a enfermeira ao depara-se com o cirurgião, ela perguntou se estava precisando de algo, de imediato, foi atingida pelas seguintes colocações: *“o paciente não era um saco de batata! Que eu precisava saber o que era cidadania. Que eu ficava me escondendo detrás da estabilidade. E que [tinha] um monte de enfermeira incompetente”*. Ao ver-se agredida, abalada em seus sentimentos, valeu-se do autocontrole e do equilíbrio emocional. Em respeito à paciente já anestesiada na mesa de cirurgia, procurou considerar as colocações do cirurgião, não como ofensas, sim, como resultado de sua indignação. No momento em que o cirurgião se acalmou, a enfermeira, retomando a pergunta que havia feito obteve como resposta: *eu quero saber de uma pinça que eu estou precisando, está naquela caixa e ninguém me dá uma resposta*. A enfermeira sugeriu que o instrumental fosse procurado em outra caixa, o cirurgião considerou desnecessário para evitar que a caixa fosse contaminada. A enfermeira decidiu abrir a caixa de instrumental e encontrou a pinça que o cirurgião procurava. O resultado da interferência da enfermeira serviu para acalmar o cirurgião que logo retornou ao campo operatório.

b) Tomando como base o sistema de referência moral (ontológico)

A atitude do cirurgião abalou emocionalmente a enfermeira desencadeando sentimentos de impotência e frustração. A premissa ética estabelece que todos os homens são

iguais e merecem consideração e respeito. O médico, por um lado, considerou o paciente como pessoa portadora de dignidade e direitos enquanto cidadão e, por outro, deixou de considerar a enfermeira enquanto pessoa e profissional que merece respeito.

O relato aponta para um conflito que emergiu a partir de um problema de comunicação entre os profissionais da equipe cirúrgica por não atender a solicitação do cirurgião. Para Duarte e Lautert (2006), os conflitos no CC ocorrem entre enfermeiros e médicos, principalmente com cirurgiões, são desencadeados por: falta de infraestrutura das instituições para atender à demanda; o desrespeito e o erro da equipe.

A responsabilidade profissional, a dignidade, a competência e a autonomia da enfermeira foram desrespeitadas no momento em que o cirurgião proferiu ofensas atingindo sua pessoa e sua profissão. Tal atitude procurou sentimentos negativos na enfermeira requerendo pausa para reflexão e tomada de atitude. Stumm, Maçalai, Kirchner (2006) assinalam que o enfermeiro no CC se relaciona com profissionais heterogêneos e esse pode ser um dos fatores que geram conflitos, divergências, insatisfações, evoluindo para o estresse.

Para Renaud (2004), a dignidade humana está fundamentada no fato de o ser humano ser “pessoa”, representa o fundamento ético dos direitos do homem. Por sua vez, a Constituição Federal do Brasil de 1988 assegura, a todos os brasileiros, a cidadania e a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988).

A DUDH, no Art. 1, dispõe “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2010). Na leitura, observo que a igualdade e a fraternidade para o foram desprezadas pelo cirurgião.

O reconhecimento do outro caracteriza o *ser* humano como pessoa dotada de sentimentos que devem ser respeitados em qualquer circunstância. Apreendi que, no trabalho da enfermeira no CC, ocorrem situações em que igualdade de acordo como recomendada a DUDH, não são levadas em conta por alguns profissionais da equipe de saúde.

c) Considerando o esboço moral (deontológico)

Para Ferrer e Álvarez (2005, p. 438), “Os esboços são construídos pela razão moral, são criações livres, são possibilidades, são explicativos, construções racionais, uns mais possíveis que outros e que a experiência se encarregará de corroborar e verificar quando postos à prova”. De acordo com o esboço moral, explicarei a ação do cirurgião e da enfermeira pautados na moral deontológica, nos Níveis I e II.

No que concerne ao Nível I, a não-maleficência, entendo que o cirurgião preocupou-se em solicitar a pinça antes de iniciar o procedimento cirúrgico com vistas à prevenção de complicações. A fim de garantir a segurança do paciente, isto é, não causar mal, ele tomou a atitude de sair da sala para exigir que o instrumental fosse providenciado. Em relação à enfermeira, considero que as expressões do médico demonstraram desrespeito, constrangimento, e, ao mesmo tempo, conflito de esforço.

O conflito de esforço pode ser evitado quando o profissional tem consciência dos seus deveres e atribuições, pois grande parte dos conflitos advém das aspirações por reconhecimento dos superiores e de status. Dessa forma, o profissional enfrenta um novo dilema, ao ter que diferenciar entre os seus esforços compensados e seus esforços totais, que incluem atividades para a satisfação pessoal e reconhecimento (BRADLEY, 2005).

O CEPE assegura, no Art. 1º, o direito da enfermeira exercer as suas atividades com liberdade, autonomia e ser tratada segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008). Nesse sentido, não houve por parte do cirurgião o respeito a autonomia profissional da enfermeira, a partir do momento em que lhe abordou no corredor, de maneira agressiva, desconsiderando o planejamento de suas ações na unidade.

Na administração do conflito de esforço que ocorreu no CC, a enfermeira não foi informada pela circulante da sala de operações sobre a solicitação do cirurgião, o que repercutiu no equilíbrio da equipe cirúrgica. Nesse sentido, Silva e Alvim (2010) observam que, no CC, a enfermeira necessita estabelecer um sistema de comunicação mútua entre os profissionais de saúde que atuam na unidade, por meio do fortalecimento das relações para o desempenho seguro das atividades cirúrgicas e a cooperação no trabalho em equipe. Compreendo que a comunicação das informações de importância para o tratamento do paciente no perioperatório seja fundamental para os membros da equipe cirúrgica.

Em relação à justiça, o cirurgião solicitou uma pinça necessária na realização do procedimento. Porquanto, compreendo que foi assegurada ao paciente pelo cirurgião a garantia de reduzir risco e agravos durante a cirurgia.

Por outro lado, desrespeitou o princípio da beneficência, a partir do momento em que se ausentou da sala de operação, saindo do campo operatório e deixando o paciente exposto. Conseqüência de tal ação, instalava-se a possibilidade de exposição a riscos de retardo para o início do procedimento cirúrgico.

A Lei do Exercício Profissional (LEP), no Art. 8º, Alínea f, assegura que cabe à enfermeira participar da elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos

que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008). No caso em revista, a enfermeira não exerceu sua autonomia no sentido de prover a sala de operação com os recursos necessários para o bom funcionamento da unidade, além de ter o dever de assegurar o entrosamento da equipe cirúrgica com as demais equipes que atuam na unidade, visando promover a assistência perioperatória ética e com qualidade.

A enfermeira, ao perceber que se encontrava diante de um conflito ético com o cirurgião, conteve suas emoções agindo profissionalmente para escolher a melhor decisão a ser tomada naquele contexto. Percebe-se que os profissionais (médico e enfermeira) foram envolvidos no conflito de esforço refletiram sobre suas atitudes, considerando que o paciente encontrava-se na mesa de operação, anestesiado e retornaram as suas atividades. Nesta situação os princípios da beneficência – obrigação moral de agir em benefício de outro -, a não-maleficência – obrigação de não infligir mal ou dano intencional -, foram respeitados.

d) Considerando as consequências objetivas e subjetivas (teleológica)

As consequências objetivas estão relacionadas ao esboço moral do Nível I, à não-maleficência e a justiça. Diante de um conflito, as opiniões dos agentes são antagônicas, desencadeando ações que podem causar o mal, tanto naquele momento, quanto posteriormente, aos pacientes e à equipe que atua na unidade.

O conflito é considerado um fato comum em qualquer relação interpessoal, em especial no local de trabalho, é um fenômeno natural quando solucionado mediante um consenso. No caso, o conflito emergiu da maneira como o cirurgião abordou a enfermeira, no corredor, denotando poder, ocasionando uma situação desagradável no ambiente de trabalho. Para Araujo Netto e Ramos (2002), a centralidade do médico (e do seu saber, poder e papel) no trabalho em saúde, em torno do qual figuram os demais trabalhadores, entre os quais, os de enfermagem, ocasiona, em geral, uma relação conflituosa.

Por outro lado, observo que o conflito emergiu no momento em que o cirurgião sentiu necessidade de uma determinada pinça e solicitou que fosse providenciada pelas pessoas que estavam na sala e não foi atendido. Nesse episódio, a falta de atenção é visível, em especial, da circulante de sala, que, não cumpriu sua função de assegurar as condições funcionais e técnicas para o bom andamento do trabalho. Ao meu ver, a enfermeira deveria ter sido comunicada, imediatamente, sobre o que estava ocorrendo na sala de operação, a fim de que, com autonomia, discernimento e ética, resolvesse a questão evitando, portanto, desencadear o

conflito ético. O respeito pela vida, a autonomia e a dignidade do ser humano devem ser priorizados em todas as circunstâncias.

A LEP, no Art. 8, Alínea h, adverte que é cabem privativamente, à enfermeira, os cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos adequados e capacidade de tomar decisões (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008). Importante ressaltar que a opção para desenvolver conflitos deve pautar-se nos princípios da ética e da moral.

Stumm, Maçalai, Kirchner (2005) salientam que as dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras residem no relacionamento com cirurgiões, anestesiistas, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam no centro cirúrgico. Na descrição da enfermeira, observo que a ação do cirurgião foi de encontro aos princípios éticos e bioéticos quando não respeitou o paciente que se encontrava anestesiado na sala de operação e dirigiu a enfermeira responsável pela gerencia da unidade.

Quanto a enfermeira, não atuou com autonomia, visto que não fez a previsão e a provisão dos materiais necessários para que a cirurgia fosse realizada sem intercorrências; não buscou o seu direito junto ao Conselho Regional de Enfermagem requerendo o desagravo público do cirurgião em vista da ofensa que sofreu no exercício da profissão.

e) Analisando as consequências da experiência moral (justificativa)

Na unidade do CC, onde se realizam procedimentos de grande, média e pequena complexidade, emergem situações conflituosas no dia-a-dia da equipe cirúrgica, em especial, da enfermeira, que assiste aos pacientes que buscam em tais procedimentos a cura. Nesse contexto, o trabalho da enfermeira, tanto administrativo, quanto assistencial, é de grande relevância para a promoção da saúde e do bem-estar do paciente. Os princípios da não-maleficência e justiça (Nível I) e a beneficência e autonomia (Nível II) devem, portanto, ser priorizados durante a assistência perioperatória.

A atitude do cirurgião denota que a moral deontológica, no Nível I, foi aplicada, porquanto, ao perceber a falta da pinça na mesa de instrumental, sua ação foi solicitar que a mesma fosse colocada sobre a mesa para iniciar o procedimento com segurança. Em relação à justiça, observo que o cirurgião procurou cumpri-la, não iniciou a intervenção sem a pinça específica demonstrando assim o cuidado para fornecer, ao paciente, um procedimento seguro. Para Durand (2007), a justiça designa a exigência de fornecer a cada pessoa o que lhe é devido, isto é, aquilo que tem direito.

Quanto ao atendimento ao princípio de justiça no tratamento dispensado à enfermeira, observo que o cirurgião não deixou claro o que buscava naquele momento. A justiça na relação entre os profissionais é importante para que o ambiente de trabalho seja harmônico. Durand (2007) aponta que a justiça comutativa significa a justa relação entre duas pessoas, a retidão de troca. No que concerne ao cirurgião e à enfermeira seria o tratamento igual para ambos.

A enfermeira não exerceu a sua autonomia, no que diz respeito a prover a sala de operação com instrumental necessário para que a cirurgia transcorresse normalmente.

Apreendi que a enfermeira do CC tem a responsabilidade de assegurar ao paciente o respeito, se posicionar diante dos conflitos, em especial o de esforço, a fim de garantir ao paciente uma assistência perioperatória segura, eficiente, ética e de qualidade. Nesse sentido, Bradley (2005) salienta que o conflito de esforço surge quando existe cobrança de demandas acima do que se pode produzir. Esse tipo de conflito emerge através de cobrança de outro profissional que atua no mesmo setor de trabalho, interferindo nas atribuições das enfermeiras.

No caso em questão, a enfermeira esteve envolvida num conflito de esforço na medida em que, à frente da unidade, foi apontada pelo cirurgião responsabilizando-a por uma situação que, até então, não era do seu conhecimento.

No âmbito específico da autonomia da enfermeira (ações de gerenciamento, de recursos humanos, materiais e cuidado perioperatório), se faz necessário que ela assuma seu papel de gerente da unidade exercendo as funções de independência, controle, discernindo, respeitando a opinião do outro e promovendo condições para se chegar a um consenso diante de conflitos éticos.

RELATO IV

O dilema que eu já vivenciei o paciente [...] fez a hérnia inguinal do lado direito, [...] a hérnia inguinal [era] esquerda [...]. Depois que fez a cirurgia notou-se [...] que tinha feito do lado errado. [...] o médico teve de explicar à mãe que ele tinha uma hérnia dos dois lados e aproveitou a anestesia e fez as duas hérnias. Não fui eu que falei com a mãe, foi o cirurgião. [...] e... teve de fazer a do lado certo, porque senão o menino ia continuar com a hérnia dele. O dilema [...] foi esse, se falava a verdade ou se deixava o que o médico tinha dito. [...] difícil a gente ir lá, falar com a mãe e ir de encontro ao médico, ia ser um transtorno. (Marta, relato 4).

a) Descrição do relato

O paciente internou-se na unidade de CC, para submeter-se a uma herniorrafia, procedimento operatório destinado a uma hérnia inguinal à esquerda. A cirurgia foi efetivada e, no último tempo cirúrgico (síntese), a equipe percebeu que realizara o procedimento no lado errado. Decidiu aproveitar a anestesia e realizar a cirurgia no local correto. No momento de justificar á mãe do paciente o porquê das duas incisões, o cirurgião não revelou o verdadeiro dos dois procedimentos. Alegou a existência de duas hérnias, uma, à direita, a outra a esquerda com o recurso de um único procedimento anestésico. A enfermeira viu-se em um dilema, falar a verdade para a mãe do paciente ou omiti-la incorrendo em uma co-responsabilidade sendo conivente com o cirurgião. Para a enfermeira, estaria de acordo com os princípios éticos e morais, se revelasse a verdade, do que resultaria no pensamento da enfermeira, um transtorno na relação interpessoal com a equipe de cirurgia. Assim, ela optou por não contar a verdade.

b) Tomando como base o sistema de referência moral (ontológico)

Gracia, como afirma Ferrer e Álvarez (2005), refere à necessidade do ser humano de auto-realizar-se, conseguir a perfeição e a felicidade, necessidade que não é possível, compreende toda a humanidade.

O pensamento de Gracia leva-me a perceber que a felicidade da pessoa está respaldada no respeito previsto na DUDH cujo Art. I dispõe que todos os homens nascem livres e iguais em (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2010).

Para Kant (2008), todo o ser humano tem dignidade, devido a sua natureza racional, portanto, merece respeito. O depoimento da enfermeira demonstra que o paciente não foi respeitado como ser humano, que tem dignidade, merece respeito, desde quando ocorreu um erro durante o procedimento do qual a mãe do paciente não tomou conhecimento por omissão da equipe. A equipe cirúrgica embasada no pensamento de Kant e Gracia, no perioperatório, assistiria o paciente com competência, segurança, ética, humanização e respeitando os seus direitos.

Analisando o relato da enfermeira, percebo que não houve o cuidado/preocupação da equipe cirúrgica em identificar o paciente no pré-operatório, bem como, fazer a revisão no seu prontuário com a finalidade de detectar informações para assisti-lo com segurança no intraoperatório. A visita pré-operatória contribuirá para que a equipe cirúrgica, em especial a

enfermeira, através da história clínica do paciente, adquira informações que irão fornecer subsídios para a elaboração do planejamento da assistência de enfermagem.

Para Rothrock (2007), “Minimizar erros humano ajuda a eliminar condições perigosas para o paciente que se submete a procedimentos operatórios ou outros invasivos”. A autora salienta que, no perioperatório, o paciente que não é capaz de se proteger, tem a equipe de enfermagem para protegê-lo.

Assim, a situação apresentada leva acreditar que, no pré-operatório, o paciente não foi assistido de acordo com o que orienta o CEPE, no sentido de que o profissional de enfermagem deve exercer as suas atividades com competência para a promoção da saúde do ser humano na sua integridade e de acordo com os princípios da ética e da bioética (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008).

c) Considerando o esboço moral (deontológico)

Analisando o esboço moral no Nível I, no que concerne ao princípio da não-maleficência, considerado por Gracia (2007) um dever que todos devem ter, inclusive o Estado, não fazer o mal, manter a imparcialidade e não prejudicar intencionalmente pessoa alguma. Neste caso, observa-se que atitude da equipe, em especial do cirurgião, foi irresponsável por realizar uma cirurgia de hérnia inguinal sem marcar o sítio cirúrgico que tem o objetivo de prevenir erro. Por outro lado, o relato demonstra que houve a preocupação do cirurgião em corrigir de imediato o seu erro, realizando novo procedimento no local correto. Acredito que a pessoa responsável pelo paciente, isto é, a mãe, escolheu a instituição para realizar o tratamento, por acreditar que nela o seu filho teria um tratamento justo, com equidade e qualidade.

O princípio da justiça foi assegurado pelos profissionais, desde quando priorizaram a garantia do tratamento. Outro aspecto observado em relação a não-maleficência para com o paciente foi providenciar assistência cirúrgica. Nesse sentido, Moser e Soares (2006) observam que o princípio da não-maleficência, determina a obrigação de não infligir o mal ou dano intencional, não significa fazer o bem.

O Art. 5 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos determina que “A autonomia das pessoas para tomar decisões, quando responsáveis por essas decisões e em atenção à autonomia dos outros, deve ser respeitada. Para pessoas que não são capazes de exercer a autonomia, medidas especiais devem ser tomadas para proteger seus direitos” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS, 2010, p.

480). Sob tal aspecto, não foi respeitada a autonomia do paciente - menor de idade -, porque não foi revelado o ocorrido à responsável, a fim de que tomasse a decisão que considerasse a melhor, dar continuidade ou não, a cirurgia.

Relativo à autonomia, a Carta dos Direitos dos Usuários determina que as informações sobre o estado de saúde do paciente são extensivas aos seus familiares, dadas de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitando os limites éticos por parte da equipe de saúde (BRASIL, 2006). Para Chaves, Costa e Lunardi (2005), os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, carecem respeitar os direitos éticos e legais dos clientes, através da atenção, respeito, compreensão de sua situação vivida no momento, a partir de informações e esclarecimentos a que têm direito, estimulando sua participação nas decisões sobre seu tratamento e cuidado.

Analisando a postura da enfermeira sob o aspecto deontológico, percebo que ela contrariou o Art. 28, do CEPE, que orienta ser de responsabilidade e dever do profissional de Enfermagem “Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, dos riscos, benefício e intercorrências acerca do seu estado de saúde e tratamento” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008).

d) Considerando as consequências objetivas e subjetivas (teleológica)

O paciente cirúrgico, geralmente, experimenta o medo da cirurgia, da anestesia, da dor, da morte, e, na condição de ser social, tem direito de ser atendido de forma digna, pela equipe cirúrgica, no perioperatório. A todo procedimento anestésico-cirúrgico corresponde a uma resposta emocional do paciente e de seus familiares. Adequado preparo emocional pode atenuar a ansiedade desses atores, bem como, o incentivo à participação dos mesmos no cuidado e na recuperação haverá de promover bem-estar físico, psíquico, social e espiritual.

A não-maleficência não causar erro e, conseqüentemente, riscos e danos para o paciente. A admissão do paciente pela enfermeira poderia evitar erros durante o procedimento cirúrgico. Nesse sentido, Rothrock (2007) considera que a admissão do paciente na sala de operação, é o momento em que a enfermeira perioperatória tem a oportunidade de reunir e verificar dados que contribuem para o planejamento do cuidado.

No que concerne a justiça, considero que não houve preocupação da equipe cirúrgica em promover os recursos necessários que possibilitasse realizações de manobras como a marcação do sítio cirúrgico. Rothrock (2007, p. 27) ressalta que procedimento que envolva distinção esquerda/direita, estruturas múltiplas ou múltiplos níveis têm de ser marcadas”.

Percebi que a enfermeira não realizou a visita pré-operatória destinada a possibilitar um contato prévio do paciente/famíliares com a equipe cirúrgica, a fim de promover maiores informações a respeito do mesmo e ajudá-lo na interação com a equipe no CC.

A beneficência seria promover o bem-estar do paciente através da autonomia da enfermeira do CC na realização da visita pré-operatória para obter informações sobre o diagnóstico do paciente, anotá-las no prontuário visando a continuidade da assistência de enfermagem no pré e no intraoperatório. Para Bub (2005, p. 71), “é na prática cotidiana em saúde que se integram os elementos próprios da conduta moral profissional; é onde nos deparamos com a finalidade e o sentido da vida humana, obrigações e deveres; e nos posicionamos acerca do bem e do mal”. Nesse sentido, a atitude da enfermeira não corresponde ao que a autora considera dever dos profissionais de saúde.

e) Analisando as consequências da experiência moral (justificativa)

A enfermeira desvela que vivenciou um dilema: revelar à mãe do paciente o erro ou omiti-lo para não desencadear um conflito com o cirurgião. Observo, neste caso, que ela não teve a autonomia de admitir o paciente no CC e realizar o exame físico, bem como, ler as anotações contidas no prontuário para certificar-se da região em que a hérnia estava localizada. Estudo realizado por Silva e Alvin (2010) aponta que a falta de contato da enfermeira com o paciente no pré-operatório pode impedir o acesso às suas expectativas e necessidades, assim como, à percepção sobre o seu estado emocional. Sem esse contato, torna-se inviável a realização de um planejamento adequado dos cuidados de enfermagem na sala de recepção pré-operatória, no intra e no pós-operatório imediato.

O paciente, quando se adentra no CC, espera ser recebido com cuidado e respeito pela equipe cirúrgica, em especial pela enfermeira, entanto, na maioria das vezes, encontra pessoas apressadas realizando diversas atividades ao mesmo tempo, e a assistência é prestada de forma mecânica e não-humanizada.

Apreendi que a não-maleficência é justificada, neste caso com a ação do cirurgião que ao detectar o erro, optou por continuar o procedimento, atuando na região certa sem a necessidade de outro procedimento anestésico. Portanto, sua atitude foi de não causar o mal ao paciente que, pois, caso contrário, teria que passar por todo o processo de internação e de exames pré-operatórios. Entendo que não houve intenção de prejudicar o paciente, mas que, para não causar-lhe um mal maior optou, em dar continuidade ao procedimento

cirúrgico. Quanto à justiça, não houve a preocupação em conter despesas dando continuidade ao procedimento.

No que concerne ao Nível II, entendo que beneficência é aplicada quando o paciente é atendido no perioperatório com competência, respeito e humanização com vistas ao bem-estar do paciente. Para a aplicação da beneficência, faz-se necessária a realização da admissão do paciente pela enfermeira. O cuidado da enfermeira no CC tem início, desde a visita pré-operatória, até o encaminhamento para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Na admissão, a enfermeira recebe o paciente, colhe informações precisas sobre o seu diagnóstico a fim de ajudá-la no planejamento dos cuidados e na segurança do paciente.

Vale ressaltar, que a enfermeira ao receber o paciente, deve chamá-lo pelo nome e admiti-lo. Definem-se como ações próprias do responsável pela admissão: revisar o prontuário, quanto aos exames pré-operatório, observar o preparo na região determinada para o procedimento, solicitar, à responsável pelo paciente informação que achar necessárias, efetuar as anotações correspondentes aos achados e, em seguida encaminhá-lo para sala de operação. Na medida em que a enfermeira age com competência, responsabilidade e ética, estará preservando os princípios da não-maleficência, justiça, beneficência e autonomia.

A falta dessa ação previa possibilita ocorrerem conflitos e dilemas éticos frutos do ambiente e da desatenção da equipe, quanto à real situação do paciente.

No caso apresentado, ficou evidente que a enfermeira não usou da sua autonomia para admitir o paciente e inteirar-se da região da hérnia. Outra condição favorecendo a não detectar o erro foi a ausência da enfermeira na sala de operação no início da cirurgia, no primeiro tempo cirúrgico – diérese.

O CEPE, no Art. 17, ressalta que é responsabilidade da enfermeira prestar adequadas informações ao paciente e à família, quanto aos seus direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008). Na descrição, a enfermeira revela que não esclareceu a verdade para evitar conflitos e ir de encontro à decisão do cirurgião.

Da mesma forma, não foi respeitada a autonomia do paciente quando não foi revelada a verdade à responsável sobre o erro cometido pelo cirurgião, no que diz respeito a região da hérnia do paciente. Estudo realizado por Chaves, Costa e Lunard (2005) aponta que os pacientes de convênios (SUS e outros convênios) relataram desconhecer o seu direito de consentir, ou não, a realização de procedimentos, assim como, a solicitação e permissão para implementação de cuidados.

Não teria como justificar a falta da visita pré-operatória ao paciente pela enfermeira do CC. Na oportunidade, ela faria o levantamento e a avaliação das necessidades individuais do paciente e realizaria a documentação no prontuário, tomaria conhecimento do sítio cirúrgico, promovendo, através da assistência de enfermagem, um perioperatório de qualidade, livre de riscos cirúrgicos aos quais o paciente fica exposto.

Diante da atitude do cirurgião, optando por não revelar a verdade, a enfermeira não deveria apoiá-lo. A verdade, é que nos casos de erro médico, o que se constata no Brasil, é a enfermeira calar-se, para evitar conflitos. Tal atitude demonstra a falta de autonomia de enfermeiras na administração da unidade de CC. O CEPE, no Art. 40, adverte que é responsabilidade e dever da enfermeira posicionar-se contra falta cometida no exercício profissional, seja por imperícia, imprudência ou negligência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008).

RELATO V

E dilema vivenciado é assim, esses dilemas estão muito mais voltados para a instituição que eu trabalho. Por que a instituição muitas vezes não lhe fornece os recursos que são necessários para desenvolver bem o meu trabalho. Então, [...] eu sei que um cateter ele fora do prazo de validade ele não pode ser reprocessado, mas, a instituição que eu trabalho não tem outro cateter, venceu, não tem como comprar, pacientes estão marcados para fazer os exames, e aí? Isso depende de mim. Eu reprocesso ou não reprocesso... Então, isso é um dilema no meu dia a dia, [...] fico pedindo ajuda aos outros setores competentes, outros profissionais. [...] gera dentro de mim uma situação de desgaste, estresse, por que eu fico a imaginar, o paciente que está lá precisando de determinado exame, ele precisa de um cateter e o hospital não vai ter. Ele muitas vezes vem do interior, então isso pra mim é um dilema que eu vivencio aqui no meu dia-a-dia. (Patrícia, relato 5)

a) Descrição do relato

Patrícia, no seu depoimento, revela que vivencia dilemas no seu dia a dia, sobretudo relacionados à instituição em que atua pela falta de fornecimento de recursos materiais necessários a um trabalho com qualidade. Ela é sabedora da possibilidade de uso do cateter por estar fora do prazo de validade, e da inexistência de outro na instituição para realizar os exames agendados. O dilema ético instala-se quando a enfermeira percebe que o material está vencido e é inviável a instituição adquiri-lo. Busca ajuda em outros setores competentes e de outros profissionais com a finalidade de contornar a situação. Reconhece que a decisão de reprocessar, ou não, do artigo depende dela, ao mesmo tempo, tem consciência da proibição do reprocessamento (cateter com data de validade vencida não pode ser reprocessado). A

situação provoca-lhe dúvida, reprocessar, ou não, o cateter? Declara-se preocupada por não atender a necessidade do paciente. É dilema vivenciado no seu dia-a-dia, na unidade de CC, o qual desencadeia desgaste e estresse na equipe cirúrgica.

b) Tomando como base o sistema de referência moral (ontológico)

Durand (2007) salienta que para Kant, a pessoa tem dignidade unicamente pelo fato de existir. O pensamento de Kant provoca-me a um questionamento: Como não falar em desrespeito a dignidade humana? O relato descrito oferece razão para uma retrospectiva da minha atuação como enfermeira no CC (1983-1987). Inúmeras vezes os procedimentos foram suspensos pela falta de materiais e/ou equipamentos, considerados de rotina, dos quais o hospital não dispunha no momento. Situações dessa natureza, que provocou sofrimento no paciente servem como exemplos ilustrativos do desrespeito ao *ser* em busca do seu direito à saúde.

A Constituição Brasileira assegura, no Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...] e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 33).

O CC, por se tratar de um lugar onde se realizam procedimentos de alta complexidade, torna-se imprescindível seja supervisionado pela enfermeira, no que concerne ao estoque de equipamentos e materiais necessários à demanda. Penso que, planejando as ações da unidade, se evitaria a suspensão de procedimentos, e os pacientes seriam atendidos com respeito e dignidade. Stumm, Maçalai e Kirchner (2006) salientam que, devido à complexidade do CC, faz-se necessário que a enfermeira controle a provisão e o gerenciamento de materiais e equipamentos indispensáveis à realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos.

Embora no mundo globalizado, em que as novas tecnologias na área biomédica facilitam a realização de procedimentos realizados pela equipe cirúrgica a prática da enfermeira no CC não vem apresentando mudanças, se se considera a vivência descrita nos relatos enfocados.

Apreendi que, para manter elevados níveis de segurança e a qualidade na prestação da assistência do paciente no perioperatório, é necessário o respeito à dignidade da pessoa por todos os profissionais que compõem a equipe cirúrgica.

c) Considerando o esboço moral (deontológico)

Mesmo demonstrando preocupação face á suspensão dos exames programados pela falta de material, o princípio da não-maleficência não foi considerado, visto que a enfermeira não fez a supervisão nem o controle dos materiais, em relação a quantidade, qualidade e prazo de validade, e não detectou que os cateteres que existentes na unidade estavam com o prazo de validade vencidos, bem como, não realizou a previsão e a provisão dos cateteres em tempo hábil para concretização dos exames.

A enfermeira, diante de um procedimento programado e do material necessário para a realização com o prazo fora da validade, encontra-se em um dilema “*Eu reprocesso ou não reprocesso [...] Então, isso é um dilema no meu dia-a-dia, [...]*”. Tal situação faz lembrar Oguisso, Schmidt e Freitas (2007) ao referir que a reutilização de material de uso único ou descartável é ainda uma temática que merece estudo e discussão na área de saúde. Tal prática é comum em muitas instituições no mundo, inclusive no Brasil, o que suscita questionamentos éticos e legais, quanto a responsabilidade dos profissionais e das instituições em vista de eventuais riscos ou possíveis danos como consequência dessa ação. O CEPE, no Art. 12, adverte para a responsabilidade e o dever da enfermeira de assegurar, ao paciente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008).

Considerando o princípio da justiça, não houve uma distribuição justa de recursos, porquanto o procedimento foi suspenso pela falta do material que não fora requisitado e/ou adquirido para a realização dos procedimentos agendados. O ocorrido evidencia a falta de “recursos” financeiros da instituição para prover as unidades de matérias e equipamentos. Silva e Alvim (2010) observam que a precariedade de recursos materiais no CC é considerada, pelas enfermeiras, como um fator que dificulta sua atuação e que resulta, por vezes, em suspensão de um determinado procedimento.

A autonomia de prever e prover de materiais e equipamentos a unidade de CC não, foi exercida pela enfermeira deixando, pois de prestar uma assistência perioperatória com qualidade. Nesse caso, observo que a enfermeira só percebeu que o material estava com a data de validade vencida no dia em que o procedimento seria realizado. Para Stumm, Maçalai e Kirchner (2006), a precariedade e a falta de materiais e equipamentos no CC é uma constante no dia-a-dia, do que resulta insatisfação da parte da equipe médica e a culpa recai sobre o enfermeiro.

Aos pacientes cabe o direito de serem bem atendidos, para tanto, se faz necessário que a enfermeira elabore o seu planejamento de trabalho e determine as prioridades do cuidado perioperatório. Assim procedendo, ela saberá, com antecedência o que vai acontecer e o que não deve faltar para promover o bem-estar do paciente. O princípio da beneficência estaria sendo respeitado, se a enfermeira gerenciasse a unidade com competência técnica, científica, ética e política. Stumm, Maçalai e Kirchner (2006) advertem que a atuação do enfermeiro deve estar em sintonia com a direção e a administração do hospital, visando o suprimento e manutenção de materiais e equipamentos indispensáveis à realização de diferentes procedimentos cirúrgicos, sem prejuízo ao paciente.

d) Considerando as consequências objetivas e subjetivas (teleológica)

As consequências objetivas dizem respeito a implementação de ações com a finalidade de promover meios para que os exames não sejam suspensos por falta de material. Para a realização da ação, ela teria que ter discernimento, responsabilidade e postura ética. É importante ressaltar que a postura ética da enfermeira estaria na ação de não realizar o reprocessamento o cateter.

Quanto à justiça, percebo que a instituição não buscou recursos necessários para suprir a unidade com o material necessário à demanda dos procedimentos. Segundo Paschoal e Gatto (2006), a precariedade e a falta de materiais e equipamentos no CC é uma constante no cotidiano do enfermeiro, variando desde os mais simples aos mais complexos provocando insatisfação na equipe cirúrgica, e atribui-se a culpa ao enfermeiro.

O procedimento já estava programado, portanto, ao detectar que o material não estava em condição de ser usado, encontrava-se vencido, a enfermeira, como gerente da unidade, deveria buscar, junto à administração superior da instituição, providências para adquiri-lo, a fim de honrar o compromisso assumido anteriormente com o paciente. Agindo de tal forma, a enfermeira estaria praticando sua autonomia e, conseqüentemente, promovendo o bem-estar do paciente. Para Stumm, Maçalai, Kirchner (2005), a deficiência de materiais no CC interfere na assistência ao paciente, desencadeia preocupação no enfermeiro que responde pela administração da unidade.

e) Analisando as consequências da experiência moral (justificativa)

Para justificar a ação de reprocessar, ou não, um cateter, recorre-se às normas de esterilização de processamentos de artigos. Elas devem ser seguidas pelas enfermeiras nas instituições, em especial, pela enfermeira na unidade de CC.

Define-se o termo artigo médico-hospitalar de uso único como o “qualquer produto médico, odontológico e laboratorial destinado a ser usado na prevenção, diagnóstico, terapia, reabilitação ou anticoncepção que somente pode ser utilizado uma única vez” (BRASIL, 2004). No depoimento da enfermeira, fica explícito que o cateter necessário para realizar o procedimento não poderia ser reprocessado¹¹, portanto, ela não deveria (re) esterilizá-lo. Entendo que, se o cateter não foi re-esterilizado (no depoimento da enfermeira não fica clara a sua conduta), o princípio da não-maleficência foi respeitado, visto que no momento em que se detectou o prazo de validade vencido, o procedimento foi suspenso, evitando assim que o paciente fosse prejudicado a fim de não causar o mal ao paciente.

No caso, a justiça não foi considerada, conforme desvela a enfermeira, “[...] a instituição que eu trabalho não tem outro cateter, venceu, não tem como comprar [...]”. Penso que a instituição, no momento, não dispunha de recursos destinados à compra do material destinado a procedimentos programados. Na avaliação de Medeiros (1999, p. 1) “A alocação de recursos públicos em saúde é claramente uma questão que afeta direitos individuais e deve ser analisada sob a perspectiva da coletividade e de um horizonte de tempo extenso”.

O CEPE, nos Princípios Fundamentais, prescreve que a enfermeira atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008). A situação vivenciada pela enfermeira poderia ter sido solucionada com habilidade através da participação à equipe cirúrgica a falta do material. No primeiro momento, deveria alegar, aos administradores da instituição, a necessidade de adquirir o cateter, a fim de que o procedimento fosse realizado; argumentar que, por ser o paciente do interior, a suspensão do procedimento seria desgastante, representaria para ele um transtorno.

O contratempo implicou malefício para o paciente. O procedimento não foi realizado, portanto, a beneficência não foi respeitada.

As pessoas, indistintamente, possuem dignidade, razão por que merecem ser tratados com apreço merecem ser respeitadas por ter dignidade e apreço. Na situação relatada, a

¹¹ Grifo nosso.

dignidade do paciente, foi relegada pela instituição e pela equipe cirúrgica, desde quando o material não foi disponibilizado para a realização do procedimento.

Por serem iguais, as pessoas tem os mesmos direitos, merecem, o mesmo tratamento. A igualdade é baseada em direitos adquiridos pela participação na coletividade, os direitos de cidadania (MEDEIROS, 1999).

A Declaração Universal dos Direitos a Humanos considera que a dignidade é inerente a todos os seres humanos e que direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2010). O princípio da igualdade não foi respeitado, uma vez que o tratamento igual de direito não recebeu.

RELATO VI

Já houve caso até buscar de comissão de ética, né? Nós já tivemos inclusive atrito sério entre equipes de chegar a “vias de fato”, luta corporal dentro do centro cirúrgico. Imagine o enfermeiro ter que estar no corredor separando dois homens fortes. Eu não lembro com riqueza de detalhes. Mas, na verdade o cirurgião é... o cirurgião chegou tardiamente, o anestesista já tinha distribuído a sua equipe para outras especialidades, então todas as salas estavam ocupadas e ele começou a utilizar palavras que agrediam, que feriam o anestesista, né? Feria a sua imagem, a sua reputação e aí o outro levantou a camisa, chamou para o braço, disse que ia resolver lá fora e aí houve “troca de amabilidades”. Nós, enquanto enfermeiros tentamos e conseguimos afastar juntos com os demais do grupo, eles ficaram é... Se estranharam por muito tempo, mas hoje já vivem uma relação profissional, não digo de amizade, mas profissional. E aí, entre homens quando eles não resolvem na negociação através da fala, eles vão para a força física (risos) (Manuela, relato 6).

a) Descrição do relato

O fato ocorreu no centro cirúrgico, o atraso de um cirurgião implicou um conflito entre ele e o anestesista. Ao chegar no CC o cirurgião, atrasado, o anestesista já havia feito a distribuição da sua equipe, e as cirurgias já se encontravam em andamento. O cirurgião, ao perceber que não tinha sala disponível para ele, sentiu-se desprestigiado e agrediu o anestesista com palavras que feriam a sua imagem e a sua reputação. O anestesista ofendeu-se com a abordagem do colega e, desse desentendimento, emergiu um conflito ético entre eles. A falta de consenso entre as partes deu lugar à agressão física. A situação complicou-se, sendo necessária a intervenção da enfermeira para acalmar os ânimos. Foi necessário solicitar a presença da Comissão de Ética da instituição. A enfermeira deixa claro que, num conflito, que a negociação é dificultada quando há agressão física entre os envolvidos. Os enfermeiros da

unidade e demais membros da equipe conseguiram afastá-los. Por muito tempo, os dois continuaram sem se relacionar, atualmente, a relação entre eles é simplesmente profissional.

b) Tomando como base o sistema de referência moral (ontológico)

A dignidade é intrínseca ao ser humano, uma característica que o define como tal. O respeito à dignidade deve, pois, ser preservado no âmbito da vida individual, nas relações sociais, de trabalho, em especial, na área de saúde em que os profissionais estão a serviço de outro ser humano – o paciente. A situação vivenciada pela enfermeira demonstra que não existiu, no momento do conflito entre os médicos (cirurgião e anestesista), o respeito à pessoa humana e ao ser ético que se encontrava realizando o seu trabalho. “Reconhecer o Outro, estabelecer relacionamento, tomar noção da existência de valores é próprio da Ética. [...] podemos dizer que ele é também originariamente um ser Ético, ao adquirir a condição de ser humano” (HOSSNE, 2003, p. 56).

Porquanto uma unidade estressante, em que atua uma diversidade de profissionais da área de saúde, faz-se necessário que aí exista o respeito à dignidade desses profissionais em ação. Para Sarlet (2007, p. 366), “não se pode olvidar que a dignidade [...] independe das circunstâncias concretas, já que inerente a toda e qualquer pessoa humana, visto que, em princípio, todos [...] são iguais em dignidade, no sentido de serem reconhecidos como pessoas”. O autor ressalta que, mesmo que não se portem de forma igualmente digna nas relações com os semelhantes, inclusive consigo mesmos, as pessoas são iguais em dignidade.

O cirurgião não respeitou o colega de trabalho – o anestesista –, ao detectar que não existia uma sala para realizar o procedimento cirúrgico. Diante dessa realidade surgem questionamentos: O cirurgião, em algum momento, preocupou-se que a falta de sala causaria a suspensão de um procedimento? Preocupou-se com a dignidade do seu paciente que teria a sua cirurgia suspensa? A sua reação foi pela suspensão da cirurgia ou por ter sentido que o seu “poder” como cirurgião não foi respeitado?

A ação que promove a humilhação e desrespeito ao outro, fere-lhe a dignidade como ser humano e promove a sua desqualificação contrariando o princípio da igualdade. Não é a dignidade um bem garantido a toda pessoa humana? Dispõe, visto que não existe dignidade para uns e não para outros. Afinal, a DUDH, no artigo I, assevera: “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2010).

c) Considerando o esboço moral (deontológico)

Percebendo o atraso do cirurgião o anestesista deu continuidade ao programa cirúrgico estabelecido. Essa atitude demonstra a responsabilidade com o trabalho e o respeito aos pacientes (careciam de tratamento cirúrgico) e colegas que estavam com as cirurgias programadas. Vale salientar que, a decisão tomada pelo anestesista possibilitou que o programa cirúrgico não sofresse interrupção e evitou transtornos na dinâmica da unidade.

Em relação ao cirurgião, a sua atitude demonstrou não ser coerente com o princípio da não-maleficência, que orienta sobre a obrigação da pessoa não infligir dano intencional a outrem. Apreendi que se o anestesista não desse sequência a programação cirúrgica os pacientes seriam prejudicados pela suspensão das cirurgias podendo ocasionar insegurança, desânimo e revolta.

Na minha concepção o anestesista ao tomar essa decisão agiu com justiça no que concerne ao respeito com os pacientes (preparados no pré-operatório para submeter-se ao procedimento cirúrgico), os cirurgiões, a equipe de enfermagem e aos demais profissionais que já se encontravam no CC.

Analisando sobre o aspecto deontológico, percebo que não foi respeitado o direito dos pacientes em estar em um ambiente harmônico, respeitoso e seguro, desde quando o cirurgião desrespeitou o anestesista durante horário de trabalho. A Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde, assegura que o paciente tem o direito ao respeito a integridade física, a segurança e ao bem-estar psíquico e emocional na realização dos procedimentos cirúrgicos.

Além disso, percebo que a enfermeira não teve a autonomia de intervir no momento em que o cirurgião percebeu que não tinha sala de operação disponível para ele realizar o procedimento. Deveria oferecer-lhe nova possibilidade, de sala ou horário. Havia chegado atrasado e a dinâmica da unidade não poderia ficar prejudicada. Acredito que tal ação evitaria que o conflito entre os médicos ocorresse.

Para Stumm, Maçalai e Kirchner (2006), o conflito envolvendo profissionais necessita ser discutido de maneira construtiva, em busca de alternativas, visando melhorar a relação de trabalho entre eles. As autoras salientam que, no contexto do CC, existem situações de conflito entre cirurgiões e a equipe de enfermagem que necessitam, na maioria das vezes, da intervenção do enfermeiro, com o propósito de mediar a fim da melhor solução.

Atender o princípio da beneficência equivale a promover o bem-estar da pessoa. Observei incoerência na ação do cirurgião, por não ter se preocupado em manter o equilíbrio do ambiente de trabalho e o bem-estar da equipe cirúrgica, bem como, dos pacientes que se

encontravam na unidade. Silva e Alvin (2010) ressaltam que para a teoria ambientalista, o ambiente, em todos os seus aspectos físico, psicológico e social, interfere diretamente no conforto e bem-estar das pessoas, influenciando na manutenção ou na restauração de sua energia vital. Advertem que, se algum desses aspectos encontra-se em desequilíbrio, o paciente despende maior energia para contrabalançar o estresse ambiental, e a consequência é a retirada de energia necessária para a sua cura.

d) Considerando as consequências objetivas e subjetivas (teleológica)

Ferrer e Álvarez (2005, p. 439) salientam que Zubiri define a experiência como “provação física de realidade”. Neste estudo, a experiência moral será evidenciada através da ação da enfermeira diante da situação conflitante que vivenciou no CC.

Para Meeker e Rothrock (1997), a missão da Enfermagem no perioperatório é colaborar com os membros da equipe de saúde no atendimento preventivo, de emergência e de restauração das necessidades de saúde do paciente, em um ambiente terapêutico, seguro e confortável.

A enfermeira responsável pela coordenação das atividades no CC e na administração da unidade carece de ter liderança, discernimento, iniciativa e habilidade, em especial, diante de situações conflitantes, a fim de tomar decisões com maturidade e estabilidade emocional.

No caso apresentado, percebo que a enfermeira não teve autonomia de comunicar ao cirurgião, no momento que ele chegou ao CC, a impossibilidade de realizar a cirurgia naquele momento. Imediatamente, deveria apresentar-lhe possibilidades outras, de horário e sala. Por não agir dessa forma, possibilitou o conflito entre os médicos (anestesiista e cirurgião). Paschoal e Gatto (2006) observam que a comunicação fortalece as relações entre os profissionais que trocam ideias, opiniões, interagindo, emitindo e recebendo mensagens. As autoras ressaltam que, no atraso das cirurgias, há discussões entre cirurgiões e a equipe de enfermagem, o enfermeiro é então solicitado a intervir, com a expectativa de desfazer-se o desentendimento.

No que concerne à beneficência, os pacientes cujas cirurgias foram realizadas tiveram um bem maior em relação ao paciente do cirurgião que chegou atrasado. A enfermeira deveria ter negociado com o cirurgião as possibilidades de realizar a cirurgia em outro momento antes do conflito desencadear-se. Tivesse agido dessa forma provavelmente os pacientes teriam sido operados em um ambiente tranquilo, harmônico, isto é, sem conflito entre os profissionais.

Não houve, neste caso, falta de recurso material e humano para justificar que o conflito que irrompeu graças ao atraso do cirurgião e à falta de ação e de discernimento da enfermeira em contornar a situação, logo que teve início.

e) Analisando as consequências da experiência moral (justificativa)

O cirurgião não se preocupou com as pessoas que se encontravam no CC. O respeito, em especial, à dignidade dos pacientes, foi negligenciado. Apreendi que a enfermeira, no momento, dois profissionais, bem como, poderia ser desrespeitada e atingida por agravos. A DUDH, no Artigo VI, assegura que “Todo homem tem direito de ser, em todos os lugares, reconhecido com pessoa humana perante a lei” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2010, p. 462).

A atitude do cirurgião, ao adentrar-se no CC, foi desrespeitosa, com o anestesista, os pacientes, a enfermeira e demais profissionais da equipe cirúrgica.

A partir do momento em que o anestesista fez a distribuição da sua equipe, objetivou agilizar as atividades da unidade. Portanto, seria coerente e de bom senso que os membros da equipe guardassem respeito para com a sua ação. Acredito que, ao surgir desacordo relativamente à distribuição de escala, o ideal seja a comunicação entre os profissionais para se chegar a um consenso. Para demonstrar o valor da comunicação, as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, alertam que se deve melhorar a eficácia da comunicação entre os profissionais da assistência, pois erros de comunicação entre eles podem causar danos ao paciente (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2010).

Os princípios da bioética não foram respeitados elucidado a seguir. No que concerne à autonomia da enfermeira, fica explícito que a mesma não teve o discernimento de esclarecer o cirurgião, quanto a necessidade de cumprir a programação cirúrgica agendada e, desse modo, justificar a colocação de um procedimento no espaço e hora que lhe estavam destinados entretanto, em nenhum momento esclareceu ao cirurgião a sua responsabilidade em planejar as ações assistenciais e administrativas da unidade.

Para Gomes (2003, p. 180), a não-maleficência “configura uma relação sem agravos, sem danos ou ameaças entre as partes, nas quais o médico mostra-se sábio sobre o que não deve fazer e o que faz é bem temperado pela prudência e perícia”. Relacionando o pensamento do autor com a atitude do médico, observo que não foi respeitado esse princípio, a partir do momento em que situação conflituosa surgiu.

O respeito à beneficência não foi observado. O paciente para quem estava programado o procedimento foi preparado. O preparo pré-operatório gera estresse, é desgastante para o paciente, entretanto, a cirurgia foi postergada pela falta de compromisso do cirurgião: não chegou no horário determinado.

Vejo que, no caso, o conflito de interesse foi gerado pelo cirurgião. Essa forma de conflito emerge no ambiente de trabalho quando um indivíduo vale-se de sua posição em proveito pessoal. Mesmo responsável pelo atraso, ao chegar ao CC, o cirurgião foi contrário à ação do anestesista e o desacatou. O que interessava a ele era realizar a sua cirurgia, resolver o seu problema, sem preocupar-se com o re-planejamento do mapa cirúrgico (modificado pelo seu atraso), cirurgias suspensas, desgaste do paciente em virtude de preparo e estresse pelo atraso. Enfim, todo o transtorno causado na unidade.

RELATO VII

Já aconteceu que foram programadas as duas cirurgias cardíacas, o material foi usado no período da manhã, a equipe da tarde chegou com o paciente para ser operado, todo material não estava preparado e a equipe da cirurgia cardíaca resolveu iniciar o ato cirúrgico sem ter ainda todas as caixas esterilizadas. Essa foi uma situação em que eu me vi diante de um conflito e de um dilema, por que isso não está de acordo com o que está escrito no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, né? Por que a gente deve livrar o paciente de qualquer imperícia, imprudência ou negligência e aí se alguém for analisar o código pode perceber que algumas dessas infrações aconteceram, [...]. Então, essa foi uma situação que eu vivenciei na prática e que me deixou bastante preocupado, em seguida eu redigi um documento citando o Artigo do Código de Ética, citando esse fato e encaminhei para a diretoria do hospital, inclusive fazendo menção de encaminhamento para o Conselho Regional de Enfermagem. [...]. Duas cirurgias foram programadas com o material suficiente para uma, a outra foi iniciada sem a certeza de que todas as caixas estavam estéreis, por que se encontravam dentro do autoclave, se... essas caixas saíssem molhadas, eu teria que repetir todo o processo, mais, o paciente já estava aberto na mesa da sala de cirurgia, e aí? Esse [...] é um dilema vivenciado na prática e tem toda a relação com a ética profissional. (João Pedro, relato 7)

a) Descrição do relato

O dilema vivenciado por João Pedro deveu-se à equipe de cirurgia cardíaca ter iniciado a cirurgia com o instrumental passando pelo processo de esterilização a vapor (autoclave). Constavam, na programação cirúrgica, dois procedimentos (cirurgias cardíacas), para o mesmo dia, uma, no período da manhã, e a outra, à tarde. Mas, o material disponível na unidade era o suficiente para uma cirurgia, por isso, a necessidade de passar pelo processo de esterilização (vapor saturado sob pressão), para ser usado na cirurgia seguinte. Como é de rotina, o material é validado a fim de proporcionar o bem-estar do paciente e a segurança da

equipe, portanto, a cirurgia só pode ser iniciada após o processo de esterilização ter completado com sucesso. A cirurgia do período da manhã transcorreu sem problemas, a da tarde teria que esperar o processamento dos materiais para ser iniciada. No entanto, a equipe iniciá-la sem que o processo de esterilização do material estivesse concluído, portanto, sem a segurança do material disponível e validado.

O enfermeiro não concordou com a atitude da equipe de cirurgia cardíaca. Considerou-a irresponsável, imprudente ao optar por desenvolver o procedimento sem preparo cuidadoso do material específico, agindo contrariamente ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Redigiu um documento relatando o fato e encaminhou à diretoria do hospital referindo-se a um possível encaminhamento para o Conselho Regional de Enfermagem. Para o enfermeiro, *“Esse [...] é um dilema vivenciado na prática e tem toda a relação com a ética profissional”*.

b) Tomando como base o sistema de referência moral (ontológico)

Observando o pressuposto ontológico, a equipe cirúrgica não se preocupou com o paciente, um ser humano que, portanto, merece consideração e respeito. A ação dos cirurgiões poderia gerar complicação no intra-operatório e no pós-operatório, principalmente se o material não fosse liberado para ser usado, por estar, no momento, em processo de esterilização. Nesse sentido, Meeker e Rothrock (1997) salientam que a Enfermagem perioperatória tem como função garantir a segurança do ambiente físico, proteção de pacientes dos eventos de alto risco e o alcance de excelentes resultados, com consciência da dignidade da pessoa, bem como, das suas necessidades físicas, emocionais, culturais, étnicas e espirituais.

Ao iniciar a cirurgia, a equipe não teve a preocupação com a possibilidade do material não ficar pronto, uma vez que ainda se encontrava no processo de esterilização. A possibilidade de ocorrer uma falha no equipamento durante o processo não pode ser descartada e o material não ser esterilizado. O material não estéril pode desencadear um processo infeccioso no sítio cirúrgico, complicando a cirurgia e expondo o paciente a riscos e agravos. Os princípios da técnica asséptica adotada pela equipe perioperatória são esforços fundamentais no controle da infecção hospitalar (MEEKER; ROTHROCK, 1997). Portanto, o respeito ao paciente é imprescindível no cuidado perioperatório.

A ação da equipe de cirurgia desencadeou o estresse nos membros da equipe cirúrgica, em especial, no enfermeiro, pois, conhecedor do risco de infecção que um material

não estéril pode causar no paciente cirúrgico não conseguiu evitar a realização do procedimento. A atitude da equipe de cirurgia foi, portanto, desrespeitosa para com o paciente, e o enfermeiro não teve autonomia de evitar que o procedimento fosse iniciado. A enfermeira administradora do CC é responsável em promover a proteção dos direitos humanos de todos os pacientes no perioperatório (ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES, 2002).

Caregnato e Lautert (2005) salientam que os cirurgiões reconhecem que seus comportamentos geram estresse na equipe e indicam como estressores a exigência e a irritação com perda de controle. Outra situação observada é que os cirurgiões reconhecem não gostar da esperar mesmo que seja para promover o bem-estar ao paciente. Dessa forma, esperar a liberação de sala ou de material é uma situação geradora de estresse.

c) Considerando o esboço moral (deontológico)

A moral deontológica confere destaque à forma da ação em que os princípios do dever e a obrigação sejam priorizados. Por ser considerada uma cirurgia de grande porte, para realizá-la, seria indispensável que todo o material específico estivesse disponível na sala de operação. A equipe de enfermagem teria que ter a preocupação de disponibilizar os materiais em todos os tempos cirúrgicos¹², isto é, diérese (dividir, separar, cortar), hemostasia (hemo = sangue; *stasis* = deter), exérese (realização do tratamento cirúrgico, isto é cirurgia propriamente dita) e síntese cirúrgica (junção; união) (SILVA, RODRIGUES; CESARETTI, 1997, p. 81).

No que concerne a não-maleficência, percebo que um paciente poderia ser prejudicado no perioperatório por não ter sido respeitado o tempo necessário para que o processo de esterilização fosse concluído. O mal foi bem maior (realização da cirurgia), que o bem (não realização da cirurgia), no momento em que o procedimento foi iniciado sem a segurança e a garantia do melhor para o paciente. Dessa forma, o princípio da não-maleficência não foi assegurado ao paciente.

Ficou evidente que não existia na unidade material necessário para a realização de duas cirurgias cardíacas no mesmo dia, deveria, pois, dispor-se de um espaço maior entre esses procedimentos visando a qualidade do processo de esterilização. Surge o

¹² “Denominam-se tempos cirúrgicos ou operatórios os procedimentos ou manobras consecutivos realizados pelo cirurgião desde o início até o término da cirurgia” (SILVA, RODRIGUES; CESARETTI, 1997, p. 81).

questionamento: Qual seria a atitude dos cirurgiões se o equipamento (autoclave) apresentasse defeito? Qual a ação do enfermeiro diante da situação?

Considero ser da responsabilidade da enfermeira do CC planejar a previsão e a provisão de material da unidade. Para tanto, cabe-lhe, junto à administração, alocar recursos para prover a necessidade da unidade na assistência perioperatória.

Esse relato deixou patente a desigualdade no acesso à assistência à saúde no CC. O paciente foi beneficiado com o material para a realização do procedimento cirúrgico, para o outro não tinha a disponibilidade do mesmo material, então passando pelo processo de esterilização, uma prova da escassez de recursos materiais na unidade. A precariedade e a falta de materiais e equipamentos no CC são vivenciadas no dia-a-dia do enfermeiro desencadeando insatisfação na equipe e, normalmente, a culpa é atribuída a enfermeira.

Pelo relato percebo que o princípio da justiça não foi contemplado. O ideal seria que fossem beneficiados, de forma indistinta, todos que procuram uma instituição para a realização de tratamento cirúrgico.

Para Medeiros (1999, p. 1),

Tratar das conseqüências éticas de uma ação não implica, necessariamente, tratar de casos localizados. Para certos problemas, analisar os resultados éticos de uma ação sobre indivíduos é mais do que analisar situações locais sob uma perspectiva relativamente estática. A alocação de recursos públicos em saúde é claramente uma questão que afeta direitos individuais e deve ser analisada sob a perspectiva da coletividade e de um horizonte de tempo extenso.

Beauchamp e Childress (2004) são da opinião que, no juramento de Hipócrates, está expressa uma obrigação da não-maleficência e da beneficência, porquanto orienta ao médico que “Usarei o tratamento para ajudar o doente de acordo com minha habilidade e com meu julgamento, mas jamais o usarei para lesá-lo ou prejudicá-lo”.

Observo que a equipe cirúrgica não exerceu a beneficência para com o paciente não zelou por seu bem. Sem preocupar-se com as conseqüências que poderiam advir, iniciaram o procedimento sem o instrumental. Considero tal ação imprudente e negligente.

O CEPE, no Art. 12, orienta que é responsabilidade e dever da enfermeira assegurar, à pessoa, à família e à coletividade, assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008). O enfermeiro percebeu que a ação dos cirurgiões não era coerente com as normas do CEPE, entretanto, não tentou impedir que o procedimento fosse iniciado. Na condição de

gerente da unidade, deveria ter apelado para sua autonomia, de administrar a situação e não consentir a realização do procedimento até ser liberado pelo setor responsável.

d) Considerando as consequências objetivas e subjetivas (teleológica)

O objetivo da moral teleológica é alcançar uma vida boa, virtuosa e feliz. Para Hurka (2008), a teoria teleológica identifica o que é bom nos estados de coisas, caracterizando depois os atos corretos apenas em termos do bem. Assim, na condição de paciente no perioperatório, a moral teleológica baseia-se na utilidade das ações da enfermeira no CC a fim de promover o bem-estar do paciente e aliviar-lhe o sofrimento.

Eis que a ação dos cirurgiões iniciando o procedimento cirúrgico sem a garantia e a segurança para o paciente contraria a moral teleológica.

A ação do enfermeiro, como gerente da unidade, seria promover uma assistência de qualidade ao paciente no perioperatório. Quando os cirurgiões demonstraram a intenção de iniciar o procedimento, teria que alegar a impossibilidade naquele, momento, e que só poderiam iniciá-lo após a liberação do material pela CME.

Outra ação seria entrar em contato com a enfermeira da unidade em que o paciente estava internado solicitando que só o encaminhasse após a sua autorização. Essa ação poderia ser, ou não acatada pela equipe de cirurgia. Ainda que, numa atitude deselegante, o enfermeiro poderia retirar a equipe de enfermagem da sala com o intento de inibir que a cirurgia fosse iniciada. Nesse sentido, Meeker e Rothrock (1997) salientam que é a enfermeira perioperatória que pode intervir em nome do paciente quando surgem dilemas éticos.

A moral teleológica, o Nível II, se alcança quando promove uma ação que proporcione bem-estar ao paciente no perioperatório. Essa ação deve ser pautada na moral e na ética e deve ser realizada pela equipe cirúrgica através uma assistência competente, de qualidade.

O princípio da igualdade considera que todos os indivíduos devem receber tratamento igual. No caso apresentado, não foram observados os mesmos direitos para os pacientes, isto é, não receberam o mesmo tratamento referente à utilização dos recursos materiais. Nesse sentido, o enfermeiro gerente da unidade, ciente da situação, deveria ter reprogramado uma das cirurgias, conforme o nível considerado de urgência, para o dia seguinte ou quando conviesse para os envolvidos.

e) Analisando as consequências da experiência moral (justificativa)

Para Ferrer e Álvarez (2005, p. 440-441), “A justificação moral, verificação, produz-se quando a experiência aprova o esboço. [...] A verificação é sempre lógica e histórica, sendo um processo sempre aberto, contínuo e inacabável”.

O enfermeiro relata um fato que merece ser refletido visando a tomada de decisão. Ele percebeu-se envolvido num dilema e num conflito suscitados pela ação dos cirurgiões, contrária às recomendações do CEPE que, no Art. 21, orienta ser da responsabilidade e dever do enfermeiro “Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 38.). Mesmo conhecedor dessa determinação o enfermeiro não conseguiu que a equipe desistisse da idéia de realizar o procedimento.

A razão que justifica a falta de autonomia do enfermeiro é ele não ter evitado que os cirurgiões iniciassem o procedimento sem o material específico para uma cirurgia considerada de grande complexidade. Os problemas entre as equipes no CC repercutem na dinâmica de seu funcionamento. A relação conflituosa é frequente nessa unidade, daí, a necessidade de o enfermeiro ter habilidade e competência para administrar os conflitos ouvindo as partes envolvidas em busca de soluções (STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006).

O depoimento desvelou que o enfermeiro não apoiou a ação da equipe de cirurgia, quanto à decisão de iniciar o procedimento. Para iniciar um procedimento no CC, é imprescindível a participação da equipe de enfermagem para atuar circulando a sala de operação. O enfermeiro responsável pela unidade, conhecedor dos riscos que o paciente estaria exposto, não conseguiu evitar a ação imprudente da equipe de cirurgia (cirurgiões e anestesista). Então, o princípio da beneficência não foi respeitado pela equipe cirúrgica.

A justiça não foi assegurada ao paciente. A deficiência de instrumental cirúrgico prejudica a demanda da unidade. Uma situação como a relatada é prova de desrespeito à Constituição Federal de 1988, que garante o direito universal e igualitário à saúde no Art. 196, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A não-maleficência consiste em evitar causar o mal a outrem. Ao iniciar a cirurgia sem o instrumental necessário, percebo que não houve a preocupação da equipe com os prováveis riscos e agravos a que o paciente poderia ficar exposto. A equipe queria resolver o

seu problema, sem atentar para as consequências da ação que desenvolviam. Sem a intenção de prejudicar o paciente, o princípio da não-maleficência foi desrespeitado. Para Beauchamp e Childress (2002, p. 214), a não-maleficência são obrigações de não prejudicar e de não impor riscos de dano a um indivíduo. Os autores ressaltam que uma pessoa pode prejudicar outra, ou expô-la a um risco, sem uma intenção maldosa, isto é, o agente causador do dano pode ser, ou não, moral ou legalmente responsável por esse.

Vejo que, no caso, a ação dos cirurgiões correspondeu um conflito de interesses. Ao realizar o procedimento sem a posse segura do instrumental, estariam cumprindo sua agenda, não se preocuparam com as consequências da ação. Nesse sentido, Duarte e Lautert (2006) consideram a unidade de CC um gerador em potencial de recursos econômicos para os hospitais, quando bem administrada, e, em algumas instituições, os médicos têm seus honorários vinculados à produtividade, o que tem demonstrado aumento do interesse em realizar procedimentos.

O enfermeiro vivenciou, na situação, o conflito de consciência – apesar da consciência de que a ação dos cirurgiões era uma atitude negligente, não conseguiu evitar que o procedimento fosse realizado.

Diante do exposto, apreendi que o paciente não foi respeitado como pessoa que merece consideração e respeito. O princípio da igualdade propõe que as pessoas devem receber tratamento igual. Assim sendo, possuem os mesmos direitos e merecem que lhes sejam disponibilizados os mesmos recursos. Não houve tratamento igual para os dois pacientes, haja vista que o material era insuficiente para realizar as duas cirurgias e, no segundo procedimento, não estava disponível. Sob esse aspecto, considero ajustada a avaliação de Hossne (2003): a falta de justiça, isto é, a injustiça, continua muito presente nas relações entre os seres humanos.

RELATO VIII

[...] mas eu já peguei, é a questão do uso ou não de sangue no paciente testemunha de Jeová. Muitas vezes não coloca no procedimento cirúrgico sem o consentimento dele [paciente], se houver riscos para usar sangue, se não tiver o consentimento [do paciente] a equipe de anestesia nem coloca, [...] a gente se viu numa saia justa, num dilema, segurando ali o máximo para gente não fazer. Em outra situação, com certeza, não pensaria duas vezes para poder instalar e fazer sangue. A gente não pode criar a situação de desconforto, né? Usando uma palavra bem tímida, desconforto, [...]. Então, essa situação infelizmente ainda acontece. (Bruna, relato 8)

a) Descrição do relato

O relato explicita um dilema vivenciada envolvendo um paciente testemunha de Jeová ao qual, por questões religiosas, não seria permitido receber transfusão de sangue, mesmo que a não realização do procedimento viesse ocorrer a morte do paciente. Caso contrário, não se realizava o procedimento. Dessa forma, é rotina da equipe de anestesia instalar o sangue se houver a autorização do paciente/família.

O dilema ético emergiu pela necessidade do paciente fazer uso de sangue durante a cirurgia, o que deixou a equipe em apuros. Em outra situação o procedimento seria realizado sem problemas, entretanto, em respeito a vontade do paciente não foi realizado.

b) Tomando como base o sistema de referência moral (ontológico)

Atualmente os profissionais de saúde enfrentam um crescente desafio, que veio a ser uma grande questão em debate sobre a saúde. Tem-se conhecimento que existem mais de meio milhão de testemunhas de Jeová nos Estados Unidos e mais de 250.000 no Brasil, que não aceitam transfusões de sangue (TORRE DE VIGIA, 2011).

No aspecto ontológico, a pessoa tem o direito de ser respeitada com ser humano independente de cor, sexo ou credo religioso. Neste caso foi respeitado o paciente pelos profissionais da equipe cirúrgica.

Os pacientes que são testemunhas de Jeová, no ato do internamento, assinam um documento não autorizando a transfusão sanguínea. Jiménez e Valero (2010) ressaltam que “Los testigos de Jehová no están dispuestos a recibir transfusiones sanguíneas bajo ninguna circunstancia, ni aún cuando esa actitud les signifique perder la vida [...]”. Porquanto, as instituições de saúde só devem realizar a transfusão nesses pacientes com a autorização assinada por eles e/ou familiares (quando criança, menor de idade, idoso, doente mental, entre outros).

A DUDH dispõe no Art.II, que “Todo homem tem capacidade de gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de raça, cor, sexo, língua ou religião” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANO, 2010, p. 462). Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988, no artigo 5º, inciso VI, assegura que “- é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e as suas liturgias (BRASIL, 1988).

É assegurada a pessoa pela Constituição a liberdade religiosa, isto é, conforme os dogmas da sua religião, o direito de aceitar ou não o tratamento de saúde através da transfusão de sangue.

Para Timi (2003, p. 488), “[...] as testemunhas de Jeová têm o direito constitucional de recusar as transfusões de sangue em nome do direito de liberdade religiosa e do direito a privacidade”. O respeito a dignidade da pessoas é assegurada também na Carta do Direitos do Usuário de Saúde, determina que os profissionais que cuidam devem respeitar o corpo, a intimidade, a cultura e religião, os segredos, as emoções e sua segurança do paciente (BRASIL, 2006).

Por fim, as declarações determinam que a liberdade religiosa é um direito de cada ser humano e que deve segui-lo livremente, por isso, merecem consideração e respeito a escolha de cada um sem a discriminação da sociedade e do Estado.

c) Considerando o esboço moral (deontológico):

O CEPE confirma o compromisso que, a Enfermeira no que dizer respeito a sua prática, tem o dever de respeitar as pessoas, fundamentada na ética/bioética e nos princípios da não-maleficência e justiça; autonomia e beneficência. Esses princípios norteiam as condutas da Enfermeira no trabalho e na sociedade (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008).

Os esboços são considerados os deveres, princípios, normas, direitos e tem caráter deontológico (FERRER; ÁLVAREZ, 2005). O princípio da não-maleficência traduz que de forma universal jamais se deve prejudicar as pessoas. O cumprimento das determinações é imparcial para qualquer pessoa (FERRER; ÁLVAREZ, 2005).

No que diz respeito ao princípio da não-maleficência, é dever e responsabilidade dos profissionais de saúde, independente da condição do paciente, agir orientado por condutas éticas, seguindo as normas, a fim de proporcionar o melhor para o mesmo. Seguir esse princípio significa que a equipe responsável pelo paciente não deve realizar a transfusão sanguínea. Vale ressaltar que ele estar respaldado na Constituição brasileira, que assegura à pessoa a autonomia para decidir o seu tratamento. Da mesma forma a Carta dos Direitos do Paciente, lhe dar o direito a liberdade de permitir ou recusar qualquer procedimento médico, assumindo a responsabilidade pela a sua decisão (BRASIL, 2006).

É importante ressaltar que existe a necessidade do paciente assinar uma declaração se responsabilizando pela sua decisão. Neste caso, a equipe fica isenta de responsabilidade e de

omissão por não ter realizado o procedimento, desde quando o paciente não aceitou o tratamento.

O CEPE, no Art.18, recomenda que o profissional de Enfermagem deve respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de deliberar sobre sua saúde, tratamento, conforto e o seu bem-estar. E no Art. 27, proíbe de executar ou participar da assistência saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008).

Para Timi (2003), do ponto de vista ético, os profissionais de saúde não podem ser responsabilizados por não ter realizado o tratamento ideal quando o paciente o rejeita. No CC a enfermeira vivenciou essa situação, sentiu desconforto por não poder realizar o tratamento que o paciente necessitava, entretanto, respeitou o direito e a autonomia do paciente. Ela ressalta que essa situação infelizmente ainda acontece.

Ferrer e Álvarez (2005, p. 138) ressaltam que “A justiça tem a haver com o que é devido às pessoas, com aquilo que de alguma maneira lhe pertence ou lhe corresponde”. Nesse sentido, compreendo que a injustiça nesse caso, estaria em violar a liberdade do paciente em relação a sua crença, entretanto, foi assegurada em todo o perioperatório.

O profissional de saúde deve ser responsável, praticar a justiça com clareza e consciente que, a partir do momento que o paciente recusar o tratamento por considerar proibido pela sua religião, não pode ser privado de um tratamento alternativo, mesmo que como consequência sobrevenha a sua morte. Nesse sentido a Constituição Brasileira, no capítulo I, artigo VIII, assegura que a pessoa não pode ser privada de seus direitos por motivo de crença religiosa, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei (BRASIL, 1988).

A equipe atuou com justiça e prudência, não desconheceu as convicções religiosas do paciente e prosseguiu dando a assistência sem impor que fosse realizada a transfusão de sangue. Para ressaltar a importância da justiça na assistência ao paciente, o CEPE, no artigo 15, determina que é de responsabilidade e dever do profissional de Enfermagem “assistir o paciente sem discriminação de qualquer natureza (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008).

O princípio da beneficência orienta para que seja promovido o bem-estar no ato do cuidar. Ele estabelece a obrigação moral de agir em benefício das pessoas (MARTINS, 2004). A equipe preocupou-se em promover o bem ao paciente no momento que mesmo sendo

necessário realizar o procedimento (transfusão de sangue), recuou em respeito a vontade do paciente.

Pessini e Barchifontaine (2010, p. 365) corroboram que:

A conduta médica diante dessa situação até pouco tempo era desconhecer as convicções religiosas e impor a transfusão de sangue em defesa da vida em perigo numa primeira instância. Essa postura, um tanto radical, traumatizou pessoas e provocou a expulsão de muitos da religião. Passou-se a questionar esse radicalismo. De que valeria “salvar” a vida de uma pessoa se a ferimos em suas mais profundas convicções?

Pessini e Barchifontaine (2010) ressaltam que a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia elaborou um documento esclarecendo que ao se tratar de um paciente adulto consciente, deve ser respeitada as suas convicções religiosas, entretanto, exige que seja assinado um documento isentando a instituição, e profissionais de saúde que dele cuida da responsabilidade por não ter sido realizado o tratamento. Nesse sentido, o CEPE, no artigo 27, proíbe o profissional de enfermagem de executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou do seu representante legal (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008).

Para Gracia (2007), realizar a transfusão sanguínea em testemunha de Jeová não é um ato de beneficência, desde quando, vai de encontro ao próprio sistema de valores do indivíduo. Simultaneamente, a beneficência foi observada a decisão de não realizar a transfusão de sangue visando o bem-estar do paciente.

A equipe cirúrgica respeitou a sua autonomia, considerando as suas convicções religiosas. Por outro lado, a situação do paciente exigia que fosse realizada a transfusão, entretanto, mesmo sendo portador dessa autonomia em defesa da vida, a equipe optou por respeitar a sua decisão. Nesse sentido, Jiménez e Valero (2010) ressaltam que a “aplicación del principio de autonomía en las decisiones relacionadas con la gestión de la salud y del cuerpo reconocidas a diferentes niveles como el jurídico, el ético o el deontológico, recogiendo el derecho a elegir y por lo tanto a rechazar un tratamiento concreto”.

d) Considerando as consequências objetivas e subjetivas (teleológica)

Houve o risco do paciente não resistir a cirurgia, entretanto, a equipe respeitou os princípios bioéticos de forma objetiva: a beneficência ao assegurar o bem-estar, maximizando os possíveis benefícios das intervenções necessárias; não-maleficência ao primar para não causar dano ao paciente; direito a autonomia, respeitando a sua decisão.

O Código de ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) traz em seu bojo, a necessidade de aprimorar o comportamento ético e moral dos profissionais, apresentando em seus Princípios Fundamentais, que “O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008, p. 36).

e) Analisando as consequências da experiência moral (justificativa)

Neste caso está explícito que a equipe enfrentou um dilema ético, no entanto, as normas éticas foram respeitadas. Possibilitaram a promoção do cuidado e o bem-estar do paciente através dos princípios da beneficência e não-maleficência. A autonomia foi exercida no momento que a equipe fez a opção por não realizar a transfusão, respeitando a escolha e a crença religiosa do paciente. Neste caso a justiça foi exercida, o paciente foi tratado com igual consideração aos demais, sem levar em conta o seu preceito religioso e a sua vontade.

Diante da situação podem surgir questionamentos: A opção da equipe de cirurgia foi ética? Qual seria a postura da equipe de cirurgia se o paciente viesse a falecer por falta da transfusão?

O dilema ético pode emergir devido a não aceitação do paciente de realizar a transfusão sanguínea e a equipe de cirurgia percebe não há tempo para se proceder a uma intervenção judicial. Existiram neste caso, duas opções: realizar ou não a transfusão. A equipe optou por não realizar em respeito a vontade do paciente, a sua crença religiosa e as normas estabelecidas nos Códigos de Ética e na Constituição brasileira de 1988.

Para França, Baptista e Brito (2008), diante da necessidade de hemotransfusão em paciente testemunha de Jeová a equipe de saúde enfrenta um dilema ético, visto que o procedimento envolve a choque de dois direitos fundamentais: o direito indisponível à vida e o direito de recusar por convicções religiosas, esses são respaldado pela Constituição Brasileira de 1988.

Apreendi que o respeito a dignidade do paciente deve ser a máxima na prática da equipe cirúrgica, em especial da enfermeira. Ao olhar pelo direito à vida poderia ser considerado que a ação da equipe cirúrgica foi injusta ao optar por não realizar a transfusão de sangue no paciente.

No entanto a decisão da equipe por não realizar a transfusão naquele momento foi ética, pois, demonstra a seriedade no trabalho que realizam através de condutas éticas no processo do cuidar perioperatório.

9.1 SÍNTESE DAS POSSIBILIDADES DA TOMADA DE DECISÕES SEGUNDO OS TIPOS DE CONFLITOS E DILEMAS QUE EMERGIRAM NO ESTUDO

Construí um quadro com vistas à organização do pensamento e dos procedimentos metodológicos utilizados para a tomada de decisões. Não pretendi esgotar as possibilidades de apreensão de conflitos e dilemas nos depoimentos das enfermeiras do estudo, e sim, apresentar uma faceta do fenômeno estudado.

Na primeira coluna, registrei as descrições das vivências na íntegra e destaquei o tipo de conflito ou dilema identificado. Na segunda, descrevi as possibilidades de alternativas para a tomada de decisões em cada situação.

Fiz a análise dos relatos das enfermeiras à luz da Análise de Problema Moral (APÊNDICE - C), conforme o referencial “Procedimientos de decisión em ética clínica” (GRACIA, 2007).

Na descrição de cada relato, segui um raciocínio lógico utilizando o sistema moral de referência, o esboço moral, a experiência teleológica e a justificação do ato. Através de reflexão sobre esses aspectos, apoiada no referencial teórico-metodológico da bioética dos princípios, alcancei os elementos que me pareceram nortear a tomada de decisões das enfermeiras no contexto do CC.

Importante ressaltar que, na segunda etapa, resgatei os conhecimentos e experiências vividas por mim, durante seis anos, como gerente de enfermagem na unidade de CC (1983/1989), como docente nas disciplinas Saúde do Adulto II e Bioética e Deontologia na Enfermagem.

Proponho neste estudo, estratégias, entre inúmeras, que poderão fornecer subsídios para as enfermeiras tomarem as decisões diante dos conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática no CC.

Quadro 01 – Propostas de passos para a tomada de decisões diante aos conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática das enfermeiras no centro cirúrgico

RELATO 1	ESTRATÉGIAS PARA TOMADA DE DECISÕES
<p>Dilema do argumento do sentimento moral</p> <p><i>[...] o nosso número de salas e a nossa demanda é grande. Hospital [...] de grande porte, onde atuam várias especialidades [...] e acaba tendo uma demanda reprimida. Então, já tive momento de ter a [...] cirurgia [...] eu não tinha uma sala disponível, mas fui a todo tempo questionada pelo preceptor de cirurgia, [Júlia] Como é que eu enfermeira [...] iria suspender uma cirurgia de um paciente, jovem, que estava em estado grave. Como eu estava tomando essa iniciativa? [preceptor] Existia o conflito com a equipe cirúrgica, existia o meu conflito ético, o que decidir? Tirar a paciente que estava na sala já sendo preparada para ser anestesiada e dizer para ela, vai entrar outro paciente no seu lugar. E ao mesmo tempo a outra equipe também falava [...] [Júlia]. Como é que você vai tirar agora para colocar outro, só por que o outro é professor e eu não sou professor? [...]. Por que você vai escolher ele e não me escolher? [cirurgião não preceptor] [...] era escolher um paciente a ser operado e escolher um paciente a ser suspenso, né? (Júlia, relato 1)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o cuidado perioperatório observando os princípios da ética e da bioética • Respeitar a dignidade do paciente e dos membros da equipe cirúrgica no perioperatório; • Adquirir informações sobre a história do paciente, a fim de conhecer a situação real do seu diagnóstico; • Fazer uma análise criteriosa sobre o diagnóstico do paciente (solicitar a participação dos demais membros da equipe responsável pelo paciente). • Checar se há necessidade de solicitar reserva de vaga de UTI; • Buscar a solução através de raciocínio crítico; • Determinar uma trajetória de ação para a situação específica; • Assumir com responsabilidade e liberdade a tomada de decisões; • Abster-se de tomar decisões isoladamente; • Tomar decisões respeitando a dignidade do paciente; • Incluir o paciente autônomo na tomada de decisão; • Buscar informações e alternativas para tomar novas decisões; • Observar os princípios da não-maleficência, justiça, autonomia e beneficência; • Escolher as alternativas fundamentadas na deontologia; • Propor alternativas em comum acordo com a equipe cirúrgica; • Apresentar após a análise à equipe a sua decisão de forma que seja acatada por todos. • Após decisão implementá-la e avaliá-la.

RELATO 2	ESTRATÉGIAS PARA TOMADA DE DECISÕES
<p>Conflito de consciência</p>	
<p><i>Um dilema [...] mais importante em relação as suspensões de cirurgias. O paciente [...] já estava esperando para realizar a cirurgia, já tinham 2 meses [...], foi suspensa porque ele não tinha feito um exame laboratorial de urina [...]. Existe um conflito com a equipe, [...]. Eles não querem saber de esperar, tem que ter esse equilíbrio prá conseguir administrar esse conflito com a equipe [...] cirúrgica. [...] erro administrativo [...], um erro que a gente tem condição de retomar, para que aquela pessoa não perca uma vaga, [...] já estava aguardando a certo tempo (Liz, relato 2)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o cuidado perioperatório observando os princípios da ética e da bioética • Respeitar a dignidade do paciente e dos membros da equipe cirúrgica em todo o processo perioperatório; • Administrar a unidade com a intencionalidade de que as cirurgias programadas sejam realizadas de acordo com planejamento; • Criar um meio eficiente de comunicação entre o CC e a unidade de origem do paciente (unidade de internação); • Realizar reuniões periódicas com a equipe multiprofissional, para discutir a intenção cirúrgica futura e planejar a assistência e os recursos necessários para a realização da cirurgia; • Estabelecer como rotina a visita pré-operatória ao paciente na unidade de internação 12/24 horas antes da cirurgia; • Buscar as informações no prontuário através da visita pré-operatória sobre o estado físico do paciente com a finalidade de auxiliar no cuidado no pré, intra e pós-operatório; • Confirmar o agendamento, na véspera ou até 72 horas do dia programado, junto a unidade, paciente e/ou familiares; • Entrar em contato com os setores envolvidos no planejamento da assistência (CME, almoxarifado, farmácia, dentre outros), a fim de assegurar a realização da cirurgia; • Confirmar com os membros da equipe cirúrgica antes da cirurgia nome do paciente, exames e procedimento; • Participar do planejamento da instituição, em especial do CC, contribuindo para que sejam oferecidos aos pacientes os serviços necessários e uma assistência de enfermagem de qualidade e ética; • Informa ao paciente/família a acerca do motivo que levou a suspensão da cirurgia (se ocorrer).

RELATO 3	ESTRATÉGIAS PARA TOMADA DE DECISÕES
<p data-bbox="327 268 587 297">Conflito de esforço</p> <p data-bbox="225 309 692 1951"><i>Os conflitos que já vivenciei no centro cirúrgico [...] um médico saiu paramentado da sala [...] no corredor e eu perguntei se ele estava precisando de alguma coisa, [...] foi logo me agredindo, dizendo que o paciente não era um saco de batata... que eu precisava saber o que era cidadania, né? [...] eu ficava me escondendo atrás da estabilidade, né?... e que era um monte de enfermeiras incompetentes. [...] Eu tive que me segurar, né? Me controlar bastante [...] se eu levasse para um caso pessoal, a gente ia começar uma briga, e dessa briga, só Deus ia saber onde parar (risos). [...] Eu tive de ter um autocontrole, ter um equilíbrio emocional, em virtude do paciente já tá anestesiado, [...]. Então, esse conflito, foi um conflito que me chateou bastante. [...] Essas coisas infelizmente abalam a gente emocionalmente, abala a gente como profissional, né? [...]. Quando então ele falou, quando ele respirou, eu procurei saber o que é mesmo que o senhor quer? Ele falou, eu quero saber de uma pinça que eu estou precisando está naquela caixa e ninguém me dá uma resposta. Eu peguei e falei assim, vamos abrir a caixa para saber se a pinça está ali, ele disse que não queria abrir desnecessariamente, eu disse, não! Vamos abrir! Caso não esteja a pinça, a gente pega outra caixa, mas abra! Foi então, que o residente abriu a caixa e eu vi que tinha a pinça ali, ele se acalmou, voltou ao campo cirúrgico dele e tive realmente de respirar fundo [...] (Adriana, relato 3)</i></p>	<ul data-bbox="762 309 1437 1809" style="list-style-type: none"> • Realizar o cuidado perioperatório observando os princípios da ética e da bioética • Respeitar a dignidade do paciente e dos membros da equipe cirúrgica no perioperatório; • Proporcionar um ambiente seguro, eficiente e favorável para o cuidado do paciente cirúrgico; • Procurar manter o ambiente de trabalho respeitoso e harmonioso em todas as etapas cirúrgicas; • Promover uma relação interpessoal respeitosa entre os membros da equipe cirúrgica; • Assumir a unidade com responsabilidade e autonomia; • Respeitar às competências dos profissionais da unidade cirúrgica; • Solicitar com antecedência a CME o instrumental necessário para a realização da cirurgia; • Supervisionar a montagem da sala de operação antes de iniciar a cirurgia; • Orientar a equipe de enfermagem no sentido de fazer o check list dos equipamentos e instrumentais antes de iniciar os procedimentos cirúrgicos; • Estar presente na sala de operação no início do procedimento cirúrgico; • Buscar solucionar os conflitos refletindo sobre a situação; • Solicitar ao cirurgião retornar às suas atividades em respeito ao paciente e equipe. • Evitar discussões frontais, postergar (caso não cheguem a um consenso); • Encaminhar ao Comitê de Ética da instituição documento relatando o fato ocorrido solicitando providências; • Encaminhar aos órgãos fiscalizadores de disciplinadores dos profissionais envolvidos documento relatando o ocorrido; • Buscar apoio da administração superior da instituição.

RELATO 4	ESTRATÉGIAS PARA TOMADA DE DECISÕES
<p>Dilema do argumento de sentimento moral</p>	
<p><i>O dilema que eu já vivenciei o paciente [...] fez a hérnia inguinal do lado direito, [...] a hérnia inguinal [era] esquerda [...]. Depois que fez a cirurgia notou-se [...] que tinha feito do lado errado. [...] o médico teve de explicar a mãe que ele tinha uma hérnia dos dois lados e aproveitou a anestesia e fez as duas hérnias. Não fui eu que falei com a mãe, foi o cirurgião. [...] e... teve de fazer a do lado certo, por que senão o menino ia continuar com a hérnia dele. O dilema [...] foi esse, se falava a verdade ou se deixava o que o médico tinha dito. [...] difícil a gente ir lá, falar com a mãe e ir de encontro ao médico, ia ser um transtorno. (Marta, relato 4).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o cuidado perioperatório observando os princípios da ética e da bioética • Respeitar a dignidade humana do paciente e dos membros da equipe cirúrgica no perioperatório; • Exercer as suas atividades no CC com liberdade e autonomia; • Promover na unidade o respeito a autonomia do paciente/família; • Proporcionar segurança ao paciente no cuidado intraoperatório quanto a realização correta do procedimento; • Impedir que múltiplos procedimentos sejam realizados no mesmo paciente a fim de evitar erros; • Realizar a visita pré-operatória com objetivo de evitar no intraoperatório; • Admitir paciente no Centro Cirúrgico; • Receber cordialmente o paciente chamando pelo seu nome; identificar-se informando nome e cargo; • Receber o prontuário juntamente com os exames laboratoriais e radiológicos; • Verificar no prontuário: documento de avaliação pré-anestésica e consentimento informado assinado pelo responsável do paciente; • Realizar a consulta de enfermagem, atentando para as condições que podem atuar negativamente na cirurgia e reforçando as positivas; • Realizar a anotação de enfermagem na ficha pré-operatória registrando: o horário de admissão; os sinais vitais; o nível de consciência; o padrão respiratório; a integridade da pele; a presença de dreno, sondas e cateteres (se houver) e a identificação do sítio cirúrgico; • Observar de acordo o procedimento se existe a necessidade de realizar a marcação do sítio cirúrgico; • Supervisionar a montagem da sala de operação antes de encaminhar o paciente; • Encaminhar o paciente para a sala de operação informando a equipe quanto a marcação do sítio cirúrgico; • Permanecer na sala de operação no início do procedimento anestésico-cirúrgico;

	<ul style="list-style-type: none">• Promover o cuidado ao paciente• Apoiar a equipe de cirurgia no que necessários;• Fazer análise criteriosa sobre as ocorrências durante o procedimento cirúrgico;• Solicitar do paciente/família decisões em relação ao tratamento;• Tomar decisões de acordo com os princípios da ética e da bioética;• Possibilitar que os profissionais exteriorizem suas opiniões, sem prejuízos para o paciente, bem como para a equipe.• Descrever no prontuário as intercorrências ocorridas no intraoperatório;• Colaborar com a equipe cirúrgica quanto ao esclarecimento sobre a intercorrência ocorrida no intraoperatório, risco e benefícios;
--	--

RELATO 5	ESTRATÉGIAS PARA TOMADA DE DECISÕES
<p>Dilema do argumento de sentimento moral</p>	
<p><i>E dilema vivenciado é assim, esses dilemas estão muito mais voltados para a instituição que eu trabalho. Por que a instituição muitas vezes não lhe fornece os recursos que são necessários para desenvolver bem o meu trabalho. Então, [...] eu sei que um cateter ele fora do prazo de validade [...] não pode ser reprocessado, mas, a instituição que eu trabalho não tem outro cateter, venceu, não tem como comprar, pacientes estão marcados para fazer os exames, e aí? Isso depende de mim. Eu reprocesso ou não reprocesso... Então, isso é um dilema no meu dia-a-dia, [...] fico pedindo ajuda aos outros setores competentes, outros profissionais. [...] gera dentro de mim uma situação de desgaste, estresse, por que eu fico a imaginar, o paciente que está lá precisando de determinado exame, ele precisa de um cateter e o hospital não vai ter. Ele muitas vezes vem do interior, então isso pra mim é um dilema que eu vivencio aqui no meu dia-a-dia. (Patrícia, relato 5)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o cuidado perioperatório observando os princípios da ética e da bioética • Respeitar a dignidade do paciente e membros da equipe cirúrgica; • Manter a unidade em boas condições de funcionamento; • Administrar a unidade com autonomia; • Fazer a previsão e provisão de recursos necessários para que o procedimento seja realizado; • Solicitar previamente materiais necessários para realização com segurança o procedimentos; • Buscar junto a administração da instituição providencia quanto a aquisição do material necessário caso não tenha ainda a disponibilidade; • Respeitar os princípios da técnica asséptica tendo a clareza que os artigos com esterilidade duvidosa devem ser considerados não-estéreis; • Promover assepsia cirúrgica a fim de controlar a infecção na área operatória; • Implementar no CC rotina para o reprocessamento de artigos descartáveis, conforme orientação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), da instituição; • Conscientizar a equipe cirúrgica sobre a necessidade de realizar os procedimentos observando as técnicas assépticas; • Comunicar ao cirurgião responsável a falta do material, 24 horas antes da cirurgia, caso não consiga o material solicitado; • Comunicar a enfermeira da unidade que o paciente encontra-se internado quanto a falta do material e a provável suspensão da cirurgia; • Evitar que o paciente seja encaminhado para o CC quando o material para a realização da cirurgia não estiver disponível; • Notificar no prontuário e no livro de ocorrências da unidade a causa da suspensão da cirurgia; • Informar ao paciente/família o motivo que levou a suspensão da cirurgia.

RELATO 6	ESTRATÉGIAS PARA TOMADA DE DECISÕES
<p align="center">Conflito de interesse</p>	
<p><i>Já houve caso até buscar de comissão de ética, né? Nós já tivemos inclusive atrito sério entre equipes de chegar a “vias de fato”, luta corporal dentro do centro cirúrgico. Imagine o enfermeiro tem que está é no corredor separando dois homens fortes. Eu não lembro com riqueza de detalhes. Mas, na verdade o cirurgião é... o cirurgião chegou tardiamente, o anestesiolista já tinha distribuído a sua equipe para outras especialidades, então todas as salas estavam ocupadas e ele começou a utilizar palavras que agrediam, que feriam o anestesiolista, né? Fera a sua imagem, a sua reputação e aí o outro levantou a camisa, chamou para o braço, disse que ia resolver lá fora e aí houve “troca de amabilidades”. Nós, enquanto enfermeiros tentamos e conseguimos afastar juntos com os demais do grupo, eles ficaram é... Se estranharam por muito tempo, mas, hoje já vivem uma relação profissional, não digo de amizade, mas profissional. E aí, entre homens quando eles não resolvem na negociação através da fala, eles vão para a força física (risos (Manuela, relato 6).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o cuidado perioperatório observando os princípios da ética e da bioética; • Respeitar a dignidade do paciente e membros da equipe cirúrgica em todo o processo perioperatório; • Assegurar a assistência perioperatória num ambiente harmônico entre os membros da equipe cirúrgica; • Estabelecer na unidade uma assistência perioperatória ao paciente com competência e ética; • Coordenar a unidade e providenciar os recursos necessários a fim de que os procedimentos transcorram sem intercorrências; • Buscar condições para que a programação cirúrgica não sofra interrupção evitando transtornos na dinâmica da unidade; • Promover juntamente com a equipe multidisciplinar o planejamento e a obtenção de um ambiente seguro, funcional, efetivo e terapêutico para o paciente e a equipe cirúrgica; • Procurar atenuar a ansiedade da equipe de cirurgia e de anestesiologia; • Promover diálogo amistoso entre anestesista e cirurgião com a intencionalidade de dirimir conflito; • Obter informações necessárias da situação conflituosa a fim de tomar decisões conscientes; • Procurar manter a responsabilidade da equipe quanto a igualdade dos pacientes; • Solicitar da equipe de cirurgia em curso a colaboração no sentido informar o tempo provável para conclusão do procedimento; • Controlar a situação (cirurgião que chegou com atraso) através de alocação da cirurgia após a liberação da primeira sala de operação; • Fazer o re-planejamento da programação cirúrgica (caso não consiga a solução imediata) para um horário subsequente sem prejudicar a programação cirúrgica; • Encaminhar para a Comissão de Ética da instituição o ocorrido solicitando providências.

RELATO 7	ESTRATÉGIAS PARA TOMADA DE DECISÕES
<p>Dilema de sentimento moral</p> <p><i>Já aconteceu que foram programadas as duas cirurgias cardíacas, o material foi usado no período da manhã, a equipe da tarde chegou com o paciente para ser operado, todo material não estava preparado e a equipe da cirurgia cardíaca resolveu iniciar o ato cirúrgico sem ter ainda todas as caixas esterilizadas. Essa foi uma situação em que eu me vi diante de um conflito e de um dilema, por que isso não está de acordo com o que está escrito no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, né? Por que a gente deve livrar o paciente de qualquer imperícia, imprudência ou negligência e aí se alguém for analisar o código pode perceber que algumas dessas infrações aconteceram, [...]. Então, essa foi uma situação que eu vivenciei na prática e que me deixou bastante preocupado, em seguida eu redigir um documento citando o Artigo do Código de Ética, citando esse fato e encaminhei para a diretoria do hospital, inclusive fazendo menção de encaminhamento para o Conselho Regional de Enfermagem. [...]. Duas cirurgias foram programadas com o material suficiente para uma, a outra foi iniciada sem a certeza de que todas as caixas estavam estéreis, por que se encontravam dentro do autoclave, se [...] essas caixas saíssem molhadas, eu teria que repetir todo o processo, mais, o paciente já estava aberto na mesa da sala de cirurgia, e aí? Esse [...] é um dilema vivenciado na prática e tem toda a relação com a ética profissional. (João Pedro, relato 7)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o cuidado perioperatório observando os princípios da ética e da bioética • Respeitar a dignidade do paciente e membros da equipe cirúrgica no processo perioperatório; • Prever e prover a unidade de equipamentos e materiais necessários para a demanda; • Buscar junto a administração superior recursos necessários para que os procedimentos sejam realizados com segurança; • Administrar a unidade com competência e autonomia para suspender os procedimentos que não ofereçam segurança para o paciente e equipe cirúrgica; • Garantir a segurança do ambiente físico, proteção do pacientes quanto à segurança nos procedimentos de alto risco; • Promover capacitação para equipe cirúrgica quanto aos princípios da técnica asséptica, pois, são esforços fundamentais no controle da infecção hospitalar; • Buscar a igualdade no acesso à assistência à saúde a todos os pacientes; • Elaborar rotina para o agendamento de cirurgias que dependem do mesmo material/equipamento; • Equipar a sala de operação com o material necessário para a realização da cirurgia; • Comunicar previamente a equipe de cirurgia (24 horas) a falta de do material/equipamento para a realização do procedimento; • Planejar em dias alternados as cirurgias, conforme o nível de urgência, que for utilizar os mesmos instrumentais/equipamentos; • Supervisionar a montagem da sala de operação previamente a fim de detectar falta de matérias/equipamentos indispensáveis para realização do procedimento; • Solicitar o encaminhamento do paciente para o CC após montagem da sala de operação; • Iniciar o procedimento cirúrgico com a segurança e a garantia do melhor para o paciente; • Documentar as situações éticas que envolvam pacientes, cirurgiões, anestesistas, equipe de enfermagem, dentre outros; • Encaminhar o documento a Comissão de Ética da instituição;

RELATO 8	ESTRATÉGIAS PARA TOMADA DE DECISÕES
<p data-bbox="261 327 655 360">Dilema de sentimento moral</p> <p data-bbox="225 367 692 1167"><i>[...] mas eu já peguei, é a questão do uso ou não de sangue no paciente testemunha de Jeová. Muitas vezes não coloca no procedimento cirúrgico sem o consentimento dele [paciente], se houver riscos para usar sangue, se não tiver o consentimento [do paciente] a equipe de anestesia nem coloca, [...] a gente se viu numa saia justa, num dilema, segurando ali o máximo para gente não fazer. Em outra situação, com certeza, não pensaria duas vezes para poder instalar e fazer sangue. A gente não pode criar a situação de desconforto, né? Usando uma palavra bem tímida, desconforto, [...]. Então, essa situação infelizmente ainda acontece.</i> (Bruna, relato 8)</p>	<ul data-bbox="715 367 1437 1964" style="list-style-type: none"> • Respeitar o paciente fundamentado na ética/bioética observando os princípios da não-maleficência e justiça; autonomia e beneficência. • Respeitar a dignidade do paciente e membros da equipe cirúrgica; • Respeitar o credo religioso do paciente (religião); • Realizar ações que garantam o direito do paciente ou de seu representante legal, de deliberar sobre sua saúde, tratamento, conforto e o seu bem-estar (realização, ou não da transfusão sanguínea); • Investigar a história do paciente a fim de detectar possíveis realizações de transfusões sanguíneas em outros momentos de sua vida; • Verificar no prontuário do paciente se no ato da admissão foi assinado o termo de consentimento autorizando, ou não, a realização da transfusão sanguínea; • Reunir com a equipe de cirurgia antes de iniciar o procedimento quanto a ação realizada se houver a necessidade de transfusão sanguínea; • Explicar aos familiares e/ou paciente (se for adulto e consciente) o seu estado de saúde, prognóstico e as possibilidades de tratamento e de realizar a hemotransfusão; • Buscar alternativas se o paciente e/ou familiares não aceitam a transfusão sanguínea; • Respeitar o desejo do paciente com igualdade independente da sua posição de aceitar, ou não, a transfusão sanguínea; • Evitar realizar a transfusão sanguínea no paciente em estado de inconsciência se este declarou não aceitá-la; • Recusar realizar o procedimento eletivo (equipe de cirurgia), se as condições indicarem a realização de transfusão sanguínea e o paciente não concorda com esse procedimento; • Ter a clareza de que os profissionais de saúde não podem responsabilizar-se pelo consequências quando o paciente rejeita o tratamento; • Providenciar decisão jurídica, ao ser diagnosticado risco de morte para paciente, se não for autorizado a realização de tratamento através da transfusão sanguínea.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A TESE

Na segunda etapa deste estudo, utilizei, para a análise das vivências, o sistema de referência moral (ontológico), o esboço moral (deontológico), os aspectos objetivos e subjetivos da experiência moral (teleológica) e, por fim, as consequências da experiência moral (justificativa).

Ao analisar as vivências das enfermeiras utilizando a proposta de Diego Gracia, a minha intenção era compreender os dilemas éticos vivenciados na prática das enfermeiras no centro cirúrgico. A análise das vivências desvelou que os conflitos e dilemas éticos são relacionados a escassez de recursos materiais e humanos; ao desrespeito a autonomia do paciente e da enfermeira, erro da equipe no perioperatório e à falta de respeito ao paciente.

O esboço moral deu subsídio para analisar os conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática das enfermeiras. Desvelou que os conflitos entre médicos e enfermeiras, são consequências de uma relação interpessoal difícil no contexto do centro cirúrgico, da falta de autonomia das enfermeiras e do desrespeito à autonomia do paciente.

No esboço moral, no nível I, o estudo desvelou que a não-maleficência não foi considerada pelos profissionais da equipe cirúrgica. O princípio da justiça não foi observado, no que tange à distribuição justa de recursos na instituição estudada.

No nível II, a beneficência não foi praticada por alguns profissionais da equipe cirúrgica, desde quando esse princípio exige que se faça o bem. O estudo desvelou que as enfermeiras procuram administrar a unidade segundo um planejamento, entretanto, não utilizam da sua autonomia para que seja cumprida. Assim procedendo, possibilitam que haja danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Ao contrastar o esboço moral com os princípios dos níveis I e II, percebi que, se respeitadas as ações da enfermeira pela equipe cirúrgica, as situações conflituosas poderiam ser evitadas, e o cuidado perioperatório, realizado num ambiente de respeito, ético, seria, portanto, de qualidade.

Por fim, o estudo desvelou que os pacientes nem sempre são respeitados como seres humanos que têm dignidade e merecem respeito e consideração, em razão de: ausência da visita pré-operatória interferindo no resultado da assistência e na produtividade do serviço; deficiência na comunicação entre os profissionais da equipe cirúrgica; suspensão de procedimentos cirúrgicos pela carência de materiais e/ou equipamentos; desrespeito nas relações profissionais; procedimentos são realizados mesmo com a falta de matérias e erro médico relacionado ao sítio cirúrgico.

A análise dos conflitos e dilemas na perspectiva da bioética clínica possibilitou apreender que, o dilema vivenciado pelas enfermeiras do estudo é do tipo do argumento de sentimento moral (com cinco casos) e os conflitos vivenciados são de esforço (um caso), de interesse (um caso) e de consciência (um caso).

Concluo que, embora as enfermeiras sintam dificuldades em definir dilemas e conflitos éticos, elas os reconhecem e tomam decisões pautadas nos preceitos éticos e legais da profissão e fundamentadas na bioética.

Considerando que, na vivência de dilemas e conflitos éticos, as enfermeiras do CC estudado apreendem as situações, buscam alternativas para tomar suas decisões e necessitam de um conhecimento da bioética clínica para fundamentar seu agir diante do dever de tomar decisões.

Considerando essa experiência com a aplicação do método da bioética clínica na prática de enfermagem em Centro Cirúrgico apresento a seguinte tese: O MÉTODO DA BIOÉTICA CLÍNICA, PROPOSTO POR DIEGO GRACIA, CONSTITUI UM DOS RECURSOS PARA A ANÁLISE DE CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS PELA ENFERMEIRA NA TOMADA DE DECISÕES.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 1210 p.
- AMORIM, Cloves. Princípio da beneficência e da não-maleficência. In: URBAN, C. A. (Ed.). **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- ARAÚJO NETTO, Laura Filomena Santos de and RAMOS, Flávia Regina Souza. Enfermeiro: o papel que se define nas relações conflituosas. In Proceedings of the 8. **Brazilian Nursing Communication Symposium**, 2002, San Pablo (SP, Brazil) [online]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200058&lng=en&nrm=iso>. Acesso 27 Janeiro 2012.
- AVELAR, Maria do Carmo Querido; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Atuação do enfermeiro de centro cirúrgico. In: CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R. F. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. Burueri, SP: Manole, 2007. 429 p.
- ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES (AORN). Categoria dos padrões administrativos da assistência perioperatória – parte II. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 7, n. 3, p.12-14, jul./set. 2002.
- BARCHIFONTAINE, C. P. Bioética, cidadania e controle social. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Centro São Camilo; Loyola, 2006. 560 p.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios da ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002. 574p.
- BERCKERT, Cristina. Consciência moral: ética das virtudes (teleologia) e a ética do dever (deontologia). In: PATRÃO NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana. (Coord.). **Para uma ética da enfermagem**. Coimbra, Portugal: Gráfica Coimbra, 2004. 582 p.
- BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Santos Soares. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 07, n. 01, p. 118-127, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/846/1019>>. Acesso em: 2 jun. 2001.
- BERTEN, André. Deontologismo. In: CANTO-SPERBER, Monique. (Org.). **Dicionário de ética e filosofia moral**: volume I. São Leopoldo RS: EDITORA UNISINOS, 2007. 891 p.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano: compaixão pela terra. Petropolis, RJ: Vozes, 1999. 199 p.
- BRADLEY, S. Gayle. Managin competing interests. In: MACRINA, Francis L. **Scientific integrity**: text and cases in responsible conduct of research. Washington: Virginia Commonwealth University, 2005. 428 p.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm >. Acesso em: 1 mar. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**; 2001. Disponível em URL: < <http://www.mec.gov.br/> > Acesso em: 25 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** (CAPES). Disponível em: < <http://www.capes.gov.br/> >. Acesso em: 07 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**: ilustrada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios02.pdf> >. Acesso em: 16 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. D.O.U de 22/03/2004. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B6781-1-0%5D.PDF>>. Acesso em 27 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html>. Acesso em: 23 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS 196/96. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética e Pesquisa com Seres Humanos**. 1996. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html> >. Acesso em: 23 jan. 2009.

BUB, Maria Bettina Camargo. Ética e prática profissional em saúde. **Texto Contexto Enferm** v. 14, n. 1, p. 65-74, jan./mar. 2005.

CAPALBO, Creusa. Prefácio. In: CARVALHO, Anésia de Souza. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987. 93 p.

CARVALHO, Anésia de Souza. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987. 93 p.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; LAUTERT, Liana. O estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 5, p. 545-550, set./-out. 2005.

CHAUÍ, Marilena de Souza. Vida e obra. In: HUSSERL, E. **Investigações lógicas**. 6. ed. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

CHAVES, Patrícia Lemos; COSTA, Veridiana Tavares; LUNARDI, Valéria Lerch. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. **Texto Contexto Enferm.** Rio Grande sul, v. 14, n. 1, p. 38-43, jan./mar. 2005.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida.** Lisboa: Lidel, 1999. 385 p.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Cuidar... a primeira arte da vida.** Loures: Lusociências, 2003. 440 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 311/2007.** Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: CONSELHO REGIONAL ENFERMAGEM DA BAHIA. Salvador, BA, 2008. 68 p.

COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel. Apresentando a bioética. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coord.). **Iniciação à bioética.** Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302 p.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANO. In: PESSINI, L. BARCHIONTAINE (Org.). **Bioética e longevidade humana.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2006. 560 p.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS. In: PESSINI, L. BARCHIONTAINE (Org.). **Bioética e longevidade humana.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2006. 560 p.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DesCS). Disponível em: Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 14 maio 2011.

DUARTE, Liliane Espinosa Mello Noberto. **Ação dos enfermeiros frente a conflitos e dilemas éticos vivenciados em centro cirúrgico.** 2004. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2004.

DUARTE, Liliane Espinosa Mello Noberto; LAUTERT, Liana. O fazer dos enfermeiros em centro cirúrgico: seus conflitos e dilemas éticos. In: MALAGUTTI, Willin (Org.). **Bioética e enfermagem.** Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007. 213 p.

DURAND, Guy. **Introdução geral a bioética: histórias conceitos e instrumentos.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2007. 431 p.

DUROZOL, Gérard; ROUSSEL, André. **Dicionário de filosofia.** Campinas, SP: Papirus, 2005. 511 p.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et. al., Teses produzidas nos programas de Pós-Graduação em Enfermagem de 1983 a 2001. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, n. 39 (Esp.), p. 497-505, 2005.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética**: teorias e paradigmas na bioética contemporânea. São Paulo, SP: Loyola, 2005. 504 p.

FORTES, Pulo Antônio de Carvalho. Dilemas éticos na alocação de recursos em saúde. In: PALÁCIOS, Marisa; MARTINS, André; PEGORARO, Olinto A. (organizadores). **Ética, ciências e saúde**: desafios de bioética. Petropolis, RJ: Vozes, 2001.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier; BAPTISTA, Rosilene Santos; BRITO, Virgínia Rosana de Sousa. Dilemas éticos na hemotransfusão em testemunhas de Jeová: uma análise jurídico-bioética. São Paulo: **Acta Paul Enferm.** v. 21, n. 3, p. 498-503, 2008.

FRANCISCONI, Carlos, Fernando; GOLDIM, José Roberto. Aspecto bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302 p.

FREITAS, Genival Fernandes. Comissão de ética de enfermagem. In: OGUISSO, Taka; ZOBOLI, Elma. **Ética e bioética**: desafios para a enfermagem e a saúde. Burueri, SP: Manole, 2006. 233 p.

FREITAS, Genival Fernandes; OGUISSO, Taka. Comissão de ética de enfermagem em instituições de saúde. In: OGUISSO, Taka; SCHIMIDT, Maria José. **O exercício da enfermagem**: uma abordagem ético-legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 292 p.

GÂNDARA, Manuela. Dilemas éticos e processo de decisão. In: PATRÃO NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana. (Coord.). **Para uma ética da enfermagem**. Coimbra, Portugal: Gráfica Coimbra, 2004. 582 p.

GIORGI, Amedeo. Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. In: POUPART, Jean et. al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GRACIA, Diego. Procedimientos de decisión em ética clínica. Madrid: Editorial Triacastela, 2007. 157 p.

GRACIA, Diego. El derecho a prohibir, el derecho a consumir. In: **Congreso hablemos de drogas: familias y jóvenes, juntos por la prevención**; 2009 jun 3-5; Barcelona, ES
Disponível em: <
http://www.hablemosdedrogas.org/system/application/views/uploads/data/el_derecho_a_prohibir.pdf. >. Acesso em: 18 novembro 2011.

GOMES, Júlio César Meireles; FRANÇA, Genival Veloso. Erro médico. In: FERREIRA, Sergio Ibiapina; OSELKA, GARRAFA, Volnei (Coord.). **Iniciação à bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302 p.

GOMES, César Meireles. Bases éticas no relacionamento médico-paciente. In: URBAN, Cícero de Andrade. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2003. 574 p.

GOMES, Maria do Carmo de Souza Mota Avelar. **Organização e gestão do centro cirúrgico de um hospital universitário de Belo Horizonte** – Minas Gerais. 2009. 122 p. (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerias, 2009.

GUIDO, Laura de Azevedo. **Stresse e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. 197 p. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HOSSNE, William Saad. O poder e as injustiças nas pesquisas em seres humanos. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 7, n. 12, p. 55-70, fev. 2003.

JIMÉNEZ HERRERA, María Francisca; VALERO MORA, Eva. El cuidado de una persona testigo de Jeová em situación crítica desde la teoría de la diversidad de los cuidados y culturales La universalidad. **Ética de los Cuidados**, v. 3, n. 6, jul./dic. 2010. Disponível em: < <http://www.index-f.com/eticuidado/n6/et7411.php> >. Acesso em: 18 ago. 2011.

JONSEN, Albert R; SIEGLER, Mark; WINSLADE, William J. **Ética clínica: aproximación práctica a la toma de decisiones éticas em la medicina clínica**. Barcelona: Ariel, 2005. 351 p.

JUNGES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

KANT, Immanuel. **Fundamentos da metafísica dos costumes e outros escritos**. São Paulo: Editora Martins Claret, 2008. 139 p.

KILLEN, Aileen R. Stories from the Operating Room: moral dilemmas for nurses. **Nursing Ethics**, New York, NY, USA. v. 9, n. 4, p. 405-415, 2002. Disponível em: < <http://online.sagepub.com/> - > Acesso em: 30 abr. 2009.

KIPPER, Délio José; CLOTET, Joaquim. Princípio da beneficência e não-maleficência. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. (Coord.). **Iniciação a bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302 p.

LOCH, Jussara A. Como analisar conflitos em bioética clínica. In: URBAN, Cícero de Andrade. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. 574 p.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005. 110 p.

MASSAROLO, Maria Cristina Komatsu Braga; FERNANDES, Maria de Fátima Prado. Ética e gerenciamento em enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 198 p.

MAZUR, Cíntia da Silva; LABRONICI, Liliana; WOLFF, Lillian Daisy Gonçalves. Ética e gerência no cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 3, p. 371-376, Jul/Set. 2007.

MEEKER, Margaret Huth; ROTHROCK, Jane C. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1247 p.

MEDEIROS, Marcelo. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Brasília, DF: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão – IPEA, 1999.

MERIGHI, Miriam Ap. Barbosa; GONÇALVES, Roselane; FERREIRA, Fernanda Cristina. Estudo bibliométrico sobre dissertações e teses em enfermagem com abordagem fenomenológica: tendência e perspectivas. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 24, p. 137-143, jul./ago. 2007.

MOSER, Antonio; SOARES, André Marcelo M. **Bioética: do consenso ao bom senso**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio Carvalho. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei. (Coord.). **Iniciação a bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302 p.

NIETSCHKE, Elisabeta Albertina; BACKES, Vânia Marli Schubert. A autonomia como um dos componentes básicos para o processo emancipatório do profissional enfermeiro. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 153-174, ago./dez. 2000.

OGUISSO, Taka; SCHIMIDT, Maria José; FREITAS, Genival Fernandes. O exercício da enfermagem em centro cirúrgico. In: OGUISSO, Taka; SCHMIDT, Maria José. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 292 p.

OLIVEIRA, Ana Maria et al. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, Supl. 2, p. S433-S439, dez. 2010.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes. **Gerenciamento de novas tecnologias em centro cirúrgico pelas enfermeiras nos hospitais de Feira de Santana-BA**. 2002. 143 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes; SANTA ROSA, Darci de Oliveira. Utilização do método fenomenológico em teses e dissertações de enfermeiros no Brasil: 2000 – 2008. **Rev Paraninfo Digital**, 2011; 14. Disponível em: <<http://www.index-f.com/para/n14/156d.php>> Acesso em: 17 de outubro de 2011.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes; SANTA ROSA, Darci Oliveira. **Perfil da produção de conhecimento sobre ética/bioética: REBEN - 2003 a 2007**. Salvador, BA, 2008. (no prelo).

PASCHOAL, Maria Lúcia Habib; GATTO, Maria Alice Fortes. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 48-53, jan./fev. 2006.

PATRÃO NEVES, Maria do Céu; OSSWALD, Walter. **Bioética simples**. Lisboa, Portugal: Verbo, 2008. 299 p.

PEGORARO, Olinto A. O lugar da bioética na história da ética e o conceito da justiça como cuidado. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Centro São Camilo; Loyola, 2006. 560 p.

PENHA, João. **O que é existencialismo**. São Paulo: Brasiliense, 2004. 87 p.

PERES, Heloisa Helena Cinqueto; LEITE, Maria Madalena Januário; GONÇALVES, Vera Lúcia Mira. Educação continuada recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 198 p.

PERROCA, Márcia Galan; JERICÓ, Marli de Carvalho; FACUNDIN, Solange Diná. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. São Paulo: **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 1, p. 113-119, 2007.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo, SP: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2010. 627 p.

PESSINI, Leo. Introdução à edição brasileira. In: BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Princípios da ética biomédica**. São Paulo, SP: Loyola, 2002. 574 p.

PETTIT, Philip. Consequencialismo. In: CANTO-SPERBER, Monique (Org.). **Dicionário de ética e filosofia moral**. Volume I. São Leopoldo, RS: EDITORA UNISINOS, 2007. 891 p.

PITTELKOW, Erika; CARVALHO, Rachel. Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública. **Einstein**, v. 6, n. 4, p. 416-21, 2008

PORFÍRIO, Regiane Baptista Martins; GOMES, Paulo Cobellis. Ética e legislação na prática da enfermagem. In: CARVALHO, Rachel; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. (Org.). **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. Barueri, S P, 2007. 429 p.

PORFÍRIO, Regiane Baptista Martins; MUNHOZ, Sarah; PINTER, Márcia Galucci. Gerenciamento de enfermagem em centro cirúrgico. In: CARVALHO, Rachel; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. (orgs.). **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. Barueri: São Paulo, 2007. 429p.

POSSARI, João Francisco. **Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão**. 4. Ed. Rev. São Paulo: Iátria, 2009. 208 p.

POST, Iréne Von. Exploring Ethical Dilemmas in Perioperative Nursing Practice Through Critical Incidents. **Nursing Ethics**: Hammarö, Sweden. v. 3, n. 3, p. 236-249, 1996. Disponível em: < <http://online.sagepub.com/> >. Acesso em: 30 abr. 2009.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 1509 p.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE – REBRAENSP - POLO BAHIA. **Jornal do COREN-BA**, Salvador, set./out./nov./dez. 2010.

REICH, W.T. (Org.). **Bioethics enciclopedia**. 2. ed. Nw York: Mac Millan Library, 1995.

REJEH, Nahid et al. Ethical Challenges in Pain Management Post-Surger. **Nursing Ethics**: Tehran, v. 16, n. 2, p.161-172, 2009. Disponível em:< <http://online.sagepub.com/> > Acesso em: 30 abr. 2009.

RENAUD, Michel. Dignidade humana. In: PATRÃO NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (Coord.). **Para uma ética da enfermagem**. Coimbra, Portugal: Coimbra, 2004. 582 p.

ROTHROCK, Jane C. **Alexander cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 1247 p.

SARLET, Ingo Wolfgang. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. **Revista Brasileira de Direito Constitucional** – RBDC, n. 9, p. 361-388, jan./jun. 2007.

SCHRAMM, Fermin Roland. A moralidade da biotecnociência: a bioética da proteção pode dar conta do impacto real e potencial das biotecnologias sobre a vida e/ou a qualidade de vida das pessoas humanas? In: SCHRAMM, Fermin Roland et al. **Bioética: riscos e proteção**. Rio de Janeiro: UFRJ; FIOCRUZ, 2005. 258 p.

SCHRAMM, Fermin Roland. As diferentes abordagens da bioética. In: PALÁCIO, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, A. O. (Org.). **Ética, ciência e saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes 2001. 138 p.

SCHROETER, Kathryn. Ethical perception and resulting action in perioperative nurses. **AORNJ**, n. 69, p. 991-1002, maio,1999. Disponível em: < http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B83WR-4KPGSXC-F&_user=10&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=mlkt&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=a7a2f6373452f80f8285e79e5766abb1 >. Acesso em: 18 jan. 2010.

SEGRE, Marco. Ética em saúde. In: PALÁCIO, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, A. O. (Org.). **Ética, ciência e saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 138 p.

SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética I: fundamentos e ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002. 686 p.

SILVA, Denise Conceição; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 63, n. 3, p. 427-34, maio/jun. 2010.

SILVA, Maria D'Aparecida A; RODRIGUES, Aparecida L.; CESARETTI, Isabel Umbelina R. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. São Paulo: EPU, 1997.

SILVA, Maria Júlia Paes da Silva (Org.). **Qual o tempo do cuidado?: humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2004. 180 p.

SILVA, Milena Froes; FERNANDES, Maria de Fátima Prado. A ética do processo ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 318-325, abr/jun. 2006.

SIROUX, Danièle. Deontologia. In: CANTO-SPERBER, Monique (Org.). **Dicionário de ética e filosofia moral**. Volume I. São Leopoldo, RS: EDITORA UNISINOS, 2007. 891 p.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOKOLOWKI, Robert. **Introdução a fenomenologia**. São Paulo: Loyola, 2000. 247 p.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. Loures, Portugal. Lusociência, 2002.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; MAÇALAI, Rubia Teresinha; KIRCHNER, Rosane Maria. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. Florianópolis: **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.3, p. 464-471, jul-set. 2006.

TAPPOLET, Christine. Dilemas morais: os dilemas morais e os deveres *prima facie*. In: CANTO-SPERBER, Monique (Org.). **Dicionário de ética e filosofia moral**. Volume 1. São Leopoldo, RS: EDITORA UNISINOS, 2007. 891 p.

TORRE DE VIGIA. Testemunhas de Jeová o desafio cirúrgico/ético. Disponível em: Fonte: < http://www.watchtower.org/t/hb/article_06.htm > Acesso em: 11 de março de 2011.

TERRA, Marlene Gomes et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis. V.15, n. 4, out-dez, 2006.

THOMPSON, Ian E., MELIA, Kath M., BOYD, Kenneth M. **Ética em enfermagem**. Loures - Portugal: Lusociências, 2004. 445 p.

TIMI, Jorge Rufino Ribas. Direitos do paciente. In: URBAN, Cícero de Andrade. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2003. 574 p.

VALLS, A. L. M. **Da ética à bioética**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

VIEIRA, Maria Jésia; FUREGATO, Antonia Regina F. Suspensão de cirurgias: atitudes e representações dos enfermeiros. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n. 2, p. 135-40, jun. 2001.

VIEIRA, Theresinha Teixeira; SANTA ROSA, Darci Oliveira. Dilemas emergentes no campo da bioética. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. (Org.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Burueri, SP: Manole, 2006. 233 p.

ZOBOLI, Lourdes Campos Pavone. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In: OGUISSO T; ZOBOLI, E. (Org.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Burueri, SP: Manole, 2006. 233 p.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE ESCLARECIMENTO**

Na Universidade Federal da Bahia, está sendo realizada uma pesquisa tendo como responsáveis Marluce Alves Nunes Oliveira, discente do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem – Doutorado e, docente Dr^a Darci de Oliveira Santa Rosa da referida universidade, que tem como título: “Conflitos e Dilemas éticos vivenciados na prática da enfermeira no centro cirúrgico”, tendo como objetivo compreender como as enfermeiras vivenciam os conflitos e dilemas éticos na prática no centro cirúrgico.

Os conflitos e dilemas éticos são muito frequentes em unidades de centro cirúrgico, numa esfera que engloba enfermeira, equipe cirúrgica e o paciente.

Diante das múltiplas situações que levam a desencadear os dilemas éticos vivenciados na prática das enfermeiras no centro cirúrgico e da necessidade de compreender como esses dilemas ocorrem, surgiu a nossa motivação em realizar essa pesquisa.

A coleta de dados se dará através de uma entrevista aberta contendo apenas 4 questões: Qual a sua compreensão sobre dilemas éticos? Como você identifica que está diante de um dilema ético? Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no CC? Fale-me sobre um conflito e dilema ético vivenciado em sua prática no CC, com vistas a contribuir para a reflexão sobre o agir na prática.

Informamos que garantiremos o seu anonimato e privacidade, sendo que a entrevista será guardada por nós pesquisadoras durante cinco anos e depois deste tempo, você será consultada se tem interesse de ficar com o resultado da pesquisa ou a destruição desta. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para elaboração de uma tese de doutorado, e poderá ser publicado em revistas e em outros meios de divulgação científica.

Serão mantidos o sigilo e o respeito, assim sua identidade será preservada, não havendo qualquer associação entre os dados obtidos e o seu nome. Esta pesquisa poderá causar risco de constrangimento durante a aplicação da entrevista por abordar vivências de conflitos e dilemas éticos, porém você tem total liberdade para não responder as perguntas que lhe causem algum desconforto, ou mesmo podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem penalização ou problema em relação ao seu local de trabalho, colegas e instituição, mesmo após ter começado.

Nós pesquisadoras esclarecemos que não haverá ônus com a pesquisa para as participantes e nos responsabilizamos por qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento, prestando-lhe assistência integral, e/ou indenização caso seja necessário.

Ao se considerar devidamente esclarecida pela doutoranda, quanto ao objetivo do estudo e as perguntas a que será submetida, ficará livre para interromper a sua participação em qualquer momento. Esclareço que o seu nome não será divulgado e que não terá despesas. Você não será coagida a dar autorização para a entrevista. Após o termino do estudo será publicado o conteúdo das respostas nos trabalhos científicos que dela resultarem.

Caso concorde em participar você deverá assinar esse termo, onde uma cópia ficará em suas mãos e outra com a pesquisadora. Estaremos à sua disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida sobre a pesquisa.

Eu () autorizo / não () autorizo a gravação da entrevista.

Salvador, _____ de _____ de 2009.

Marluce A. N. Oliveira
Pesquisadora responsável/UFBA

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista com abordagem fenomenológica com Enfermeira do
centro cirúrgico

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Local da entrevista: _____
 Data: _____ Início: _____ h Término: _____ h
 Nº da entrevista: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

1 Idade: _____
 2 Sexo: _____
 3 Tempo de formada: _____ Titulação: _____
 4 Tempo de atuação em CC: _____ Carga horária de trabalho (semanal): _____
 5 Outros vínculos empregatícios: _____
 6 Outros setores de atuação: _____
 7 Cursos realizados (especificar área)
 Capacitação/Aperfeiçoamento: _____
 Especialização: _____
 Mestrado: _____
 Outros: _____

II. QUESTÕES DA ENTREVISTA

Aproximação:

1. Qual a sua compreensão sobre conflitos e dilemas éticos?
2. Como você identifica que está diante de um conflito ou de um dilema ético?

Norteadora:

1. Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no CC?
2. Fale-me sobre um conflito e dilema ético vivenciado em sua prática no CC.

APÊNDICE C- Instrumento para análise

LISTA DE PROBLEMAS ÉTICOS ADAPTADO PELA AUTORA DA PROPOSTA DE DIEGO GRACIA¹³ (2007)

RELATO	ESTRÁTEGIAS PARA TOMADA DE DECISÕES
TIPO DE CONFLITO/DILEMA	

¹³ “Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Salud Pública e H. ^a de la Ciencia. Master en Bioética” (GRACIA, 2007, p. 155).

APÊNDICE D - Quadro Síntese da Análise Nomotética

1 As vivências de conflitos e dilemas éticos pelas enfermeiras no centro cirúrgico

Vivências nas relações interprofissionais	Participantes
<p>As enfermeiras deste estudo percebem uma situação conflituosa no CC, pela entonação de voz dos membros da equipe cirúrgica, ânimos exaltados, como se estivessem travando uma batalha.</p>	Manuela e Bruna
<p>As enfermeiras deste estudo divisam conflitos no relacionamento interpessoal, entre a equipe de enfermagem e a equipe médica. Os conflitos emergem no momento de estresse, da indecisão, da intriga e diante da tomada de decisões.</p>	Julia e Liz
<p>As enfermeiras deste estudo identificam o dilema quando profissionais desenvolve atividades desrespeitosa, denegrindo a posição da enfermeira e colocando em dúvida a sua capacidade profissional. Tal situação gera desgaste nos envolvidos.</p>	Manuela e Patrícia
<p>As enfermeiras deste estudo desvelam que os profissionais esperam que as ações se realizem conforme eles determinam, a fim de atender as suas necessidades. Quando elas assumem a decisão, ocorre desgaste entre os membros da equipe cirúrgica.</p>	Júlia e Patrícia
Vivências diante da deficiência de salas/leitos de UTI	Participantes
<p>As enfermeiras e o enfermeiro deste estudo reconhecem que os dilemas são gerados pela deficiência de número de salas de operação e leitos de UTI.</p>	Liz, Adriana, Júlia, Manuela, João Pedro e Bruna
<p>Para a enfermeira e o enfermeiro, existe a necessidade preeminente de equipar o hospital a fim de atender os pacientes e possibilitar o desenvolvimento de um trabalho de qualidade.</p>	Patrícia e João Pedro
Vivências diante da deficiência de recursos materiais e humanos	Participantes
<p>As enfermeiras deste estudo vivenciam situações conflitantes decorrentes da deficiência de recursos materiais no CC.</p>	Liz, Adriana e Manuela
<p>As enfermeiras e o enfermeiro deste estudo realizam a previsão e provisão de material para garantir a assistência ao paciente. A deficiência de materiais é uma constante na unidade desencadeando conflitos entre os membros da equipe cirúrgica.</p>	Manuela e João Pedro

<p>As enfermeiras deste estudo desvelam que, ao assumirem a unidade, enfrentam o adoecimento e o absentismo dos funcionários da equipe de enfermagem. Assumem a responsabilidade profissional resolvendo as situações e controlando o ritmo lento dos residentes em situação de aprendizado. Para elas, o atraso que disso decorre implica a suspensão das cirurgias subsequentes.</p>	<p>Adriana e Marta</p>
<p>Vivências no exercício profissional</p>	<p>Participantes</p>
<p>As enfermeiras deste estudo desvelam que vivenciam, diariamente, conflitos e dilemas éticos em sua prática no CC.</p> <p>Conflitos e dilemas éticos podem desencadear processos éticos. Tais situações desenvolvem, na enfermeira e o enfermeiro, conflito pessoal e profissional</p>	<p>Patrícia, Adriana e Manuela</p> <p>João Pedro e Júlia</p>
<p>Vivências face as definições de prioridades</p>	<p>Participantes</p>
<p>O hospital oferece diversas especialidades e não dispõe de recursos e salas em quantitativo que possa suprir a demanda. Para as enfermeiras deste estudo, é importante a definição das prioridades através de escolhas.</p>	<p>Júlia, Liz e Bruna</p>

2 Ações e atitudes reveladas pelas enfermeiras do centro cirúrgico na concretização da tomada de decisões perante conflitos e dilemas éticos

Vivências na atenção aos preceitos éticos e legais	Participantes
<p>As enfermeiras deste estudo revelam que a equipe cirúrgica não tem contato com os pacientes no pré-operatório imediato. Os pacientes não são esclarecidos, quanto ao procedimento a que serão submetidos, aos riscos anestésico-cirúrgicos e ao prognóstico.</p> <p>As enfermeiras e o enfermeiro ferem que os pacientes ficam vulneráveis por se encontrarem sedados e sem o acompanhamento dos seus familiares à exceção dos pacientes de pediatria. Em tal condição pode, emergir danos decorrentes de imperícia, imprudência ou negligência.</p> <p>As enfermeiras desvelam que devem planejar as suas ações, a fim de não infligirem as normas éticas e tornam-se, portanto, responsáveis por danos que possam vir afetar o paciente. Para elas, as ações desenvolvidas sem responsabilidade podem desencadear situações que vão de encontro à ética.</p> <p>O enfermeiro vivenciou, na prática, uma situação ética que comunicou à direção da instituição, ressaltando o desrespeito ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Manifestou a intenção de comunicar a ocorrência ao Conselho Regional de Enfermagem.</p>	<p>Bruna e Manuela</p> <p>Bruna, Liz e João Pedro</p> <p>Patrícia, Júlia e Manuela</p> <p>João Pedro</p>
Vivências na busca conjunta de alternativas	Participantes
<p>As enfermeiras deste estudo reconhecem a importância do diálogo entre os membros da equipe cirúrgica. Para elas, o diálogo promove condições para a tomada de decisões diante de conflitos e dilemas éticos.</p> <p>Para a tomada de decisão diante dos conflitos e dilemas éticos, as enfermeiras precisam ter calma, expor o seu ponto de vista e emitir opinião convincente quando buscar alternativas.</p>	<p>Júlia, Adriana, Liz, Bruna</p> <p>Manuela e Bruna</p>
Vivências na hierarquização das possíveis alternativas	Participantes
<p>As enfermeiras deste estudo reconhecem que precisam priorizar as escolhas para tomar decisões frente aos conflitos e dilemas éticos.</p> <p>No CC, as enfermeiras precisam ter equilíbrio e preparo para o</p>	<p>Adriana, Júlia e Bruna</p>

3 Significado de conflitos e dilemas éticos revelados na compreensão das enfermeiras nos cuidados perioperatórios

Vivências da ambiguidade na compreensão dos termos conflitos e dilemas	Participantes
<p>As enfermeiras e o enfermeiro demonstram dificuldade para diferenciar conflito de dilema ético. Reconhecem que existe diferença de conceitos entre tais fenômenos. Desvelam que eles ocorrem na prática profissional e podem passar despercebidos. Consideram importante distingui-los, enfrentá-los e não apenas resolvê-los. O desconhecimento torna difícil definir a conduta a ser adotada nas situações que se encontrem.</p>	<p>Júlia, Marta, Liz, João Pedro e Bruna</p>
Compreensão de dilema ético	Participantes
<p>O dilema ético é compreendido, pelas enfermeiras do grupo estudado, em três direções:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) O dilema ocorre quando surge uma situação no ambiente de trabalho e existe dúvida quanto à eticidade. A solução depende de uma ação. 2) O dilema no contexto de CC pode ser a partir de questões que precisam ser resolvidas, existem opções, entretanto, há dúvida sobre qual deve ser escolhida. 3) O dilema emerge a partir do momento em que está sendo decidida uma situação que envolve a vida de pessoas. 	<p>Adriana, Patrícia, e Manuela</p> <p>Júlia e Adriana</p> <p>Liz e Bruna</p>
Compreensão de conflito	Participantes
<p>O conflito é compreendido, pelas enfermeiras do grupo estudado, em três direções:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Quando há participação de pessoas com diferentes percepções, sobre a mesma situação, emerge uma discussão e não se chega a um consenso. E, a partir do momento em que a decisão não agrada a uma das partes, ocorre o desgaste da equipe comprometendo a qualidade da assistência. 2) O conflito emerge quando se faz necessária uma escolha entre o certo e o errado. Surge, também, em uma situação que exige uma ação imediata. As pessoas envolvidas ficam na dúvida sobre quais as decisões para resolvê-las. 3) O conflito pode emergir diante de uma conduta inadequada com respeito a um procedimento realizado no paciente. Em tal circunstância, faz-se necessária uma decisão embora haja dúvida qual a melhor opção. 	<p>Liz, Adriana, Patrícia, Manuela e Bruna</p> <p>Marta e João Pedro</p> <p>Júlia e Liz</p>

4 O equilíbrio das relações entre os membros das equipes do centro cirúrgico

Vivências nas habilidades e competências na deliberação	Participantes
<p>As enfermeiras e os enfermeiros deste estudo desvelam que o equilíbrio se faz necessário nas relações de trabalho, a fim de enfrentar as situações e manter a equipe estabilizada no momento da tomada de decisões.</p> <p>Os conflitos e dilemas éticos emergem nas relações com os membros da equipe cirúrgica por falta de recursos relacionada ao quantitativo de salas de cirurgias, leitos de UTI. Além dessas, ocorrem os relacionados às posturas inadequadas dos profissionais. Como consequência advêm processos éticos.</p> <p>Os conflitos não são vivenciados pela enfermeira deste estudo no que diz respeito a relação de trabalho da equipe de enfermagem com a equipe de anestesiologia. Na unidade que gerencia, os cirurgiões chegam cedo e agilizam a programação cirúrgica, mesmo com a falta de sala. Ela revela que essa situação está relacionada à unidade em que atua.</p>	<p>Manuela, Liz e João Pedro</p> <p>Liz e João Pedro</p> <p>Manuela</p>
Vivências de liderança na gestão de conflitos no CC	Participantes
<p>As situações difíceis que surgem no CC são encaminhadas para as enfermeiras responsáveis pela organização da unidade. Importante que elas assumam a liderança a fim de controlar as situações conflituosas.</p> <p>As enfermeiras deste estudo gerenciam, administram e controlam os conflitos em sua prática através de ações juntamente com a equipe multiprofissional.</p> <p>As enfermeiras administram, cotidianamente, conflitos relacionados ao número insuficiente de salas de operação e à exigência dos cirurgiões, quanto à qualidade do instrumental cirúrgico disponível na unidade.</p>	<p>Adriana e Manuela</p> <p>Liz, Manuela, Adriana e Marta</p> <p>Manuela e Liz</p>

ANEXO A – ANÁLISIS DEL PROBLEMA MORAL¹⁴

I. El sistema de referencia moral (ontológico):

- **La premisa ontológica:** el hombre es persona, y en cuanto tal tiene dignidad y no precio.
- **La premisa ética:** en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

II. El esbozo moral (deontológico):

- **Nivel 1:** No-maleficencia y justicia.
- **Nivel 2:** Autonomía y Beneficencia

III. La experiencia moral (teleológica):

- **Consecuencias objetivas** o de nivel 1.
- **Consecuencias subjetivas** o de nivel 2.

IV La verificación moral (justificación):

- **Contraste el caso con la «regla»**, tal como se encuentra expresada en el esbozo (paso II).
- **Compruebe si es posible justificar una «excepción» a la regla** en ese caso concreto (paso III).
- **Contraste la decisión tomada con el sistema de referencia**, tal como se encuentra expresado en el primer punto (paso I).
- **Tome la decisión final.**

¹⁴ GRACIA, Diego. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Editorial Triacastela, 2007.

ANEXO B – Ofício da Coordenadora de Enfermagem do Centro Cirúrgico do COM-HUPES

Universidade Federal da Bahia
COM-HUPES - Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos

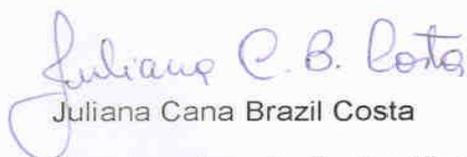
Salvador, 03 de dezembro de 2009.

Ilm^o. Senhor Professor Doutor José Roberto Badaró
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Estamos cientes da realização do Projeto de Pesquisa intitulado "CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA DA ENFERMEIRA NO CENTRO CIRÚRGICO", a ser realizado no Centro Cirúrgico e submetido a este CEP para apreciação.

Saiientamos que o referido Projeto de Pesquisa é da Enfermeira Marluce Alves Nunes Oliveira, aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Bahia.

Atenciosamente,


Juliana Cana Brazil Costa

Coordenadora do Centro Cirúrgico/ CME do HUPES


Enfermeira
COREN 93759

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Projeto

Parecer Consubstanciado de Projeto

Título do Projeto: Conflitos e dilemas éticos vivenciados na prática da enfermeira no centro cirúrgico.

Pesquisador Responsável : Marluce Alves Nunes de Oliveira.

Data da Versão 18/09/2009

Cadastro 66/09

Data do Parecer 28/01/2010

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

Investigar como as enfermeiras vivenciam os conflitos e dilemas éticos em sua prática no centro cirúrgico.

Sumário do Projeto

Trata-se de um projeto de tese de doutorado em Enfermagem intitulado "CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NA PRÁTICA DA ENFERMEIRA NO CENTRO CIRÚRGICO" que tem como objeto "Vivência dos conflitos e dilemas éticos pela enfermeira no centro cirúrgico" e como objetivo compreender como as enfermeiras vivenciam os conflitos e dilemas éticos na prática no centro cirúrgico. Para alcançar o objetivo proposto no estudo foram elaboradas quatro questões, duas de aproximação e duas norteadoras: Qual a sua compreensão sobre conflitos e dilemas éticos? Como você identifica que está diante de um conflito e de um dilema ético? Foi definido como questões norteadoras: Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no CC? Fale-me sobre um conflito e dilema ético vivenciado em sua prática no CC. Por tratar-se de um estudo que envolve a subjetividade humana será utilizado o método qualitativo sobre a vertente fenomenológica. O estudo será realizado no Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES em Salvador-Bahia. As participantes do estudo serão 11 enfermeiras que atuam no centro cirúrgico selecionado. O processo de análise do conteúdo das entrevistas será desenvolvida na perspectiva da análise fenomenológica por Martins e Bicudo, que buscam uma compreensão do objeto do estudo. Existindo quatro momentos diferentes de análise. Em primeiro lugar se faz uma leitura geral com a finalidade de apreender um sentido para o conjunto de proposições. Nesse momento o pesquisador procura se colocar no lugar do sujeito e tenta viver a experiência vivida por este último. Em seguida faz-se uma leitura do texto para encontrar as unidades de significado no discurso dos entrevistados da pesquisa. Na terceira fase ocorre uma transformação das unidades de significado encontradas nos relatos e o próximo passo é buscar a essências desses significados. A interpretação compreensiva será orientada pelo Método de Diego Gracia segundo o referencial teórico da Bioética Clínica. Cujas etapas são: 1. Identificação do problema- verbalizá-lo claramente; 2. Análise dos fatos; 3. Identificação dos valores implicados; 4. Identificação dos valores em conflito; 5. Identificação do conflito de valor fundamental; 6. Deliberação sobre o conflito fundamental; 7. Tomada de decisão; 8. Critérios de segurança - defender a decisão publicamente e verificar se a decisão é antijurídica. Os resultados serão apresentados sob forma de categorias empíricas.

Aspectos relevantes para avaliação	Situação
Título	Adequado
Relação dos Pesquisadores	Adequada
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas
Introdução	Adequada
Objetivos	Adequados
Método	
Tipo de projeto	Pesquisa em Seres Humanos
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total 11 Na Instituição 11

Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada
Uso de placebo	Não se aplica
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não se aplica
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Armazenamento de material biológico	Não se aplica
Instrumentos de coleta de dados	Adequados
Avaliação dos dados	Adequada - qualitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Adequado
Adequação as Normas e Diretrizes	Sim
Cronograma	Adequado
Data de início prevista	05/2009
Data de término prevista	04/2011
Orçamento	Adequado
Solicita recursos à instituição	Não
Fonte de financiamento externa	Não
Referências Bibliográficas	Adequadas

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

O projeto de pesquisa cumpriu todos os requisitos da Resolução CNS 196/96.

Projeto Aprovado.


 ROBERTO BADARÓ, MD PHD
 Coordenador CEP
 CHUPES

Orientações ao pesquisador ao Parecer Consubstanciado do CEP.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É

ANEXO D – Relatos das participantes

ENTREVISTA Nº 01

Nome fictício: Júlia

QUESTÕES DE APROXIMAÇÃO:

1 Qual a sua compreensão sobre conflitos e dilemas éticos?

Para mim, os conflitos e dilemas éticos são [...] poderão ser compreendido em um momento onde de colocar a sua ética em primeiro lugar. Como assim é [...] uma situação de [...]. Você vai entrar em um conflito a partir do momento que [...] alguém eticamente pode vir na assistência do paciente, vir a ter uma conduta inadequada diante da assistência ao paciente. Então, quando a partir do momento, aquele grupo multidisciplinar que faz parte da assistência do centro cirúrgico, começa a atuar diante de situações onde nossos princípios profissionais [...] temos que tomar decisões onde nossos princípios profissionais eles são afetados e aí eticamente esse vai tomar condutas inadequadas.

Pra mim um conflito ético, que posição deverei tomar diante de uma situação apresentada. Então, fico diante de uma situação conflituosa. Para conflito é ficar na dúvida, no questionamento, na indecisão, na duvida que aquela conduta que viria a tomar, ela será realmente devida ou não, né. Para mim dilema é a mesma coisa, dilema [...]

Dentro do centro cirúrgico vivemos a todo o momento diante de situação conflitante e com os dilemas que acaba envolvendo processos éticos e aí [...] a situação conflitante a gente acaba diante de momentos que a gente tem de tomar decisões que vem a interferir na assistência, vem interferir na conduta que tem tomado com o paciente e a gente fica no conflito é [...] sem saber se aquilo era eticamente correto ou não. Nessa dúvida, a partir do momento que tem de decidir, como já acontecerão varias situações quando a gente vem decidir, tomar aquela decisão, tudo bem, faremos dessa forma, vem o dilema se realmente foi o melhor momento, se realmente foi a melhor forma, se realmente a gente tem aquela conduta adequada para aquela situação escolhida, principalmente quando é [...] A situação ela está envolvendo a vida do paciente, quando a situação tá envolvendo mais de paciente, para a gente tomar decisão.

2 Como você identifica que está diante de um conflito ou de um dilema ético?

Identifico a partir do momento que [...] Uma situação é apresentada, né [...] E aí nessa situação apresentada, ficamos na dúvida qual a conduta que devo tomar. Eu fico no conflito pessoal e profissional, principalmente. Eu devo escolher ou não essa situação. É [...] muito difícil definir essas situações, por que na verdade é o cotidiano nosso está diante de conflito e dilema e poder diferenciá-los, torna-se um pouco complicado né... Até porque nosso cotidiano é esse, principalmente em se tratando de uma instituição pública, onde a demanda é extremamente elevada, onde decisões devem ser tomadas. Então, essas decisões [...] elas, tomar a decisão é um conflito, né [...] Então, identifico a partir [...] assim, toma a decisão, escolher o que devo fazer é o meu conflito, e a partir do momento que eu digo [...] eu fico na dúvida, mas eu digo estou optando por tal escolha que será mais benéfica, ela vai ser correta? Ela vai ser a mais ética? Quando eu venho a decidir, eu fico naquele dilema, será que decidir correto ou não? Estarei no meu dilema ético e no meu dilema profissional.

QUESTÕES NORTEADORAS:

1 Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no CC?

A percepção [...] Ela é algo mais intrínseco né [...] é o que você vai perceber. A percepção é algo mais, identificar é você apontar, perceber é você sentir né [...] eu percebo esse conflito a partir do momento que vem a me incomodar, incomodar bastante, eu fico na dúvida, fico angustiada, eu fico extremamente preocupada né [...] e essa situação conflitante, quando ela acaba me incomodando bastante eu fico em conflito, eu fico em conflito mesmo, até com a equipe a partir do momento que de certa forma, existe uma situação de desgaste com a própria equipe. O conflito não surge apenas na questão da dúvida, da escolha o que fazer, até a própria equipe no momento de stress, momento de indecisão, o momento de intriga, que acaba existindo na hora de ter de decidir, por que pessoas que estão envolvidas nesse processo, pessoas querem que o seu desejo seja atendido. Então, a gente fica nessa percepção de dizer, como é que eu vou fazer? O que eu vou fazer, a minha percepção conflituosa? Eu vou escolher a que? Eu vou escolher quem? Como eu vou fazer? Então, percebo um conflito e [...] a minha percepção é mais um sentimento subjetivo né [...] o dilema [...] eu me percebo mesmo tendo feito a escolha, mesmo tendo tomada a decisão, diante da decisão é [...] de ficar. Diante da tomada de decisão que envolve a minha ética profissional é... Eu percebo que é um dilema a partir do momento que faço aquela escolha. Fiz a escolha, fiquei na dúvida, tomei a decisão correta e aí a percepção do meu dilema, e aí a partir desse momento [...] o que acontece como você vê minha percepção, meu dilema. Como é que isso é um dilema? As decisões, elas acabam sendo tomadas e aí os envolvidos que foram excluídos dentro do processo não aceitam a decisão tomada, e aí a partir do momento que você realmente fica naquele dilema. Realmente foi correto ou não foi correto? Essa situação angustiante dentro do centro cirúrgico, né [...] você toma a decisão e aí como sempre haverá o excluído, ou uma situação excluído, você fica no seu dilema, na sua angústia, naquela preocupação, será que eu fui correta? Eu não fui correta? Eu fui eticamente correta para poder dizer tal paciente entre, tal paciente não deve entrar, será que isso foi a minha escolha? Esse é meu dilema, essa é a minha percepção.

2 Fale-me sobre um conflito e dilema ético vivenciado em sua prática no CC.

É [...], uma questão muito difícil, né, e diante agora dessa situação que eu vim perceber que realmente existem conflitos, vivemos conflitos e dilemas éticos dentro desse trabalho, dentro dessa prática em centro cirúrgico. Vivemos o tempo todo e nunca na verdade paramos para poder definir isso, para poder diferenciar o que é um conflito e o que é um dilema, eles são realmente diferentes e [...] provocante, na verdade. E os dois acabam se transformando em angústia em nosso processo de trabalho nesse setor.

E já passei por varias situações de conflitos e dilemas, várias, várias, várias mesmo e na verdade esse é o nosso cotidiano de dentro do setor. O que vem a trazer muita situação de stress, muita situação de angústia, muitos questionamentos e muitos dilemas que a gente acaba levando para casa, por que não sabe na verdade, eu tomei a decisão correta ou não?

O exemplo de um conflito já vivenciado anteriormente, o nosso número de salas e a nossa demanda são grandes, por que o hospital das Clínicas é de grande porte, onde atuam várias especialidades e acaba tendo uma demanda reprimida realmente. E [...] dentro do centro cirúrgico a gente acaba tendo uma demanda reprimida, não tem como atender a todas as especialidades ao mesmo tempo. Então, já tive momento de ter a [...] cirurgia que naquele momento eu não tinha uma sala disponível, mas fui a todo tempo questionada pelo preceptor de cirurgia, como é que eu enfermeira é [...] iria suspender uma cirurgia de um paciente,

jovem, que estava em estado grave. Como eu estava tomando essa iniciativa? Só que a todo o momento eu comunicava para o preceptor de cirurgia, que eu não estava suspendendo, que eu iria [...] a cirurgia ia entrar, teria que esperar, por que estava uma cirurgia para começar, as salas ainda estavam ocupadas, só uma sala que ainda não, mas estava indo entrar um paciente. E aí ele me questionava, como é que você vai colocar essa cirurgia eletiva e não vai colocar um paciente jovem que está para morrer? Entre nesse conflito né... Existia o conflito com a equipe cirúrgica, existia o meu conflito ético, o que decidir? Tirar o paciente que estava na sala já sendo preparado para ser anestesiado e dizer para ela, não, você não vai entrar agora, vai entrar outro paciente no seu lugar, você vai ser suspenso. Esse paciente vem me questionar, mas está para começar a cirurgia como é que vai me tirar agora, para colocar o outro paciente no meu lugar? E ao mesmo tempo a outra equipe também falava. Como é que você vai tirar agora para colocar outro, só por que o outro é professor? E eu não sou professor? Sou por que o outro é professor e eu não sou contratada? Por que você vai escolher ele e não me escolher? Sendo que nesse momento não era a escolha de um professor ou escolha de um contratado, escolha de um médico, escolha de uma cirurgia a ser realizada, era escolher um paciente a ser operado e escolher um paciente a ser suspenso né, ambos jovens, ambas as cirurgias realmente programada, mas, no entanto é [...] uma situação, onde um não queria esperar o outro. Então, entrei num conflito, realmente eu faço o que? Um está me informando que o paciente está grave, o outro está falando, o horário é meu. Que vou decidir nesse momento? Quem vai fazer o que? Como é que uma enfermeira vai decidir se ela vai colocar ou se ela não colocar? Onde é estava médico, o diretor médico, nesse momento para poder agregar? Para poder colaborar, pra poder ajudar a decidir. Extremamente desgastante é.

Ao final a decisão junto com a imposição na verdade parte do preceptor que informava que a cirurgia dela era a mais importante em detrimento da outra, ele realmente é [...] falou que queria aquela sala e eu conversei com a outra equipe que acabou aceitando diante de uma conversa, diante de um papo realmente legal, acabou aceitando e agente priorizou esse outro preceptor, o professor.

Ao final, a paciente não era realmente uma paciente grave, paciente jovem, porém não era uma paciente grave como estava se abordando. Ficamos sabendo que realmente não era paciente que estava com risco de vida, não era isso, como foi comunicado, como foi apresentado. Mas como é que a enfermeira vai dizer é grave, não é grave? O paciente não é grave o senhor está mentido. Entrei nesse conflito, como é que vou dizer, ela está grave realmente ou não está grave. Então, foi o tempo todo um conflito ético né, tá grave, não está grave. É ele a prioridade, não é ele a prioridade. Eu acabei tomando a decisão, vai entrar, quando no final descobrir que não era paciente grave, que eu tinha programado outra cirurgia, programado outro paciente também jovem, vindo do interior, esse outro paciente, suspensa a cirurgia dele, por que a outra cirurgia prolongou e o preceptor não poderia passar para o período da tarde, eu fiquei naquele dilema pessoal, será que realmente deveria ter isso?

Fiquei num dilema, se de repente tivesse entrado, discutido com outra pessoa, entrado em contato com a diretoria da instituição, para ver, para colaborar, para tomar decisão. Será que realmente teria sido a decisão mais correta? Levei essa situação prá casa, eu fiquei bastante incomodada com meu dilema pessoal, totalmente [...] dilema ético, eu na posso dizer é um paciente grave, esse paciente não é grave. A minha ética profissional não permite isso. Não pode ser eu que vai decidir, não sou eu, a enfermeira que vai dizer que o paciente é mais grave ou o paciente é menos grave. Então, eu realmente passei um bom tempo nesse dilema pessoal, de pensar, será que tomei a decisão correta? Foi uma situação muito desgastante. Cheguei em casa, eu realmente perdi o meu equilíbrio emocional que cheguei a chorar, diante da situação. Será que precisa chegar a essa instância? A essa proporção

desnecessária? Não precisava ter chegado, poderia ter se conversado realmente, conversado, parado para conversar, vamos tentar resolver. Mas acontece que fora do setor já estava os burburinhos que a enfermeira estava tomando a decisão de suspender o paciente que estava em estado grave. O que fazer? Muito difícil.

Existe outra situação, foi recente, que na verdade já não envolvia a equipe cirúrgica, já envolvia a equipe de anestesia. Uma criança foi submetida a uma cirurgia uropediátrica e no começo da extubação, a criança evoluiu para um broncoespasmo. A nossa conduta no centro cirúrgico, e a informação que ela ia precisar da CTI né [...] não seria uma criança que iria para a unidade de internamento. E a nossa conduta, o nosso protocolo dentro do centro cirúrgico é sabido por todos, tanto cirurgiões quanto anestesista, que o paciente que tem indicação de terapia intensiva, eles não ficam na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Esse paciente vai ficar acompanhado do anestesista em sala de cirurgia e surgindo a vaga na Terapia Intensiva a gente encaminha o paciente. Aí, fui até a sala para poder questionar, como é que esse paciente vai ficar na CRPA? Ele vai, já que ele tem indicação de terapia intensiva, ele não pode sair daí, a resposta que foi dada, quem era eu a enfermeira para tomar essa decisão? E que define isso era o médico, não era a enfermeira se o paciente ia para a sala recuperação ou não. Então, foi questionado se for vai precisar de um acompanhamento médico. E aí veio a mesma pergunta: quem era eu? Desde quando a enfermeira deveria tomar essa decisão onde o paciente ia ficar ou não? Fiquei no meu conflito, eu deveria impor ou não? Era um paciente que precisava de terapia intensiva, era informação dada. Então, eu deveria exigir ficar com o médico ou deixar para lá, não deveria dar importância a situação. Tudo bem, o paciente complicava e eu vou cuidar sozinho desse paciente né, já que ele impôs, não, quem decide isso é o médico e não você que vai decidir. Eu sabia, eu tenho responsabilidade com o paciente também, eu tenho que me preocupar com o paciente também. Então, o paciente que complica a enfermagem tem a responsabilidade com esse paciente. O paciente não pertence unicamente ao médico, a enfermagem tem responsabilidade por ele. Não somente pela parte administrativa do setor. Mas que existiu o conflito, impor, ou não impor? Vou ajudar a decidir? É decisão, é imposição? Eu decido ou eu empôo? O que fazer diante da situação? E [...] ao final, na verdade eles informaram que não precisava de terapia intensiva, que foi um leve broncoespasmo que a criança não precisava ficar no CRPA. Mas surgiu uma situação de conflito, por que se informou que era um paciente grave, paciente complicado e [...]. Depois fiquei no meu dilema pessoal, que gerou aquela situação de desgaste, de conflito com a equipe de anestesia, conflito com palavras quando foram colocadas, e por uma questão que na verdade não precisava chegar a uma instância tão grande. E eu fiquei no meu dilema pessoal, em casa mais uma vez, me questionando: será que deveria ter realmente ter intervindo naquela situação ou deixaria o médico decidir se o paciente iria para a terapia intensiva ou não? Mas como é que eu ia deixar o paciente apenas sobre o cuidado da enfermagem, sem nenhum outro acompanhamento, já que era horário de almoço e eles não ficam por perto. Existiu meu dilema ético diante da situação, seria difícil se tivesse uma complicação, se o paciente viesse a complicar novamente, e esse paciente ficar só com o acompanhamento da enfermagem. Por que ao final se o paciente complicasse, a enfermagem prestasse os cuidados com os conhecimentos teóricos, claro que nós temos. Mas, se a criança viesse a ter uma complicação maior a enfermagem que seria abordada, por que você decidiu? Por que você aceitou ficar com o paciente grave? Por que você aceitou? Então, existiu uma situação, existiu um conflito, existiu a necessidade de uma decisão. A decisão foi tomada, porém existiu o dilema. Tudo ficou bem, tudo foi resolvido, a criança sai bem, mas, o dilema era se tivesse complicado? Qual era o respaldo ético que eu ia ter diante da situação? De quem eu teria esse respaldo? Quem seria julgado? A enfermagem ou o médico? A enfermeira ou o médico seria julgado nessa situação de conflito?

ENTREVISTA Nº 02

Nome fictício: Liz

QUESTÕES DE APROXIMAÇÃO:

1 Qual a sua compreensão sobre conflitos e dilemas éticos?

Bom é [...] já havia falado em relação a conflito. Eu acho que a gente tem que primeiro analisar qual é o conflito é [...] qual é [...] qual é o dilema ético da gente definir né [...]. Voltando para a questão da enfermagem, eu acho que a enfermagem se preocupa mais com a parte ética né, ela tá mais envolvida no processo da ética, tanto da ética profissional quanto da ética vinculada ao paciente. Então, acho que a título de exemplo, nós temos uns conflitos a serem administrados, dentro de um centro cirúrgico, e dentro desse conflito a gente tem algum dilema, algum critério a cada linha a ser seguida. Então, eu acho que a análise do todo, é importante, a análise do conflito e você saber gerenciar mesmo, saber administrar né, cada caso de conflito e não se esquecer da parte ética mesmo da [...] coisa.

2 Como você identifica que está diante de um conflito ou de um dilema ético?

Diante de um conflito quando eu [...] tenho que decidir algo, e algo que você de repente não, que não vai agradar uma das partes né [...] Nós temos um conflito e eu preciso definir como é que esse conflito vai ser resolvido. Sendo que essa resolução de repente o que eu, a decisão que eu tome não agrada a você, eu acho que esse é um conflito, que deve ser resolvido e gerenciado da melhor forma possível, né [...] Não deixa de ser um dilema, acho que ambos são conciliáveis né, um pouco assim, no significado da palavra mais, na real situação, então, eu acho que o dilema é o que você vive, não sei eu acho que de repente exemplificando né [...]. Acabei de subir e estava com duas crianças para ser operada, de equipes diferentes, a gente só tem uma vaga de UTI é [...] e aí você tem que resolver esse conflito. Por que se eu vou dar a vaga para equipe da cirurgia geral e ou para equipe da urologia, é um conflito, por que ambas as equipes querem operar certo, né [...] E aí vem a questão da ética e a gente tem que verificar quem tem a real necessidade, a real não, a necessidade maior de vida, é um dilema. Posso definir, A tem por esse motivo e B tem por aquele motivo. Eu acho que entendo mais ou menos dessa forma. Então, é um dilema que a gente vive diariamente né [...] Claro que a gente vai tentando resolver com toda a equipe de multiprofissionais que estão inseridas dentro do centro cirúrgico.

QUESTÕES NORTEADORAS:

1 Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no CC?

Acho que vou acabar repetindo o exemplo que eu citei na questão anterior, né [...] A gente percebe, por que a situação é levada até a enfermeira de um centro cirúrgico, a gente é, coordena essa parte administrativa, né [...] Como responsáveis pela organização. Conseqüentemente hoje está mais do que inserida no processo e principalmente quando é um problema a ser administrado, decisão, né. Recorre para a enfermeira do setor que está liderando o processo. Então, como a gente percebe diante de algumas situações que a gente vive né [...] Diante de algum problema que é ocorrido, digamos que é[...] No exemplo que eu

citei da questão anterior da aproximação, é quando você tem alguma, aqui que a gente trabalha em um hospital de grande porte, um hospital público, que você tem de fazer algumas escolhas né [...] de cirurgias suspensas ou não, é uma percepção de um conflito e não deixa de ser um dilema. O que um dilema é quando você está decidindo entre vidas, entre alguma situação que geralmente pode custar a vida de uma pessoa. Eu acho que é um dilema muito, muito, que a gente pode ressaltar né [...] de grande importância.

2 Fale-me sobre um conflito e um dilema ético vivenciado em sua prática no CC.

Além de outros conflitos, conflitos é [...] Na comunidade administrativa que a gente vive. Digamos que é conflito por determinada sala de cirurgia, fulano quer aquela sala de cirurgia, que uma sala maior, mais confortável, que tem dois ar condicionados, a gente tem que gerenciar e administrar esses conflitos diários e fazer que as equipes entendam né, o por que a gente fez a administração de uma cirurgia tal na sala 1, cirurgia tal na sala 2, cirurgia tal na sala 3. O porquê desse entendimento às vezes isso gera um conflito, é. Um dilema é mais importante em relação às suspensões de cirurgias. Ontem a gente vivenciou de uma paciente de cirurgia cardíaca. Essa paciente já estava esperando para realizar a cirurgia já tinham 2 meses, e, a cirurgia foi suspensa por que ela não tinha feito um exame laboratorial de urina, tão simples né, mais por que, por falta de organização, por falta de esquecimento mesmo do andar, do preparo e aí a gente vivencia um conflito com a equipe de enfermagem do setor e vivencia um dilema também pá resolver a situação de vida dessa paciente. E aí existe um conflito com a equipe, a equipe simplesmente quer suspender por não ter o sumário de urina.

O sumário de urina pode ser resolvido com 1:00 hora, 1:30 hora de espera. Eles não querem saber de esperar. Então, a gente tem que ter esse jogo de cintura, tem que ter esse equilíbrio prá conseguir administrar esse conflito com a equipe né, cirúrgica e conseguir é [...] administrar também o dilema de vida de uma paciente que está esperando para realizar um procedimento a X tempo e de repente não vai ser solucionada por que [...] os cirurgiões na podem esperar, 40 minutos, 1:00 hora, né, claro que por um erro administrativo, sim, mais um erro que agente tem condição de retomar, prá que aquela pessoa não perca uma vaga, na perca a oportunidade que já está aguardando a um certo tempo. Então, só para fechar, no centro cirúrgico a gente lida diariamente, essa questão administrativa, esses conflitos, conflitos de diversas situações. Eu citei apenas alguns conflitos de administração de sala cirúrgica, mas a gente lidar com conflitos de relacionamento interpessoal, com funcionários, a gente lidar com conflitos da própria equipe de Enfermagem, com anestesista, com os próprios cirurgiões né... ou com o corpo clínico mesmo, de uma forma com a equipe de manutenção. Então, eu acho que esse é um conflito que a gente vive diariamente né, e um dilema, sem dúvida o mais importante para mim que um dilema sem dúvida de resolução de vida mesmo, de pessoas carentes é o que a gente trabalha né, pessoas que estão às vezes a 4 meses, 1 ano para conseguir marcar uma cirurgia e prá conseguir fazer, eu acho que a gente deve ter um bom senso e tocar um pouquinho do coração mesmo prá lutar né, como se fosse um parente nosso que tivesse precisando dessa cirurgia, que está ali por trás a gente não sabe o tamanho da espera que foi para conseguir chegar até aqui.

É [...] a equipe de enfermagem ela lhe dar com muitos conflitos diários dessa equipe médica, e [...] conflitos éticos que em algumas, prá que fique mais entendido eu gosto de exemplificar. Nós temos aqui 9 salas de cirurgias e apenas 6 funcionando, as outras 3 não estão funcionando por motivo de manutenção de ar condicionado. Então, uma série de fatores. Então, 11 clínicas diárias tentando fazer cirurgias é [...] imagine que todas as 11 queriam operar numa manhã, eu não tenho 11 salas, lhe dou com esse conflito diariamente, prá fazer um rodízio né, rodízio de equipes cirúrgicas e aí é que tá, que a gente tem que ter o

bom senso e contar com a colaboração da equipe. Gera um conflito enorme diariamente pra gente na resolução do mapa do dia posterior né [...] Por que se eu tenho apenas 6 salas e tenho 11 clínicas diferentes querendo operar eu tenho que fazer a administração dessas salas, por que senão não vou conseguir. Imagine que todas sejam de grande porte e ocupem as salas das 7:00 horas da manhã a 13:00 horas . Então, eu não consigo colocar as 11. Eu tenho que fazer a administração, essa administração envolve também o conflito que eu vou ter entre duas equipes ou mais né... Sempre a de cada uma vai ser mais importante do que da outra, por que eles não querem abrir mão né [...] Então, no momento que você... a minha é importante e a sua também eu vou ter que entrar e de decidir, e a gente vai ter decidir, como? Visualizando, né.

Infelizmente a gente não tem como decidir vendo o tempo de espera que o paciente tem. Particularmente eu acho que isso seria muito importante a não ser que isso defina vida, mas desde que não defina a vida, isso seria um critério de análise justo, né [...] como cada paciente.

Mas quando não dá pra fazer a gente não vai mesmo de acordo com o critério de suspensão. O critério de suspensão, eu suspendi a sua ontem, depois a sua, a sua e gera um conflito pra gente diariamente e a gente vai com equilíbrio, jogo de cintura, boa vontade né [...] com um jeitinho mesmo de cada um pra gente conseguir fazer, pra gente também, a importância é fazer que não diminua o número de cirurgias né, que a produtividade seja maior, que o que esteja na fila há mesmo né [...] aguardando né, que resolva cada um o seu problema né. Afinal de contas, a gente está aqui para servir. Isso é um conflito importante que agente lida diariamente.

ENTREVISTA Nº 03

Nome fictício: Adriana

QUESTÕES DE APROXIMAÇÃO:

1 Qual a sua compreensão sobre conflitos e dilemas éticos?

Na minha compreensão o conflito é quando existe uma luta entre duas pessoas ou mais, quando você está tendo uma discussão com outra pessoa né [...] E você acaba entrando num conflito, né [...], ou seja, uma batalha com essa pessoa, né [...]. Então, para mim isso é um conflito. Agora, dilema é para mim, por exemplo: quando você tem duas questões, certo? e você não sabe qual a que você [...] (risos) vai pender, que decisão eu vou tomar para aquela, ou para aquela outra, tipo assim né [...] Tem duas questões nisso, você está num dilema, as duas, como se diz assim, são importantes, né [...] e você fica naquele dilema, escolher uma ou outra, né [...] [...], no meu entender é isso.

2 Como você identifica que está diante de um conflito ou de um dilema ético?

Eu entendo isso que o conflito, né [...] Quando estou discutindo com uma pessoa ou tentando fazer que ele me entenda, né [...] a gente abre uma discussão, para mim eu estou em um conflito, né, quando a pessoa não está me entendendo e eu estou querendo me entender e então a gente começa uma discussão, para mim estou em um conflito.

E o dilema, é isso, as vezes a pessoa chega para mim e diz assim,: eu tenho essa situação e, essa situação, você vai ter que decidir que caminho você vai tomar. Então, as

vezes as duas situações são importantes é, e eu fico assim num dilema, que postura vou tomar, que decisão vou tomar. Então, para mim é um dilema e a gente vivência muito, tanto o conflito, quanto o dilema, né [...] fica muito e a gente tem que ter a questão ética, né [...] Já no conflito, a gente tem que né [...] Perceber isso para não se tornar um problema pessoal né, prá não passar dos limites e no dilema também, tem que vê a questão ética, para também não tomar uma decisão que não seja a ideal, não seja ética né [...] Então, por isso a gente tem que ter muito cuidado, como é essa coisa né.

QUESTÕES NORTEADORAS:

1 Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no CC?

Bom [...] ultimamente em minha prática eu tenho vivenciado muitos conflitos e muitos dilemas, né... Ao chegar ao centro cirúrgico, né [...] no trabalho a gente já [...] começa a vivenciar desde cedo os conflitos. Primeiro, as vezes falta de UTI, né... já começa o conflito e o cirurgião já ficar questionando, porque não tem UTI? Qual foi o problema? As vezes é a falta de um material, [...] falta de um ar-condicionado, na hora que pisa na sala começa o problema. Isso tudo muita vezes o profissional médico, ele entende que é a enfermeira que tem que resolver. Tipo esse problema de manutenção [...] esses problemas de falta de material que as vezes é da Farmácia, ele entende que o problema é da enfermeira. Então, a gente já começa viver o conflito, né [...] aí desde cedo com esses problemas todos, né [...] falta de funcionários que adoecem, né, [...] por que a gente tá trabalhando com um quantitativo mínimo de funcionário, aí falta um técnico de Enfermagem, circulante de sala e a gente já vai resolver esse conflito prá não suspender a cirurgia, por conta de problemas de enfermagem.

Então, desde cedo a gente vive essa situação conflitante no centro cirúrgico. É o dia todo tentando resolver os problemas, né. E dilema muita vezes quando a gente chega, aí [...], por exemplo, [...] tipo assim, três cirurgias precisando de vaga na UTI né, e aí a gente liga para a UTI, só tem uma vaga, a UTI joga o problema para cima da gente. Vocês escolhem qual cirurgia priorizar, né [...]. Bom prá a gente no meu entender todas as cirurgias são importantes acontecer né, [...] e principalmente se está precisando de UTI. Então, a gente vive esse dilema né, que cirurgia a gente vai priorizar, uma né, tipo assim. Então, a gente fica tentando priorizar uma, mais entendendo que todas são importantes. Aí a gente fica num dilema que muitas vezes tem que sentar com o anestesista, vem sentar com os cirurgiões prá tomar uma decisão, qual a cirurgia vai entrar. Então, isso aí é um dilema que a gente vivencia também aqui o tempo todo, né.

2 Fale-me sobre um conflito e um dilema ético vivenciado em sua pratica no CC.

O conflito que já vivenciei no centro cirúrgico e que me fez mais eu assim [...] me aborrecer mais [...], ter um auto equilíbrio, foi uma vez que um médico saiu paramentado da sala e aí [...] quando eu sair no corredor perguntei se ele estava precisando de alguma coisa, ele sem me dizer se estava precisando foi logo me agredindo, dizendo que o paciente não era um saco de batata, que eu precisava saber o que era cidadania, né [...] que eu ficava me escondendo detrás da estabilidade [...] e que era um monte de enfermeira incompetente. E nisso eu tive que me segurar né, me controlar bastante para não entrar em um conflito com esse cirurgião né, por que se a gente comesse, se eu levasse para um caso pessoal, a gente ia começar uma briga, e dessa briga, só Deus ia saber onde parar (risos). Então, eu tive de ter um autocontrole, ter um equilíbrio emocional, em virtude do paciente já tá anestesiado, e

este foi falando, falando e sem saber o que ele queria. Quando então ele falou, quando ele respirou, eu procurei saber o que é mesmo que o senhor quer? Ele falou, eu quero saber de uma pinça que eu estou precisando está naquela caixa e ninguém me dar uma resposta. Eu peguei falei assim, vamos abrir a caixa para saber se a pinça está ali, ele disse que não queria abrir desnecessariamente, eu disse, não, vamos abrir, caso não esteja a pinça a gente pega outra caixa, mas abra. Foi então, que o residente abriu a caixa e eu vi que tinha a pinça ali, ele se acalmou, voltou ao campo cirúrgico dele e tive realmente de respirar fundo por que essas coisas infelizmente abalam a gente emocionalmente, abala a gente como profissional, né. A pessoa não conhece a gente como profissional e parte para agressão. Então, esse conflito, foi um conflito que me chateou bastante.

Enquanto ao dilema, a gente vivencia todos os dias. Os médicos põem a gente em uma situação às vezes difícil, tipo marcar cirurgia. Nós estamos com poucas salas cirúrgicas funcionando, sem salas e às vezes vem uma especialidade e prá gente definir que coloca no mapa cirúrgico. Então, a gente vivencia esse dilema diariamente. É constante e difícil fazer o mapa cirúrgico né, por conta disso por que é um dilema, que cirurgia colocar, que preceptor priorizar, que cirurgia, né. Então, a gente tá todos os dias vivenciando esses problemas, dilemas e conflitos, não tem jeito (risos).

ENTREVISTA Nº 04

Nome fictício: Marta

QUESTÕES DE APROXIMAÇÃO:

1 Qual a sua compreensão sobre conflitos e dilemas éticos?

Eu entendo que conflito é [...], vou dar um exemplo. Eu estou diante de uma situação e o cirurgião me fala que tem que fazer aquela cirurgia, que o paciente é do interior, não pode outra data, só pode vim naquela data e naquele dia. Naquela sala eu tenho uma cirurgia que o paciente é de Salvador, esta em uma situação que tem que fazer uma cirurgia por que é [...] vai melhorar o diagnóstico dele. Aí, eu fico no conflito se eu coloco a paciente do interior que não tem como vir outro dia, por que não tem dinheiro para vir, não tem como retornar ao hospital e vai ficar com aquela cirurgia sem fazer ou se aquela, que é mais [...], o paciente é da cidade [...], mais não é uma emergência, mais tem que ser mais rápido para o diagnóstico dela. Entendo conflito assim. O dilema, exatamente essa situação se eu coloco o paciente do interior ou se coloco o da cidade. Você fica em um dilema qual eu vou botar, eu entendo assim.

2 Como você identifica que está diante de um conflito ou de um dilema ético?

É quase a mesma coisa que eu falei na primeira instância, mas é, é [...] é exatamente o dilema ético, [...] eu não estou sabendo separar as duas coisas. Eu entendo que na situação identificar só eu, que vou ter a condição de colocar um paciente ou outro, eu que ter de solucionar esse conflito, entende.

QUESTÕES NORTEADORAS:

1 Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no CC?

Não respondeu.

2 Fale-me sobre um conflito e um dilema ético vivenciado em sua prática no CC.

Olhe, eu trabalho em um centro cirúrgico de oftalmologia que é um Day, então a gente trabalha de 7:00 h as 19:00 h, tem vezes por ser um hospital escola, é [...]. Os residentes são mais lentos nos procedimentos, a cirurgia prolonga-se e aí fica faltando um paciente fazer cirurgia e ou é mais de 19:00 h. Meus funcionários moram longe, muito longe, pegam um transporte e é [...] ariscado, e eu estou no conflito, se deixo fazer a cirurgia do paciente por que é do interior e não tenho dinheiro, não tem como voltar no outro dia pra fazer, ou se eu suspendo por falta dos funcionários que moram muito longe. Aí eu fico em um conflito, o que é que eu faço no nesse momento, se suspendo e aí a gente tenta ver se o paciente tem condição de dormir no hospital, tem lugar de internamento, interno o paciente, ele dorme no hospital e ele faz na outro dia essa cirurgia, pra nem o funcionário ficar prejudicado nem o paciente ficar prejudicado, por não ter feito a cirurgia.

O dilema que eu já vivenciei, o paciente vai fazer uma cirurgia, tipo uma hérnia inguinal e fazer do lado errado. Aí fez a hérnia inguinal do lado direito, só que a mãe e todo mundo estava sabendo que a hérnia inguinal esquerda. E aí [...] o que fazer? Depois que fez a cirurgia notou-se no RPA que tinha feito do lado errado. E aí, ia deixar de fazer a cirurgia? E aí, teve que fazer, e o médico teve de explicar a mãe que ele tinha uma hérnia dos dois lados e aproveitou a anestesia e fez as duas hérnias. Foi o que aconteceu, não fui eu que falei com a mãe, foi o cirurgião. Olhe mãe acontece que ele tinha hérnia dos dois lados (risos) e [...] teve de fazer a do lado certo, por que senão o menino ia continuar com a hérnia dele. O que vivenciei foi isso. Aí, o dilema nosso foi esse, se falava a verdade ou se deixava o que o médico tinha dito. Aí foi difícil, não tinha Serviço Social para ajudar a gente e acabou a mãe na mentira. A situação foi essa, por que era difícil a gente ir lá, falar com a mãe e ir de encontro ao médico, ia ser um transtorno. Aí ficou o que o médico disse.

ENTREVISTA Nº 05

Nome fictício: Patrícia

QUESTÕES DE APROXIMAÇÃO:

1 Qual a sua compreensão sobre conflitos e dilemas éticos?

O que eu compreendo por conflito ético é uma situação, como posso explicar meu Deus. Dentro das profissões né, é [...] Existem conflitos entre os profissionais que atuam ali. Então, o que eu compreendo como sendo conflito é essa dificuldade muitas vezes na relação entre as pessoas que trabalham em uma mesma profissão ou profissão diferente. Eu considero que isso seja é [...] situação que [...] criadas, situações difícil de resolver, difícil resolução, levam a conflitos éticos dentro de uma mesma profissão ou em profissões diferentes. Então, compreendo como conflito essas situações que geram desgastes e que essas

situações que são difíceis de resolver.

Dilema [...], é dilema ético dentro da minha profissão como enfermeira. Dilema então é aquilo que eu vivencio muito, é aquilo que sei que é correto de fazer, vivencio dilema, se está errado, eu não posso fazer assim, mais não tenho recurso, como é que devo proceder? Então, no meu dia a dia eu vivencio muitos dilemas éticos.

2 Como você identifica que está diante de um conflito ou de um dilema ético?

Eu identifico que estou diante de um conflito ou de um dilema. É [...] conflito eu identifico, os conflitos éticos quando é [...] profissionais que trabalham comigo, ou deixa eu melhor isso aqui [...] como eu vou identificar se estou em um conflito ético. Quando tem alguma situação que envolve profissionais né, e de opiniões diferentes sobre um determinado assunto, essas opiniões levam, como ou explicar [...] Essas opiniões vão gerar uma situação desgastante, uma situação é [...] as vezes de desrespeito, situação de [...] situação conflituosa (risos), né [...]

O dilema [...] eu identifico um dilema em situação que dependem da minha ação. Então, estou num dilema, eu faço aquilo ou não faço. Eu identifico meus dilemas quando a situação que dependem de mim, né. E o conflito, eu identifico quando têm outros profissionais envolvidos, com opiniões diferentes sobre determinados assuntos e que essas opiniões divergentes, elas levam a uma situação conflituosa né, que ferem as normas de ética.

QUESTÕES NORTEADORAS:

1 Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no CC?

Conflito, eu percebo conflito da enfermagem no centro cirúrgico, com as outras equipes da saúde que estão dentro do centro cirúrgico. Então, é [...] a enfermagem, ela tem que organizar, ela tem de coordenar tudo, e ela depende pelo menos em meu campo, ela depende da ação de outros profissionais. E esses outros profissionais, muitas vezes, eles não compreendem a coordenação, como é a enfermagem norteia o seu trabalho. Então, eles tendem a invadir os espaços da enfermagem. Então para mim isso gera um conflito. Eu percebo um conflito dentro do centro cirúrgico, dessa forma. Quando as outras equipes que trabalham, elas querem invadir o espaço que é determinado para a enfermagem, que é de uma coordenação. Na minha prática eu vejo dessa forma.

Um dilema ético que eu vivencio em minha prática, como eu já abordei, dilema é aquela situação em que eu sei, eu tenho conhecimento de que eu não poderia tá agindo de tal forma, tenho que ter determinado cuidados e que pela necessidade muitas vezes do serviço, dos outros profissionais, do paciente eu tenho eu ficar criando meios, né, ou formas de não é [...] infringir as normas e também não ficar como a gente poderia chamar de um peso depois na consciência, das questões éticas.

2 Fale-me sobre um conflito e um dilema ético vivenciado em sua prática no CC.

Conflitos vivenciados, eu tenho vários conflitos, por que eu atuo na Central de Material Esterilizado e [...] tenho o conhecimento de como deve ser o reprocessamento do material, qual são as normas, o que pode e o que não pode ser feito é [...], eu tenho muitos conflitos com as equipes de cirurgiões por desconhecerem as normas. Então, esses profissionais, eles é [...] desejam, querem que a gente faça as coisas da forma que eles determinam para atender as necessidades. Se a cirurgia tem que começar 8:00 horas, o

material não está estéril, se a gente não ficar vigiando, esse material pode ir até estéril por alguns profissionais que não compreendem, e [...] querem eles de qualquer forma.

O processamento que deve ser feito, nós conhecemos qual o indicado, o que deve ser feito. Então, a gente muitas vezes tem um conflito por isso, por que eles não entendem, não sabem da necessidade de um reprocessamento, o reprocessamento adequado, como é, e a gente termina entrando em conflito com a equipe de cirurgia, por causa disso. E dilema vivenciado é assim, dilema, esses dilemas estão muito mais voltados para a instituição que eu trabalho. Por que a instituição muitas vezes não lhe fornece os recursos que são necessários pra desenvolver bem o meu trabalho. Então, por exemplo, eu sei que um cateter, fora do prazo de validade, ele não pode ser reprocessado, mais, a instituição que eu trabalho na tem outro cateter, venceu, não tem como comprar, pacientes estão marcados para fazer os exames, e aí? Isso depende de mim. Eu reprocesso, ou não, reprocesso [...] Então, isso é um dilema no meu dia a dia em que eu fico pedindo ajuda aos outros setores competentes, outros profissionais. Mais isso gera dentro de mim uma situação de desgaste, stress, por que eu fico a imaginar, o paciente que está lá precisando de determinado exame, ele precisa de um cateter e o hospital não vai ter, ele muitas vezes vem do interior, então isso prá mim é um dilema que eu vivencio aqui no meu dia a dia.

Essa falta de recurso, né. E eu tendo que tá pensando o que eu posso realmente fazer, de que forma eu não vou está prejudicando o outro. Isso também acontece, eu posso estender dessa forma. E o paciente que eu me referir, é um paciente que também vem para a cirurgia e no momento da cirurgia, tem um preparo todo, ele fica ansioso, ele fica uma noite no jejum e quando chegar no outro dia a cirurgia vai ser suspensa por que não tinha o material adequado para fazer o procedimento. Por que eu no meu dilema não reprocesssei por entender que aquilo não deveria ser reprocessado, não foi providenciado outro, e aí o paciente na expectativa toda que está querendo solucionar o problema dele. Esse paciente vai ficar frustrado mais uma vez né, e aí eu direciono para o centro cirúrgico dessa mesma forma né... É o meu dilema.

ENTREVISTA Nº 06

Nome fictício: Manuela

QUESTÕES DE APROXIMAÇÃO:

1 Qual a sua compreensão sobre conflitos e dilemas éticos?

Bom, conflito eu vejo como qualquer e toda a situação ligada a equipe multiprofissional, onde existe uma situação de diferença de pensamento, de idéias e essas diferenças levando a situações de animosidade, de conflito como o próprio nome já diz e isso tá vindo a prejudicar o andamento, a dinâmica do trabalho. Prá isso é importante que tenha um líder, que venha estar controlando essa situação conflituosa e [...] minimizando formas de não tomar partido, mas dando uma solução apropriada para a situação, ouvindo em primeira instância, tentando minimizar a situação, mas que possa, mas em um determinado momento, buscando é [...], uma solução né, buscando uma forma de evitar que essa situação continue desenvolvendo no ambiente de trabalho. E se isso acontece vai acabar gerando uma situação de desgaste e a produtividade e a qualidade do trabalho acabam sendo comprometida.

Dilema ético, você me pegou (risos), por que eu não sou assim muito [...] segura do dilema. Dilema da sensação de algo [...] duvidoso, né. O termo dilema, assim... é ético, ou não é ético. Mas não sei se é sobre isso que você quer falar, né. Mas, dilema ético, imagino

que seja isso, uma situação que pareça não ética e que esteja sendo empregada no ambiente de trabalho, na equipe de profissional ou dentro da própria enfermagem ou com os demais membros. No centro cirúrgico, como nós lidamos com uma equipe multiprofissional, é, as mais diversas especialidades, pessoal de higienização, fisioterapia, está acompanhando também as equipes técnicas de higienização, a enfermagem propriamente dita. Então, é muito comum se ter conflito e dilema também, tem muito né. Agora [...] como você quer saber mais, eu vejo que dilema deve ser exatamente isso, essa questão será ética ou não? Essa situação que me apresenta nesse momento.

Bom, diante de um conflito é evidente né, por que no centro cirúrgico quando existe uma situação conflituosa se percebe logo né, os ânimos se exaltam né, a abordagem de chamar a enfermeira, a entonação chamando a enfermeira. Você sabe que é uma situação problema, um conflito é [...] de idéias, de providencias tomadas ou não que o outro achava que deveria ser da sua responsabilidade e que não foi, que talvez não seja. Então, essa situação já é gerada e você percebe realmente, é um conflito e nesse momento você tem de ter equilíbrio, prá evitar que o cliente perceba essa situação, prá amenizar essa situação, mas no momento mais oportuno, pós-cirúrgico é [...], essa situação conflituosa se for com a equipe cirúrgica que o que é mais comum.

Aqui no centro cirúrgico, quase não temos conflito, pelo menos eu, não temos com a equipe de enfermagem. Os nossos conflitos estão ligados a falta, a carência de recursos materiais e isso nos deixa em desespero, por que embora seja também da nossa responsabilidade que tudo que necessita seja providenciado para o cliente e também da nossa responsabilidade, mais tem uma responsabilidade maior né, e nem sempre está em nossas mãos a solução. Nós solicitamos, mais não adquirimos, nós não compramos, nós cobramos.

Fazemos a previsão, a provisão, à cobrança desses materiais, o armazenamento, a estocagem, a validação, mais nós não compramos, então nós dependemos de outros fornecedores e isso é a situação de mais conflito, além desse tem a questão de [...] salas. Não existe sala para todas as equipes no momento que eles querem operar, existe uma escala, um cronograma de trabalho né, existe uma previsão de cirurgias, só que muitas equipes, depois de resolver a sua situação lá fora vem para cá e quer operar no momento que for interessante para eles e isso interfere com a dinâmica do centro, cria uma situação de animosidade né, situação conflituosa realmente, o enfermeiro precisa ter realmente muito equilíbrio, muito preparo né, ser espirituoso inclusive né, prá poder manter essa situação e dar a decisão correta no momento correto.

Já o dilema [...] ético é [...] Identificar um dilema ético. Eu creio que é assim, tipo denegrir a posição do enfermeiro, enquanto enfermeiro, pondo em dúvida sua capacitação em função a uma situação que nem sempre pode haver com o caso, mais como forma de te abalar, de te desgastar emocionalmente né, e gerar também uma situação de conflito maior, por que o enfermeiro do centro por viver essa situação de vida e morte sempre né, e situação do cliente carente, que está ali com responsabilidade, tem que ter mais uma vez equilíbrio e respirar, buscar dá a resposta certa no momento certo, mas não deixando sempre o seu papel, mostrando, documentando que só através da documentação a gente consegue ter realmente o nosso alibi, não é? Se não a gente se perde e vai com o conflito para casa. E a gente não pode deixar no nosso dia a dia de trabalho e o nosso emocional interfira a ponto de afetar a família.

QUESTÕES NORTEADORAS:

1 Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no CC?

Como eu percebo um conflito é [...], eu creio que até eu já falei sobre isso né, na questão de conflito, só na entonação da abordagem né [...] na solicitação a gente já percebe né. Existem equipes e profissionais que são mais, como é que posso dizer, mais cautelosos na abordagem, na fala, mas você entende que você está sendo chamada atenção por uma situação, desde a uma lâmpada que queimou e que você solicitou a troca, mas que essa lâmpada não existe ainda, vai ser providenciada, o técnico está ainda a caminho, mas que é para ontem, do ar condicionado, que sem ele fica realmente impraticável operar pela questão da infecções e outras que nós já sabemos né, mas que não deixa de ser uma responsabilidade direta nossa. Essa situação uma vez acontecendo, de repente uma equipe está operando e [...] a parte elétrica falhou, o ar condicionado deixou de funcionar. O gerador, por exemplo, não entra imediatamente, espera-se um tempo. De repente é quando é eletricidade, quando foi quebra realmente tem que se esperar um tempo até o técnico conserte, aí torna-se inviável esta sala, mas a cirurgia já iniciou e precisa terminar. E como fazer? Ela precisa terminar! Né. Então, nós precisamos ser bastante parcimoniosas, calma nesse momento para dá respostas que convenção e buscar alternativas para solucionar o mais breve possível, né.

De um modo geral a gente consegue, depende muito de quem tá ligando. Se você é extremamente explosivo com o outro que está em situação de stress, que a própria cirurgia já leva a stress né... é a vida que está ali nas mãos de um grupo e você leva mais esse stress. Então, o conflito vai se estender e não vai ter uma negociação. A negociação vai ficar comprometida, mas, é de um modo geral [...] a própria maturidade vai fazendo com que a gente busque alternativas para solucionar esses problemas e deixar o ambiente o mais harmonioso possível, que esse é o nosso objetivo, trabalhar com qualidade, com harmonia né, buscando equilíbrio entre os grupos de forma que a gente produza mais e mantenha a satisfação dos nossos usuários. Esse é o nosso objetivo maior.

E com relação ao dilema ético, é [...] como você percebe. De um modo geral a questão da ética tá ligada a [...], por exemplo, uma falha num equipamento, momentaneamente. A questão instrumental afeta muito o nosso dia a dia, de equipamentos. A tecnologia como um todo, por exemplo, nós trabalhávamos muito com o monitor, já houve época que não tinha é [...] como é o nome, medidor de pressão arterial média, mais nem por isso se deixou de operar. Desde que se fala em cirurgia, acontece cirurgia né. Acontece que a tecnologia foi melhorando, isso é muito bom por que dá cada vez mais garantia e segurança aos nossos clientes. Só que as equipes se acostumam, até por serem pessoas novas, que viveram dessa geração tecnologia né, que os equipamentos faltam falar e muitos até falam, né. Eles acham que de repente na falha desse equipamento vai suspender o procedimento, não tem medidor de pressão arterial média, tem que ter um em cada sala, a gente entende que nem sempre há essa necessidade né... Então, quando a cirurgia já aconteceu e porventura não tem esse equipamento que não existe para cada sala. Então, gera um conflito e um dilema ético, eu creio que vem a seguir quando começa a se atribuir responsabilidades é... pelo insucesso da cirurgia, caso ocorra, atribuindo ao enfermeiro essa responsabilidade em função de algo que talvez não seja, como é que posso dizer, da nossa competência está providenciando uma para cada sala, até por que não existe essa necessidade, os próprios preceptores de cirurgia sabem disso. Eles aceitam juntos com a equipe de anestesiologia, aceitam a fazer, mais com nós lidamos com a equipe, com um hospital escola, têm muito alunos, a gente tem que trabalhar na maneira do possível com o ideal.

Situações ideais não existem né, a gente precisa improvisar, mesmo de forma que essa improvisação não fira os princípios da técnica asséptica, adaptando, isso nós temos uma

capacidade muito grande por lidar com uma instituição pública, onde nem sempre a gente tem o que gostaríamos né [...], mas, vamos levando e de um modo geral, apesar de tudo eu amo trabalhar nesse espaço que é o centro cirúrgico.

2 Fale-me sobre um conflito e um dilema ético vivenciado em sua prática no CC.

Conflitos, inúmeros, infundáveis conflitos né, são poucos os dias em que nós não temos. Mais uma vez eu volto a falar, normalmente com a equipe cirúrgica. O relacionamento com a equipe de anestesiologia é muito bom, por que não sei se ligado aos profissionais mesmo, mais a equipe cirúrgica, esse profissionais de um modo geral estão mais cedo, tem uns representantes cedo no centro e isso já dinamiza o início das cirurgias, mas, como são vários os especialistas, nem sempre existe sala, não tenho certeza no termo numérico, eu estou falando pelo do centro cirúrgico do quarto andar né, aqui nós não temos muitos conflitos. Aqui nós temos produtividade em se tratando de oftalmologia, temos nossas deficiências técnicas ainda do ponto de vistas é, é da estrutura física por que é [...] criou-se o espaço, ainda não é um espaço ideal, mas, nós não vivemos no dia a dia com situações conflituosas e dilemas éticos, a nossa relação é assim muito boa e existe um respeito para com a enfermagem né, também nós buscamos fazer cada vez o melhor. Aqui como um centro maior, com as suas vivencias é essa questão do dilema ético eu creio que ligado a situações conflituosas, primeiro né, os conflitos que estão ligados ao número de salas, né. Então, nós não conhecemos nossos clientes, até que eles cheguem até nós no dia da cirurgia. Então, de repente se você não faz uma programação cirúrgica prá aquele cliente diante dos infundáveis avisos de cirurgia, um grande número né se você não programa, então todos elas são urgentíssimos, corre risco de morte e, você será o responsável caso isso ocorra, né. Então, uma situação de conflito e desgaste que nós vivemos no dia a dia, dentre outros como eu já falei de equipamentos, de números de salas, eles querem que a maior sala a mais refrigerada, que tenha mais equipamentos, todos querem, então é a corrida do ouro né, por que não eu? Eu quero esse, isso aqui não presta [...], esse instrumental não serve [...] e o enfermeiro tem que está comparecendo, mais a importância do equilíbrio de buscar uma negociação sempre, as respostas sábias naquele momento né, mais isso nos aflige e nós buscamos fazer com que realmente a coisa seja providenciada dentro do possível e quando algo torna mais sério buscar uma assistência melhor. Já houve caso até buscar de comissão de ética, né. Nós já tivemos inclusive atrito sério entre equipes, de chegar a via de fato, luta corporal dentro do centro cirúrgico. Imagine o enfermeiro tem que está é no corredor separando dois homens fortes.

Eu não lembro com riqueza de detalhes. Mas na verdade o cirurgião é [...] o cirurgião chegou tardiamente, o anestesiológico já tinha distribuído a sua equipe para outras especialidades. Então, todas as salas estavam ocupadas e ele começou a utilizar palavras que agredia, feria o anestesiológico, né, feria a sua imagem, a sua reputação e aí o outro levantou a camisa, chamou para o braço, disse que ia resolver lá fora e aí houve “troca de amabilidades”.

Nós, enquanto enfermeiros, tentamos e conseguimos afastar junto com os demais do grupo, eles ficaram é [...] se estranharam por muito tempo, mas hoje já vivem uma relação profissional, não digo de amizade, mais profissional. Não aconteceu por que não tinha como acontecer né, não era má vontade de nenhum dos dois, era só questão da ansiedade de querer fazer né e de mostrar que pode, que decide, existe muito isso infelizmente, eu posso, eu decido, não é assim. E aí entre homens quando eles não resolvem na negociação através da fala eles vão para a força física (risos), e grande, inúmeros né são nove salas e temos e parece que mais de vinte equipes [...] temos diversos grupos por que a nossa medicina ela se subdividiu muito não é? Eu tenho medico da bucomaxilo, eu tenho do ombro, eu tenho da

mão, do braço, eu tenho do pé, do joelho, o do quadril. Então, cada um desses grupos né. Tivemos no passado uma especialização que era ortopedia, então existia uma sala para ortopedia, mas as subdivisões da especialidade gerou mais lucro, especialistas e esses grupos de especialistas eles querem cada um ter uma sala, então teria que ter é [...] diversos andares de centro cirúrgico para atender a necessidade de cada um deles né, e isso mexe conosco mais nós tiramos de letra por que temos as respostas já... certas, com números estatísticos é real é evidente, eles embora não queiram entender [...] mas eles entendem, não tem como. De vez em quando eles vão a diretoria, a diretoria já tem ciência não tem muito o que fazer a não ser gerenciar essa situação e negociar. Então, nós trabalhamos muito com a negociação.

ENTREVISTA Nº 07

Nome fictício: João Pedro

QUESTÕES DE APROXIMAÇÃO:

1 Qual a sua compreensão sobre conflitos e dilemas éticos?

Toda vez que penso em conflito, em algo que me divide entre o certo e o errado ou que precisa ser feito e o que pode ser feito. Então, para mim conflito é representado por forças opostas que dividem a minha consciência e as vezes a minha vontade de querer fazer. Eu entendo o conflito dessa forma.

O dilema para mim é a concretização desse conflito. Existe uma situação real daquilo que é ideal, mas, no entanto por [...] situações não é feito, depois eu posso até tentar exemplificar isso daí que estou falando.

2 Como você identifica que está diante de um conflito ou de um dilema ético?

O conflito acho que, ele é [...] ele fica muito no plano da consciência, da razão e o dilema é quando a situação já tá instalada e é preciso decidir para resolver o conflito. Então, quando eu identifico que estou diante de um conflito ou um dilema é quando surge na prática uma questão que precisa ser resolvida. Toda vez que na minha prática profissional tem uma questão que eu não consigo identificar de vez e dá uma resolução para ela, eu estou diante de um conflito ou até diante de um dilema. Eu identifico dessa forma, quando na minha prática ocorreu essa situação, que eu preciso decidir estou diante de um dilema.

A minha prática diária se instala a situação que eu consigo fazer a diferenciação. E aí eu posso exemplificar, é embora não seja tão ligado, por exemplo, ao centro cirúrgico mais já aconteceu já fato parecido. Você tem duas cirurgias, dois pacientes que precisam de vaga em uma UTI, mais tem apenas uma vaga. Então, o que fazer? Quais desses pacientes devem ser encaminhados para a UTI? Embora essa seja uma decisão médica, resvala também na nossa ação de enfermagem, por que se um foi encaminhado para a UTI, o outro vai permanecer no RPA do centro cirúrgico, ele vai para uma enfermaria, e se for, até onde vai a nossa responsabilidade encaminhando esse paciente? Então, mais ou menos situações dessa natureza. É posso exemplificar, também no CME, em uma determinada cirurgia se tem uma previsão de materiais que são usados na cirurgia e no decorrer da cirurgia é [...] por alguma intercorrência, uma nova situação aparece e isso requer o uso de um material, de um instrumental diferente e no CME e no hospital. Então, essa situação para mim é situação de

dilema, é uma situação conflituosa prá mim. Eu percebo dessa maneira e poderia exemplificar assim.

QUESTÕES NORTEADORAS:

1 Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no CC?

Eu percebo um conflito, um dilema nessa pouca prática que eu tenho de CME, apenas nove meses e apenas de vivência, por que não é a minha formação. Eu percebo nas situações que tenha a programação de duas cirurgias cardíacas e que o material é suficiente para uma cirurgia. Então, quando se programa duas cirurgias cardíacas, uma no período da manhã e outra no período da tarde, o material é o mesmo, o que vai ser necessário é tempo para esterilizar esse material, para deixar todo pronto para a cirurgia da tarde caso o material tenha sido usado de manhã.

Já aconteceu que foram programadas as duas cirurgias cardíacas, o material foi usado no período da manhã, a equipe da tarde chegou com o paciente para ser operado, todo material não estava preparado e a equipe da cirurgia cardíaca resolveu iniciar o ato cirúrgico, sem ter ainda todas as caixas esterilizadas. Essa foi uma situação em que eu me vi diante de um conflito e de um dilema, por que isso não está de acordo com o que está escrito no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, né. Por que a gente deve livrar o paciente de qualquer imperícia, imprudência ou negligência e aí se alguém for analisar o código pode perceber que algumas dessas infrações aconteceram, nesse exemplo mencionado. Então, essa foi uma situação que eu vivenciei na prática e que me deixou bastante preocupado, em seguida eu redigir um documento citando o artigo do código de ética e citando esse fato e encaminhei para a diretoria do hospital, inclusive fazendo menção de encaminhamento para o Conselho Regional de Enfermagem. Então, essa foi uma situação vivida na prática. Duas cirurgias foram programadas com o material suficiente para uma e a outra foi iniciada sem a certeza de que todas as caixas estavam estéreis, por que as caixas ainda se encontravam dentro da autoclave, se [...] essas caixas saíssem molhadas eu teria que repetir todo o processo, mas o paciente já estava aberto, na mesa da sala de cirurgia, e aí? Esse sim é um dilema que vivenciei na prática e tem toda a relação com a ética profissional.

O conflito é o que fazer, por exemplo, diante de uma situação dessa? É [...] não programar a cirurgia e o paciente ficar mais um tempo e a doença avançar ou, por exemplo, equipar, estruturar o hospital par tá atendendo todos os pacientes adequadamente sem está expondo a equipe de enfermagem, sem está expondo o paciente. Acho que o questionamento que vem disso, desse fato é [...] configura para mim um conflito. Quer dizer: opera não opera. E agora o que é preciso que a gente faça enquanto profissionais de enfermagem para que a gente não corra o risco e muito menos o paciente? O conflito na minha cabeça é estruturado dessa forma.

.....

ENTREVISTA Nº 08

Nome fictício: Bruna

QUESTÕES DE APROXIMAÇÃO:

1 Qual a sua compreensão sobre conflitos e dilemas éticos?

É [...] assim, prá mim é difícil de encontrar definições para uma coisa, e para a outra,

né, apesar de que acredito que exista diferença bem concreta entre conflito e dilema. Mas assim, quando eu penso em um conflito eu penso em uma situação ou um questionamento que apresenta em um determinado período de tempo, certo? E que envolve, claro pessoas, que podem ter vamos dizer assim, concepções diferentes sobre uma mesma situação. E também no meu entendimento é muito próximo do dilema, por na verdade quando a gente tá falando de dilema na minha concepção não há uma parte certa, uma parte errada pode haver situações que fazem a gente pensar de forma diferente né, prá uma determinada coisa, né [...] não sei, a forma de você pensar, de você interpretar, de você agir, até que você chegue a uma tomada de decisão que eu acho que é o produto, eu acho que é assim, quando a gente tá passando por um dilema muitas vezes a gente quer encontrar um produto e às vezes a gente não consegue nenhum.

Produto ideal, positivo seria você encontrar uma saída, uma solução de forma positiva como a gente pensa em enfermagem né, em cuidado de enfermagem no centro cirúrgico, a gente sempre pensa que é, é parte principal do nosso cuidado é o paciente e que essa tomada de decisão positiva para esse nosso cliente, independente da concepção do profissional médico, do profissional de enfermagem e de outros profissionais que possam está envolvido, quando a gente fala de centro cirúrgico. Não sei se a gente pode pensar em um dilema, desculpe, no conflito como algo é, é [...] que a gente precisa de uma tomada de decisão mais, não sei rápida, a gente precisa colocar nosso ponto de vista, a gente precisa pensar na questão da autonomia de nosso cliente, independente da autonomia médica, a gente ver aqui assim, com o avanço tecnológico né, os profissionais de saúde, eles tiveram, vamos dizer assim entre “aspas” um poder muito relacionada a tecnologia, a própria medicina, cuidado e aí essa falsa idéia de autonomia muitas vezes fere a própria autonomia do cliente. Muitas vezes a gente acha que está fazendo o bem e aí entra prá ver a questão da bioética, que é a ética aplicada a vida, aplicada as coisas que estão relacionadas direta ou indiretamente ao ser humano, aí a gente acha que é será autônomo com aquele profissional [...], a autonomia do paciente a gente está na verdade é [...], é [...] descumprido outro tripé, que são três. A gente pensa na beneficência, a gente pensa na autonomia, a gente em justiça. Então, assim quando a gente pensa nesse tripé a gente se confunde um pouco e acha que a gente está sendo beneficente a partir do momento em a gente está entrando na autonomia, mais eu acho que é a autonomia do cliente independente da minha autonomia enquanto profissional, ele é não pode esperar entendeu.

Na verdade essa autonomia do cliente, claro que existe situações especiais quando você pensa [...] num ciclo de vida onde ele não tem para a nossa concepção, novamente repetindo uma autonomia da tomada de decisão da criança, do bebê né, não verbaliza e que não tem uma autonomia legal, na verdade são duas coisas que a gente discute muito a questão da autonomia legal e a outra forma de pensar o que é autonomia. Na verdade, então assim essa fase da vida, o idoso quando já tem algum problema de cognição, não compreende muitas coisas, criança também pelo próprio ciclo de vida, não permitir a questão, desculpe, da etapa de desenvolvimento daquela criança não tem a real dimensão das coisas que estão acontecendo. Então, muitas vezes a nossa autonomia prevalece, mas, aí a gente tem que puxar né, ou pensar que a gente precisa é, é [...] Por bem refletir em cima da justiça, por que é assim, se a gente pensar no Sistema Único de Saúde, um dos princípios é a equidade, não é verdade isso é justiça, é de uma forma ou de outra é justiça. Então, a gente precisa ser justa com as pessoas que estão ali né, no momento que a gente acha que aquilo vai ser, acha enquanto profissional que aquilo vai ser o mais acertado pra aquele cliente. Ele muitas vezes pensa nisso né. Então, assim eu acho que um dilema ético quando a gente tem pessoas envolvidas, quando a gente tem ponto de vistas envolvido, a gente tem concepções diferentes envolvidas e que a gente demora a chegar a um consenso e eu não sei te dizer ao certo que no futuro, no final de tudo a gente chega num consenso, por a gente não tem uma

linha, eu acredito nisso. É difícil a gente ter uma linha que divida no caso de um dilema ético o certo e o errado, é difícil, eu acho uma linha tão tênue, tão né, que é muito complicado da gente falar de dilema ético e chegar realmente essa tão sonhada e tão difícil tomada de decisão.

O que a gente sonha é resolver isso, tomar a decisão e finalizar mais essa etapa, mais essa situação, coisa difícil de acontecer, principalmente dentro da enfermagem, dentro do centro cirúrgico, onde realmente a gente tem [...] Eu lembro que eu já li alguma coisa sobre, eu acho que eu coloquei isso em algo que escrevi no passado, que o espaço do centro cirúrgico é o espaço onde o cliente fica mais vulnerável por que ele tá sedado, no mínimo, tá sedado, tá exposto, ele não tem família próximo, com exceção de alguns que admitem pais próximos dos filhos, mais mesmo assim o desconhecimento das ações, das atividades inerentes, rotinas do próprio setor né, não deixa esse acompanhante, por exemplo, no caso de situação pediátrica, perceber as nuances da ética, da bioética tão envolvida naquele processo, naquele cuidado da criança, nesse exemplo que falei dentro desse ambiente, desse espaço no centro cirúrgico. Então, às vezes, o dilema tá tão camuflado, ele nos parece ou nos apresenta de uma forma tão sutil, vamos dizer assim, que a gente não se dá conta que naquele momento a gente está vivenciando um dilema ético, que as pessoas que estão ali estão quase que no conflito mesmo, por que tem que as vezes tomar, ter uma tomada de decisão e vezes a gente não consegue tomar nem de forma consensual, nem uma única pessoa. Então, assim é muito complicado isso, apesar de que eu vou ser sincera, eu confundo mesmo o que é conflito e o que é dilema ético, mas eu acho que o mais importante da gente entender de tudo isso, é que a gente não deve procurar o sentido do que é errado e do que é certo, mais de perceber as outras coisas que estão envolvidas aí, por que concepção do que é errado ou do que é certo é uma coisa que é assim, na verdade é assim, que esse mundo nos ensinou por que se eu digo, por exemplo, a concepção que a gente faz de mundo é que nem a concepção do objeto, o que está a nossa frente, se esse objeto aqui é uma mesa e não é e para ele é uma cadeira, ela vai crescer pensando que aquilo é uma mesa. Então, a própria construção social desse indivíduo faz com que ele se comporte, ele se porte de uma forma diferente diante de um dilema ético. Então, eu acho que muita coisa envolvida nisso aí, é muito difícil mesmo trabalhar com a questão da ética, da própria bioética, a ética aplicada a saúde ou as coisas que estão relacionadas aos seres humanos. É pensando nesse tripé que a gente [...] os profissionais nem conhecem esses princípios, estão próximo, tão próximo da gente. A gente, às vezes, não conhece a beneficência, a questão da não-maleficência, da justiça da própria autonomia do cliente e a gente as vezes nem reconhece isso na prática, na nossa prática diária, no nosso processo de trabalho, é frustrante também, é muito frustrante quando a gente fica as vezes algumas imposições nos transforma até em, não sei se a palavra é robô, fazedor não, em pessoas reprodutoras de um sistema pura e simplesmente, a crítica de tudo sem fazer análise, sem refletir, só cumprindo etapas de processo, cumprindo normas de instituição, cumprindo rotinas de instituição e muita vezes a gente faz com que nosso cliente pense também centrado nas rotinas, nas normas e o que não faz na normas é o que é errado né, e eu acho que é difícil, na prática é muito difícil, sobre isso que estou falando e você realmente conseguir né, é, é separar né, mais eu acho que não sei, talvez seja por aí.

2 Como você identifica que está diante de um conflito ou de um dilema ético?

Eu acho que eu já disse um pouquinho aí, eu acho que estou diante de um conflito e de um dilema ético, onde muitas vezes tá em jogo é, é vamos dizer assim, pensando em enfermagem, pensando em centro cirúrgico, no que tá em jogo o melhor para o paciente, quando existem pessoas envolvidas, com concepções diferentes, pessoas que vão tomar decisões diferentes, que para um é a decisão mais acertada, mais para outros não é tão

acertada assim. Então, quando a gente tá com uma equipe multiprofissional, certo, discutindo algo em relação ao cliente e a gente não chega a um consenso, esse consenso, as concepções são diferentes que fazer, por que fazer, quando fazer, qual o resultado disso, pensando em algo positivo pro cliente, eu acho que, aí sim, a gente está num dilema ético. Quando a gente se vê em situações que tá preste a passa por cima da autonomia do cliente, aí a gente, eu acho que tá diante de um conflito né, que eu considero alguma coisa mais momentânea né, e é também por se só um dilema ético, eu acho que é mais ou menos por aí. Então, a gente conhece exemplos clássicos de dilemas éticos, abortar ou não abortar, abortar contra o filho, ter algum problema quando é fruto de uma concepção indesejada por conta de um de estupro, ou de utilização de sêmem de outras pessoas, é [...] de óvulo. Então, a gente tá o tempo inteiro, essas são as questões, esses são os dilemas clássicos, mas além desses clássicos que nos aparece de forma clara e que a sociedade explora, que o marketing explora, que as religiões exploram. Existem outros dilemas e outros conflitos que muitas vezes passam despercebidos e é isso que eu acho que a gente precisa aprender a reconhecer e tratar como dilema e não simplesmente com tomada de decisão né, vai ser tomada uma decisão diante daquela situação por um único profissional, sem a gente ouvir família, se a gente não entender a autonomia que o cliente tem pra tomada de decisão em relação aquilo, o que ele acha em relação aquilo, eu acho que é mais ou menos por aí.

QUESTÕES NORTEADORAS:

1 Como você percebe um conflito e dilema ético em sua prática no CC?

(risos) É tão engraçado por que a gente pode perceber de uma forma harmoniosa ou a gente pode perceber de uma forma com se tivesse travando uma batalha né, prá que alguma coisa aconteça ou não venha acontecer. Eu acho que a gente reconhece dentro de um dilema muitas vezes quando o sangue ferve e quando a gente para e diz, não é assim, quando a gente vê no olhar do cliente que ele tá meio que alheio aquela situação que tá acontecendo né, e que ele se percebe, e algumas vezes por que não sei se é uma realidade da instituição que eu trabalho, por se tratar de uma população humilde, muitas vezes pouco esclarecida que não reconhece, não entende o que é qualidade na assistência certa, certo? Que qualidade da assistência não é só um oi, olá, uma boa noite, um boa tarde, né.

Pensando na enfermagem que envolve outros critérios, entendeu? Então, assim sabe, quando a gente sabe, o sangue ferve, quando a gente diz assim, precisa decidir tomar uma decisão, a gente precisa ouvir as pessoas que estão ali, e a gente se dá conta que o dilema ético, muitas vezes não dá de forma harmoniosa, a gente tá, tá é prá fazer, só que a gente não percebe, isso que estou falando, existem dilemas que são clássicos, a testemunha de Jeová, usa ou não usa sangue, uma situação por vezes a gente vivencia, ele entra aqui com um termo dele, assinado, a gente não vai poder fazer transfusão. Eu já ouvir falar situações que mesmo assim foi feito, entendeu? Foi feito, por que naquele momento tava em jogo a vida daquele cliente, que tava ali na mesa, apesar dele ter tido a oportunidade de ter autonomia de decidir isso, naquele momento, na sala de cirurgia esqueceu-se dessa autonomia, esqueceu-se da decisão que ele tomou e prevaleceu o sentido do princípio da beneficência e da autonomia médica. Então, assim esse é um dilema que acho que eu, particularmente nunca vivenciei, mais discutir com as colegas isso já aconteceu, e aí eu te pergunto de fato surgiu o momento o conflito né, que foi aquela coisa mesma de momento, a situação surgiu, decidiu-se o que, assim não dá tempo de.

2 Fale-me sobre um conflito e um dilema ético vivenciado em sua prática no CC.

(risos) *Eu acho que a gente passa por tantas situações aqui, sabe às vezes a gente é olha e [...] e [...] o cliente com um ser que entra tão frágil né, aquele que tá assim, desprovido de sua roupa, ele tá muitas vezes desprovido, que ele é de fato um paciente, que vai se submeter a tal cirurgia, isso pra gente é um conflito o tempo inteiro, é aquele paciente que chega prá gente e não se mostra a vontade, aquele paciente que a gente percebe que ele não foi esclarecido, de forma clara em relação ao procedimento que vai ser submetido, os riscos cirúrgicos e anestésicos, isso prá gente. A gente não consegue que o paciente entre no centro com dúvidas, ainda do que ele vai fazer, quais são as chance dele em termo de prognóstico, quais são os riscos do procedimento cirúrgico, a própria situação do uso do sangue do paciente testemunha de Jeová, é que a gente tenta segurar o máximo prá não fazer aquilo. É assim, a discussão de vai ou não vai fazer aquele procedimento cirúrgico, naquela hora, como foi programado, por diversos motivos, de ter que escolher entre um procedimento ou outro e na hora que critério a gente vai escolheu, um ou outro paciente, por que os dois não dão prá colocar, os dois são cirurgias que não são de urgência e de emergência, são cirurgias eletivas, quem você escolhe? Quem vai decidir? Quem vai tomar a decisão? Será que isso não é um conflito? né, certo é errado a gente não está procurando o que é mais certo ou errado, mas é o que vamos dizer assim [...] mais satisfação, não sei vai trazer ao cliente,entendeu [...] eu acho que é mais ou menos por aí.*

Aqui no hospital tem uma situação bem dilemática, que é a gente tem um período de trabalho e existe rotinas a cumprir, dentro dessas rotinas a gente tem horários que são preconizados prá colocar cirurgias eletivas e cirurgia de urgência, então por vezes a gente fica é [...] vamos dizer assim, presa a essa questão de horário e algumas vezes a gente vê, por exemplo, uma criança em jejum que passou o dia inteiro em jejum e que a gente sabe que não vai entra, por que o horário não mais permite que ela entre e assim, e a gente vai aguardando até o último minuto prá tentar colocar a criança, a gente sabe assim que a chance de entrar é mínima, mas a gente mantém aquele criança no estado de stress que é o pré-operatório, a gente mantém aquela criança no stress por conta do jejum, a mãe em uma situação de stress e a gente fica de mãos atadas, por que a equipe de cirurgia não quer que a gente suspenda o procedimento, a gente não tem nenhuma certeza, a gente não pode prever o futuro, mas por conta do andamento do fluxo das cirurgias a gente não sabe que a chance daquela criança operar é quase nenhuma. Outra situação ética que não depende de nós, eu acho que a ética está relacionada aí e que algumas especialidades, determinadas cirurgias pediátricas, por serem cirurgias de R1 - Residente 1, elas ficam depois, e as primeiras, essas cirurgias depois são crianças, e a gente fica sempre com aquela sensação. Criança na minha concepção deveria acontecer primeira, eu acho que por conta da estruturação da própria residência, por conta de que é uma cirurgia de R1 e não de R2 e R3 fica para depois e comumente elas não acontecem. Então assim, é uma situação difícil para poder a gente trabalhar com a criança, com a família né, por que a gente jamais vai dizer a família, olhe a cirurgia de seu filho não é prioridade para a equipe, a prioridade para a equipe é tal e tal cirurgia, não é esta, que é uma pequena cirurgia, essa cirurgia de R1, que está começando. Então, a gente não pode dizer isso. Então, fica aquela situação bem sabe [...] Difícil e que você não lidar. A outra situação é em relação assim, outras colegas já passaram, eu não vivenciei diretamente, mas eu já peguei, é a questão do uso ou não de sangue no paciente testemunha de Jeová. Então, aconteceu [...] muitas vezes não coloca para o procedimento cirúrgico sem o consentimento dele, se houver riscos para usar sangue, se não tiver o consentimento a equipe de anestesia nem coloca, às vezes, [...] e a gente se viu numa saia justa, num dilema segurando, segurando ali o máximo para gente não fazer. Em outra situação, com certeza não pensaria duas vezes para poder instalar [...] sangue. Essas são duas situações que eu vejo bem dilemáticas, eu não vou nem falar na questão de problemas inter, entre os profissionais né, a equipe multiprofissional, estou falando mesmo em relação a

paciente, eu acho que são essas duas situações que fazem refletir a minha prática, que a vontade as vezes que dá é falar, mãe olhe tal cirurgia não é prioridade, você sempre vai ficar para depois, se der a senhora vai entrar com o seu filho, seu filho vai operar, se não der, seu filho não vai operar, mais a gente não pode fazer isso, entendeu? A gente não pode criar a situação de desconforto né, usando uma palavra bem tímida, desconforto, eu chamaria isso de uma coisa, classificaria isso com outra coisa. Então, essa situação ainda infelizmente acontece.