

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**DILEMAS ÉTICOS NO MUNDO DO CUIDAR DE UM
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

NINON GIRARDON DA ROSA

2001

NINON GIRARDON DA ROSA

**DILEMAS ÉTICOS NO MUNDO DO CUIDAR DE UM
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria da Graça Oliveira Crossetti

Porto Alegre, abril de 2001

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria da Graça Oliveira Crossetti (orientadora)

Prof . Dr. José Roberto Goldim

Prof^a. Dr^a. Valéria Lerch Lunardi

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Prof^a. Dr^a. Liana Lautert (suplente)

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria da Graça Oliveira Crossetti, orientadora desta pesquisa, por apoiar as minhas idéias e compartilhar comigo o seu conhecimento e a sua amizade.

Aos Professores José Roberto Goldim, Valéria Lerch Lunardi, Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha e Liana Lautert, pelas valiosas sugestões para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Coordenação, professoras e funcionários do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS, por sua dedicação ao Curso de Mestrado em Enfermagem.

Às colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem, pelos momentos conjuntos de descobertas e desafios.

Às chefias e aos profissionais do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em especial às enfermeiras, pela acolhida e disponibilidade, propiciando a realização desta pesquisa.

Às acadêmicas de enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS Carolina Giordani Silva e Thaís Tonetto Pacheco, pelo auxílio na transcrição das entrevistas.

Às colegas do NECE (Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul), por compartilhar o interesse de pesquisar o cuidado na enfermagem.

À chefe de serviço, Professora Beatriz Regina Lara dos Santos e às enfermeiras do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo estímulo e coleguismo.

Aos colegas da Unidade de Marcação e Coleta de Exames do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio constante.

À diretora, Professora Beatriz Sebben Ojeda, professores, alunos e funcionárias da Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, pela compreensão e incentivo.

À bibliotecária Rosaria Geremia, da Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, por sua disponibilidade em me auxiliar.

Aos meus amigos, por compreenderem os momentos de minha ausência.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha família, em especial aos meus pais Jorge e Orolinda da Rosa, que, com o seu exemplo, me ensinaram a importância de estudar para crescer e me mostraram o valor do respeito às pessoas.

Ao meu querido Antonio Carlos Grüber, que viveu comigo o dia-a-dia de ser mestrande, me ajudando e me incentivando e que tem compartilhado comigo a arte de viver a vida, com companheirismo e muito amor.

SUMÁRIO

RESUMO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	TRAJETÓRIA EM DIREÇÃO AO TEMA.....	14
3	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	21
4	CONTEXTO TEÓRICO.....	26
4.1	A ética no mundo do cuidado de enfermagem.....	26
5	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	41
5.1	Tipo de estudo.....	41
5.2	Descrição do campo.....	43
5.3	Seleção dos informantes.....	45
5.4	Coleta das informações.....	46
5.4.1	Observação.....	47
5.4.2	Entrevista.....	51
5.5	Aspectos éticos.....	52
5.6	Análise das informações.....	53
6	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	55
6.1	Acesso aos cuidados.....	55
6.2	Superlotação do ambiente do cuidado.....	68
6.2.1	Conforto.....	71
6.2.2	Segurança.....	80
6.2.3	Personalização dos cuidados.....	85
6.2.4	Privacidade.....	93
6.3	Conflitos nas relações interpessoais.....	99

	8
6.3.1 Enfermeiras: encontros e desencontros.....	99
6.3.2 Enfermeiras e equipe médica compartilhando o cuidado.....	104
6.3.3 Enfermeiras, pacientes e familiares vivenciando o cuidado.....	108
6.4 Enfrentando a morte.....	115
7 REFLEXÕES SOBRE OS DILEMAS ÉTICOS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E AS DECISÕES DAS ENFERMEIRAS.....	123
ABSTRACT.....	132
RESUMEN.....	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	134
ANEXOS.....	139

"Sendo enfermeira da emergência, eu me sinto constantemente em confronto com dilemas. Há um conflito entre o que eu aprendi durante o meu curso de formação, as coisas que eu tenho como valores pessoais e a realidade. Às vezes, nós não conseguimos realizar os cuidados e dar a atenção que a gente acha importante. Mas nós temos a gratificação de conseguir, dentro de um contexto muito difícil, fazer pequenas coisas que ajudam e minimizam os problemas das pessoas. Então é sempre um conflito entre a frustração e a satisfação. O complicado é suportar e elaborar esse sentimento." (Enfermeira 16)

RESUMO

Este estudo busca compreender como as enfermeiras tomam decisões em relação aos dilemas éticos vivenciados no mundo do cuidar de um serviço de emergência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem do tipo etnoenfermagem (Leininger, 1985). A coleta de informações foi realizada através do modelo observação-participação, que inclui quatro fases de observação, cada uma com um foco dominante, e entrevistas semi-estruturadas. As informantes do estudo foram 13 enfermeiras do serviço, sendo que 5 informantes gerais e 8 informantes-chave. A análise das informações ocorreu ao longo do processo de coleta e dela emergiram quatro categorias, que representam as tomadas de decisão frente aos dilemas vividos nesse ambiente de cuidado. O *acesso aos cuidados* envolve dilemas relacionados à atividade da enfermeira na área de triagem, ao decidir quem será atendido no serviço, em que ordem de prioridade e quem será encaminhado para outros locais. A *superlotação do ambiente do cuidado* refere-se aos dilemas decorrentes do excesso de pacientes no Serviço de Emergência, revelados nas dificuldades em manter o conforto, a segurança, a personalização dos cuidados e a privacidade dos pacientes. Os *conflitos nas relações interpessoais*, referem-se aos dilemas no relacionamento das pessoas que convivem nesse ambiente de cuidado: enfermeiras, equipe médica, pacientes e familiares. A última categoria, *enfrentando a morte*, por si só traduz dilema no contexto desse Serviço de Emergência. A análise das informações obtidas nesta pesquisa permitiu compreender, à luz do olhar da pesquisadora e da fundamentação teórica, o processo de tomada de decisão das enfermeiras em relação aos dilemas éticos vivenciados nesse mundo do cuidar.

Palavras-chave: tomada de decisão, dilemas éticos, cuidado de enfermagem, serviço de emergência, etnoenfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Partindo do princípio que o ato de cuidar envolve arte e ciência percebo que a prática de enfermagem está bastante vinculada às questões éticas.

A natureza do trabalho de enfermagem envolve aspectos científicos e aspectos de interação e relacionamento humano e as enfermeiras¹ tomam decisões que têm impacto sobre o bem-estar dos pacientes. Essa tomada de decisão pode ser tranqüila ou gerar inquietações em quem decide, causando um conflito moral, caracterizando, dessa forma, um dilema ético.

Urdang (1995) define dilema como a situação em que uma escolha difícil tem que ser feita. O dilema ético carrega consigo um problema de justificação da escolha, gera reflexões sobre o que deve ser feito, o que é bom e correto, o que é responsável. Tomar decisões envolve confrontar valores, normas, interesses ou princípios, o que não necessariamente resulta em uma resposta satisfatória ou perfeita para um dilema ético (Carper, 1978).

O mundo do cuidar de um serviço de emergência é um cenário extremamente complexo, no que tange à tomada de decisões, tanto pelas circunstâncias inerentes ao atendimento de emergência, quanto pelas situações originadas pela crise do sistema de saúde, que tem provocado a superlotação, descaracterizando o objetivo original dos serviços de emergência e influenciando as maneiras de cuidar. As circunstâncias decorrentes das dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras que desenvolvem suas atividades nessa área, constituem fatores que desencadeiam dilemas éticos, visto que a tomada de decisão influenciará diretamente na qualidade dos cuidados prestados.

¹ Enfermeiras: termo utilizado no feminino pela predominância desse sexo na profissão.

No Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), local onde foi desenvolvido este estudo, o envolvimento dos profissionais com o paciente inicia no momento da sua chegada, ocasião em que as enfermeiras fazem a triagem², a qual definirá a prioridade do atendimento. Essa relação continua durante todo o tempo em que esses pacientes permanecem no serviço, período em que as enfermeiras realizam o cuidado de enfermagem e decidem sobre o melhor uso dos recursos humanos, físicos e materiais disponíveis.

O excesso de demanda faz com que as enfermeiras, constantemente, tomem decisões, tais como, definir a prioridade do atendimento aos pacientes, decidir sobre a ocupação dos leitos, sobre a privacidade ou sobre a instalação de um monitor cardíaco, entre outros. Essa tomada de decisão é realizada dentro de uma realidade complexa, com múltiplas relações. O ato de decidir é influenciado por inúmeras variáveis do contexto social, onde as enfermeiras desenvolvem a sua prática. Assim, as decisões estão sujeitas ao dinamismo dos eventos que ocorrem no ambiente de cuidado de um serviço de emergência e determinam o comportamento dos profissionais diante de situações de difícil solução.

A convivência com os dilemas éticos enfrentados no dia-a-dia da prestação de cuidados, a partir de minhas experiências na função de enfermeira num serviço de emergência, me motivou a aprofundar conhecimentos sobre esse tema. Participei, durante vários anos de minha vida profissional, desse ambiente de incertezas e imprevistos, onde a conjugação da competência técnica com a humanização é um constante desafio. Nesse contexto, compreender o fenômeno dilemas éticos vivenciados

² A triagem realizada pelos enfermeiros constitui-se de avaliação das condições de saúde do cliente e posterior eleição das prioridades de atendimento, segundo os conceitos de emergência técnica e emergência do paciente (Magalhães et al., 1989).

por enfermeiras de um serviço de emergência pode ser um meio de aproximação com a perspectiva humanista do cuidar.

Para conduzir as etapas deste estudo, escolhi uma abordagem qualitativa, pois o objetivo era conhecer a realidade das enfermeiras que experienciam a tomada de decisão diante de dilemas éticos, no mundo do cuidar de um serviço de emergência. Desenvolvi uma pesquisa do tipo etnoenfermagem, para entender a visão de mundo de um grupo de profissionais dentro do seu ambiente. Esse método foi desenvolvido nos anos 60 e desde então tem sido usado para estudar fenômenos de enfermagem sob uma perspectiva cultural (Leininger, 1985).

Através da observação-participação e de entrevistas, participei do mundo dos informantes — enfermeiras de um serviço de emergência — no intuito de apreender a visão de mundo, compreender os significados que emergiam do contexto e as atitudes do cotidiano profissional que influenciavam as decisões (Leininger, 1985).

Para compreender esse processo, utilizei a análise qualitativa proposta na etnoenfermagem, que se desenvolveu ao longo de toda a coleta de informações, procurando desvendar os comportamentos que podiam responder a questão de pesquisa: De que modo as enfermeiras tomam decisões acerca dos dilemas éticos vivenciados no mundo do cuidar de um de serviço de emergência?

2 TRAJETÓRIA EM DIREÇÃO AO TEMA

Em agosto de 1987, comecei a trabalhar no Serviço de Emergência do HCPA. Fiquei muito feliz em poder trabalhar num hospital universitário, que possuía infraestrutura e recursos, no qual já havia realizado a maioria dos estágios curriculares e alguns voluntários, no período da graduação.

O Serviço de Emergência do HCPA estava iniciando suas atividades e toda a equipe de profissionais estava envolvida na montagem da estrutura, das rotinas e na construção de uma identidade de grupo. Aprendíamos uns com os outros, a partir da relação cotidiana entre os profissionais e destes com os pacientes.

O cuidado de enfermagem era norteado por uma metodologia científica, o processo de enfermagem, baseado na Teoria das Necessidades Básicas (Horta, 1979), que preconiza que estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço. Portanto, o cuidado era prestado seguindo uma dinâmica sistematizada de assistência, com o objetivo de recuperar os desequilíbrios e atender as necessidades básicas dos pacientes. Essa forma de trabalho foi importante para a minha prática profissional à medida em que organizava o meu pensamento, as minhas decisões e os registros dessas ações.

Neste contexto, havia um grande interesse de minha parte em dominar técnicas, equipamentos e conhecer patologias. E, num primeiro momento, foi assim que as coisas transcorreram. Eu mantinha uma postura de reprodução do modelo biomédico³, fomentado durante a minha formação em enfermagem. Essa formação foi importante

³ O modelo biomédico surgiu a partir da influência do paradigma cartesiano no pensamento médico e constitui o alicerce conceitual da medicina científica. Neste enfoque, o corpo humano é considerado uma máquina e analisado em termos de suas peças. A doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos. O papel dos médicos seria uma intervenção física ou química, para consertar o mecanismo enguiçado (Capra, 1982).

para que eu pudesse prestar assistência aos pacientes, ao longo desses anos, pois creio que a enfermeira necessita de um aporte de conhecimentos que permita a sua integração ao mercado de trabalho. Provavelmente, é por esse caminho que se inicia a vida profissional, especialmente o de uma enfermeira de emergência, principalmente porque é necessário desenvolver rapidamente a capacidade de avaliação clínica e de tomada de decisão.

A dinâmica inicial do trabalho nesse serviço, apesar de voltada para um modelo clínico de assistência, com ações girando em torno do diagnóstico e da terapêutica médica, não impedia que houvesse uma relação mais próxima com os pacientes, incluindo informações constantes, orientações específicas, atendimento de necessidades individuais, enfim, um cuidado personalizado. Porém, alguns fatores desencadearam o aumento progressivo da procura ao serviço, e a superlotação constante gerou uma série de dificuldades a serem enfrentadas pelos profissionais.

Assim, trabalhando num serviço de emergência nesta última década, senti o impacto da crise do Sistema Único de Saúde (SUS), pois estes serviços tornaram-se a porta de entrada do sistema, gerando aumento desenfreado da demanda e, conseqüentemente, a massificação do atendimento.

Essa situação relaciona-se com a evolução da universalização do acesso aos cuidados de saúde, na década de 70, a partir dos resultados da Conferência de Alma Ata, os quais desencadearam o Programa de Ações Integradas de Saúde, o Sistema Único e Descentralizado de Saúde, precursor do SUS e que já pretendia a universalidade das ações de saúde (Castelar, 1995).

No início dos anos 80, dentro dessa nova perspectiva, o HCPA sofreu modificações na sua forma de atendimento, passando a oferecer assistência para todos.

Nesse período, algumas transformações políticas e legais ocorreram no cenário nacional, entre as quais o Movimento da Reforma Sanitária que incluiu na Constituição Federal de 1988 e consolidou, no âmbito legal, o direito universal à saúde. Entretanto, a rede básica de assistência à saúde pública não conseguia absorver as necessidades da demanda e as emergências dos hospitais públicos transformaram-se na principal possibilidade de acesso aos serviços de saúde. O Serviço de Emergência do HCPA, além de acolher os pacientes graves, seu objetivo primeiro, também começou a arcar com o atendimento àqueles que não conseguiam consulta médica na rede ambulatorial, com procedimentos ambulatoriais em pacientes com doença crônica, com a assistência aos pacientes que aguardavam a liberação de leitos de internação, ocupando as vagas de suas salas de observação, entre outros. Essa população provinha de Porto Alegre, municípios da região metropolitana e de cidades distantes que optaram pela "ambulancioterapia"⁴, forma adotada para resolver ou repassar para os grandes centros, os problemas de saúde da sua população.

Na tentativa de sobreviver a modificações tão profundas, alguns arranjos internos começaram a ser realizados no Serviço de Emergência do HCPA: reformas da área física, aumento de recursos humanos e materiais, aumento do número de leitos de observação e o aperfeiçoamento do suporte tecnológico e da rede de apoio.

Todas essas iniciativas, apesar de movimentarem apenas uma micro-estrutura, foram importantes para tentar manter a qualidade dos cuidados prestados e preconizados por uma instituição universitária de referência nacional. Mas, ao meu ver, uma era bastante complexa e exigia constantes ajustes em sua dinâmica: a triagem dos pacientes.

⁴ Ambulancioterapia é um termo utilizado para denominar a prática de algumas cidades de utilizar ambulâncias para remover, para grandes centros, as pessoas que necessitam de atendimento ou de internação hospitalar.

Ao longo do tempo, a equipe de médicos e de enfermeiras do Serviço de Emergência do HCPA foi desenvolvendo formas de triagem, com sistemáticas de classificação que dividiam os pacientes em grupos: o paciente grave (com acesso rápido garantido), o paciente que precisava de uma consulta naquele dia ou consulta de pronto-atendimento (a enfermeira avaliava e estabelecia a ordem de atendimento segundo alguns critérios técnicos) e o paciente que necessitava de uma consulta ambulatorial, o qual era encaminhado para marcar consulta ou aguardava atendimento por ordem de chegada.

A criação dessa dinâmica possibilitou melhor organização da triagem, mas, passado algum tempo, a demanda excessiva de pacientes desafiava qualquer forma de organização. Foi criado, então, um pronto-atendimento, junto ao ambulatório do hospital, para onde os casos que necessitavam de atendimento ambulatorial passaram a ser encaminhados, desafogando o serviço das 8 às 20h, nos dias úteis. Além disso, na tentativa de dar conta do aumento progressivo de pacientes, foi implantada uma sistemática de agendamento no próprio serviço de emergência, que, para os profissionais, significava oferecer mais uma alternativa de atendimento, mas para os pacientes, muitas vezes era inadmissível aguardar para ser atendido num serviço de emergência.

Através de uma pesquisa intitulada Emergência: fatores que levam a população infantil a recorrer a este serviço (Paskulin; Rosa, 1992), realizada junto aos usuários do Serviço de Emergência do HCPA, constatou-se que somente 8% de uma amostra de 347 crianças necessitava dos recursos de um serviço de emergência para resolver seus problemas de saúde. Entre os motivos de procura ao serviço, estavam o hábito de consultar na emergência e algumas dificuldades de atendimento nos diferentes postos de

saúde: a ausência de fichas em determinados horários, a ausência de pediatra e a falta de materiais (otoscópio).

A partir de então, por muitos anos, realizou-se um trabalho de conscientização junto aos usuários do serviço, esclarecendo as situações em que um serviço de emergência deveria ser procurado. Porém, trabalhar com a falta de conhecimento da população não era suficiente, enquanto existissem os problemas que limitavam o acesso à rede básica de assistência.

O problema da demanda excessiva mobilizou a equipe de profissionais do Serviço de Emergência do HCPA por muito tempo e várias tentativas foram feitas para reduzir o fluxo de pacientes. Porém, a situação tornou-se cada vez mais complexa. O número de pessoas em situação crítica de saúde também começou a crescer, impedindo qualquer tipo de encaminhamento dos pacientes para outras instituições, extrapolando a capacidade física das salas de observação, cujos pacientes, com frequência, eram acomodados em macas e cadeiras pelos corredores, à espera da liberação de leito nas unidades de internação. Inúmeras vezes permaneciam 30 pessoas na sala de observação de adultos, que possui 13 leitos, ou 25 crianças na sala de observação pediátrica, que comporta 8 pacientes.

Diante desse cenário, os profissionais que trabalhavam na emergência começaram a enfrentar um contínuo estado de crise, pois as iniciativas nunca eram suficientes para resolver o problema da superlotação, gerando um estresse permanente e um sentimento de impotência. Além disso, as características do atendimento mudaram, pois havia necessidade de equacionar o tempo disponível dos profissionais e os recursos materiais existentes, entre muitos pacientes.

Os pacientes, por sua vez, exceto em alguns casos isolados, ficavam muito satisfeitos por conseguir atendimento, realizar exames, ter a sua doença diagnosticada, receber medicação e alimentação, mesmo que tivessem esperado várias horas, pois não era incomum o fato de vários deles terem percorrido outros serviços antes de chegar nessa emergência. Além disso, presenciavam as dificuldades desse ambiente e constataavam que não havia alternativa para os profissionais que não fosse a de trabalhar com as prioridades. Porém, sempre me chamou a atenção a passividade das pessoas que, dependentes de um sistema de saúde que lhes permitia poucas opções, permaneciam aguardando a sua vez de receber alguma coisa que, muitas vezes, não sabiam bem o que era.

Essa situação me inquietava, pois a fragilização dos pacientes reforçava a responsabilidade dos profissionais em tomar decisões, principalmente num contexto onde existiam demandas próprias de atendimento que exigiam rapidez, determinação, eficiência e eficácia. Se, por um lado, esse poder de decisão dos profissionais agilizava a dinâmica do atendimento, por outro gerava muitos conflitos, pois havia dificuldade em estabelecer critérios de justiça, durante a prestação de cuidados, num ambiente de carências e superlotação. Eram muitas variáveis a considerar, pois a decisão passava pelos princípios e valores de quem estava decidindo e pelas circunstâncias do momento. Diante disso, observava-se que a incerteza presente na tomada de decisão causava dúvidas sobre a adequação daquela escolha.

Como cuidar adequadamente numa situação dessas? É possível agir em desacordo com nossos valores pessoais ou profissionais? Enquanto enfermeira assistencial, que decidia e gerenciava o cuidado prestado, esses eram dilemas éticos que carregava comigo diariamente. Trabalhava num hospital de referência, com tecnologia

de ponta e especialistas extremamente qualificados, o que nos faz pensar, num primeiro momento, que é o suficiente para o atendimento de emergência. Porém, além da competência técnica e de recursos tecnológicos de última geração, o cuidado compreende respeito à vida humana e princípios de cidadania expressos nas relações humanas e sociais. Nesse sentido, há que se reconhecer o valor da tecnologia e da competência técnica, associadas a um cuidado que valoriza a interação humana, as diferenças individuais, a solidariedade, o conforto, a privacidade. E é essa combinação que está cada vez mais difícil de ser mantida no contexto das unidades de emergência, desencadeando um desconforto moral nas enfermeiras que ali atuam e precisam, de alguma forma, resolver os dilemas éticos presentes no cotidiano de sua prática.

3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A convivência diária com dilemas éticos, durante o período em que trabalhei num serviço de emergência, despertou o meu interesse em aprofundar conhecimentos relacionados a este tema.

Nesta área, as tomadas de decisões ocorrem a todo momento. Nesse sentido, a dimensão ética do cuidado adquire fundamental importância, pois decidir em circunstâncias difíceis torna-se uma prática comum.

Existem diversas situações que fazem parte do cotidiano das enfermeiras de um serviço de emergência, que provocam reflexões sobre a adequação de suas ações. Tomar decisões sempre é uma questão complexa, à medida em que envolve o paciente, a sua família, as normas e os recursos da instituição, a competência técnica e os valores dos envolvidos no cuidado. As enfermeiras, constantemente, necessitam administrar conflitos, pois, com frequência, mais de uma abordagem é possível, existindo dúvidas em relação a cada escolha.

Um aspecto que gera dificuldades na assistência de emergência é o estabelecimento de acesso aos cuidados. Quando existem critérios tecnicamente definidos para a realização do atendimento, a tomada de decisão é mais tranquila, por exemplo, o não-atendimento das especialidades oftalmologia, otorrinolaringologia, traumatologia e neurocirurgia pelo Serviço de Emergência do HCPA. Nesses casos, os pacientes são encaminhados para serviços de referência na cidade ou já se direcionam para os locais que fazem este tipo de atendimento, visto que a informação sobre esses não-atendimentos já circula há bastante tempo entre a população. O problema surge nos casos em que a especialidade médica, contemplada nos critérios de atendimento

(pediatria, clínica médica, cirurgia, ginecologia), não configuram situações graves, de emergência. Nessas circunstâncias, o fator subjetividade está sempre presente na avaliação de enfermagem. Muitas vezes, o paciente tem uma condição social precária, não conseguiu ser atendido em outros locais, pode não correr risco de vida, mas se não iniciar logo um tratamento tem chance de vir a ter uma complicação importante no seu estado de saúde. Esse exemplo é uma das tantas situações que poderiam ilustrar o cenário das triagens. As enfermeiras, nesse contexto, estão diretamente envolvidas nesse ato de decidir quem será atendido em primeiro lugar, ação que se associa a outros critérios: a solidariedade e o respeito à vida, pois, no cotidiano do atendimento nos serviços de emergência, conjuga-se a gravidade dos eventos com uma complexa rede de fenômenos sociais que convergem para esse setor. Percebe-se um desvio dos reais objetivos da área de triagem de uma unidade de emergência e seus propósitos assumem dimensões imprevistas.

Alguns membros da equipe de profissionais do serviço entendem que aqueles pacientes que passam pela primeira triagem, realizada pelo pessoal administrativo, e chegam até a enfermeira ou até o médico, devem ter, pelo menos, uma consulta médica, visto que o primeiro contato que se estabelece já significa uma forma de atendimento. Isso significa que existe uma resistência entre as enfermeiras em "mandar o paciente embora", e que, além da preocupação com a sua saúde, há, também, um critério de preservação profissional, visto que, ao longo dos 13 anos de funcionamento do serviço ocorreram inúmeros atritos entre profissionais e pacientes ou familiares, os quais, muitas vezes, eram incentivados pela imprensa a fazer ocorrências policiais, gerando, até, processos judiciais. Esse é outro aspecto delicado a se destacar, pois estas situações levam a um esvaziamento no relacionamento interpessoal tão importante no processo

terapêutico. Skaba (1997) constata algumas contradições na dinâmica de um serviço de emergência, onde os mesmos profissionais — vítimas da violência social — reproduzem, de alguma forma, essa violência. Essa é a forma de sobrevivência encontrada pelos profissionais e pelos clientes de um sistema de saúde que tem os serviços de emergência como o principal acesso aos serviços de saúde e responsável por organizar o fluxo da demanda.

O excesso de pacientes é um fator que tem gerado uma desestruturação do cuidado de enfermagem na emergência. Além de reforçar a impessoalidade no atendimento, em função do tempo reduzido dedicado a cada paciente e do trabalho centrado sobre atividades rotineiras, dificulta a administração de recursos humanos, físicos e materiais.

O quadro de pessoal do Serviço de Emergência do HCPA aumentou ao longo dos anos, no intuito de adaptar-se às novas exigências impostas pela forma em que o sistema de atenção à saúde está organizado. Apesar disso, a instituição nunca conseguiu contemplar as necessidades reais. Pelo fato de ser um hospital público, vinculado ao Ministério de Educação e Cultura, existe a necessidade de adequar-se às políticas de recursos humanos determinadas pelo gestor. A alternativa encontrada foi a de cobrir as deficiências com a realização de horas extras por funcionários que, freqüentemente, ao dobrarem sua jornada de trabalho, trabalham cansados, o que, certamente, influencia a forma de cuidar. Além disso, num serviço de emergência, habitualmente o contato anterior com o paciente inexistente, a história prévia é desconhecida e o nível de ansiedade associado à própria situação dificulta uma relação mais próxima.

Em relação à área física, pode-se dizer que, dentro das condições atuais de atendimento, o espaço tornou-se muito reduzido. Um box planejado para ter um

paciente abriga dois ou três. Esta é uma forma improvisada de se atender mais pacientes, porém, a falta de limites gera dificuldades para manter-se a privacidade do paciente e de seu familiar.

No tocante aos recursos materiais, os equipamentos têm que ser revezados, dando-se prioridade sempre aos pacientes mais graves. Frequentemente, existe a necessidade de adaptar conexões da rede de oxigênio para estendê-la a mais pessoas ou a de se eleger os pacientes que terão acesso a um monitor cardíaco. Diversas vezes precisei escolher qual dos pacientes deitaria em uma maca, em detrimento de tantos outros que permaneciam por vários dias sentados, aguardando um leito. Nessas situações, também eram utilizados critérios técnicos na definição, incluindo gravidade do caso, tempo de espera por um leito e estado geral do paciente. Porém, a escolha se modificava conforme o profissional que realizava a avaliação das condições de saúde do paciente, certamente em função da mobilização de valores pessoais que sensibilizam as pessoas de modo diferente.

Diante desse cenário apresentado, pode-se observar que as enfermeiras de um serviço de emergência enfrentam inúmeros dilemas no seu cotidiano. São situações de conflito inerentes ao atendimento de emergência, associadas a um amplo universo de dificuldades do sistema de saúde brasileiro que colocam esse serviço como o principal ponto de referência para a população.

Na realidade em que estão inseridas, as enfermeiras de um serviço de emergência constantemente tomam decisões. Existe um momento histórico, político e social que justifica as suas ações e há uma rede de inter-relações que faz com que o serviço de emergência tenha peculiaridades, formando um grupo profissional, com cultura, crenças e valores próprios que influenciam a forma de perceber e resolver os

seus dilemas éticos. Por isso, a importância da contextualização das decisões, considerando-se as características locais e as vivências do grupo envolvido.

Na função de enfermeira do Serviço de Emergência do HCPA, vivi e presenciei diversas situações de dilema ético, as quais me motivaram a retornar a esse ambiente. Esse retorno propiciou-me momentos de reflexão junto às enfermeiras desse serviço, possibilitando pensar sobre novas idéias para solucionar antigos problemas de enfermagem e, talvez, influenciar a dinâmica existente para encontrar outras formas de cuidar, onde o ser humano seja o centro das ações de cuidado. Acredito que, mesmo num ambiente onde a ação clínica é fundamental e predominante, certamente existe espaço para um cuidado humanizado.

Portanto, o objetivo de minha investigação foi o de compreender de que modo as enfermeiras tomam decisões acerca dos dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência.

4 CONTEXTO TEÓRICO

4.1 A ética no mundo do cuidado de enfermagem

Atualmente, vive-se um momento histórico em que o ser humano tenta construir sua cidadania, visando uma sociedade mais humana e mais justa.

Na área da saúde, muito se tem feito para alcançar melhores condições de bem viver. Podemos citar o desenvolvimento de conhecimentos e a rápida expansão tecnológica que têm aumentado as alternativas de intervenções, gerando novas oportunidades e constantes desafios na prestação de cuidados. Além disso, o desenvolvimento de uma abordagem humanista junto aos pacientes, valorizando os aspectos relacionais no processo terapêutico, principalmente na enfermagem.

Essas evoluções, ocorridas nas últimas décadas, constituem uma tendência ética, se entendidas na concepção de Clotet (1993), que refere-se à ética como a realização ou crescimento das pessoas em sociedade por meio da aquisição, integração e partilha de valores.

O conceito de ética tem sido discutido ao longo do tempo, existindo vários entendimentos sobre o seu significado.

Ética é uma palavra de origem grega, com duas raízes possíveis. A primeira trata-se da palavra grega *éthos*, com *e* curto, que pode ser traduzida por costume e que serviu de base para a tradução latina de moral. A segunda também se escreve *éthos*, porém com *e* longo, que significa propriedade do caráter e que orienta a significação atual que damos à palavra ética (Moore, 1975).

Segundo Vásquez (1992), no aspecto semântico, os termos ética e moral se equivalem. Moral vem do latim *mos* ou *mores*, significando o conjunto de normas ou regras de comportamento humano adquiridas por hábito. Ética vem do grego *ethos*, que se refere ao modo de ser ou ao caráter conquistado pelo homem. Os dois termos traduzem um modo de comportamento adquirido ou conquistado. E é esta disposição não natural da maneira de ser do homem que lhe confere sua dimensão moral. Sendo assim, seus atos são morais se forem considerados nas suas relações com os outros, embora existam aspectos internos subjetivos, que motivam o comportamento do indivíduo.

Vásquez (1992) refere, também, que apesar da identidade etimológica entre esses dois termos, a ética e a moral podem adquirir sentidos diferentes. A ética, numa perspectiva científica, é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. A moral, constituída por atos humanos que afetam outros indivíduos, grupos sociais ou a sociedade em seu conjunto, é o objeto de estudo e investigação da ética.

Neves (1996) distingue ética e moral, respectivamente, como ciência dos fundamentos ou dos princípios da ação e conjunto de normas que regulam a ação humana.

A ética é a ciência da moral, de uma esfera do comportamento humano. Por isso, adquire uma variação histórica nas diferentes sociedades. O caráter histórico da ética é concebido como um aspecto mutável da realidade humana. É característica do comportamento humano o estar-se fazendo ou autoproduzindo constantemente, tanto no plano de sua existência material, quanto no de sua vida espiritual, incluída nesta, a moral (Vásquez, 1992).

Valls (1994) ressalta que comportamentos eticamente adequados relacionam-se com os costumes vigentes em cada época, ou seja, os costumes permanecem enquanto puderem coagir moralmente ou socialmente. E não são apenas os costumes que variam, mas os valores que os acompanham, as normas concretas e os ideais de uma sociedade para outra.

Sendo assim, a ética vai adquirindo novos posicionamentos através da história e, através das experiências humanas, vão sendo desenvolvidos novos critérios de ajuizamento⁵ ético (Fortes, 1998). O autor também refere que a ética contemporânea possui vários enfoques, posturas e valores. Assim, a abordagem deve ser interdisciplinar, com a colaboração e a interação da diversidade das ciências biológicas e humanas. Não há fundamentação ética comum, mas existe respeito às diferenças morais e uma tendência em ver o homem em sua globalidade, numa perspectiva autonômica e humanista.

Toda a ciência do comportamento humano tem relação com a ética, pois o comportamento moral do homem se manifesta em diferentes planos, e várias ciências contribuem com a ética, estudando as relações e o comportamento dos homens em sociedade. Algumas buscam esclarecer as condições internas, subjetivas do ato moral, relacionadas às motivações e à estrutura do caráter e da personalidade do indivíduo. Outras preocupam-se com o comportamento do homem como um ser social, com as estruturas nas quais se integram as suas relações e com as formas de organização dos indivíduos dentro delas. O comportamento assume um caráter social, à medida que os indivíduos vivem em determinada sociedade, com uma moral efetiva que corresponde a necessidades e exigências da vida social. Daí a importância de conhecer a relação entre

⁵ Ato ou efeito de formar juízo ou conceito, julgar, avaliar, ponderar (Ferreira, 1986).

a moral e as condições sociais concretas, evitando elevar ao plano do absoluto certos princípios e certas normas (Vásquez, 1992).

As ciências biológicas também estão diretamente relacionadas com a ética. O incremento das discussões éticas, nessa área, iniciou a partir do progresso biotecnológico, na década de 50, e do movimento dos direitos humanos, nas décadas de 60 e 70 (Neves, 1996; Callahan, 1995).

Esses autores citados acima referem que a descoberta do DNA⁶ (ácido desoxirribonucléico) criou condições para um movimento de inovações tecnológicas (transplantes, diagnóstico pré-natal e técnicas de reprodução, engenharia genética). Porém, a utilização de meios exclusivamente técnicos criou situações inéditas para pacientes, famílias e profissionais da área da saúde, os quais começaram a questionar o alcance humanitário de alguns novos processos terapêuticos.

É nesse ambiente de grandes evoluções e sentimentos contraditórios que emerge a bioética, um novo domínio da reflexão e da prática, que assume como objeto específico as questões humanas, na sua dimensão ética. "É o despertar de uma nova consciência de se ser, de um apurado sentido do humano, que se interroga pelo 'que devo fazer?' face ao 'que posso fazer?'" (Neves, 1996, p. 8).

Segundo Callahan (1995), a bioética surgiu a partir de dilemas éticos decorrentes do avanço científico-tecnológico. Atualmente, com uma visão mais ampla, a bioética abrange todas as perspectivas que procuram entender o comportamento humano e seus problemas morais na área das ciências da vida, à luz de valores humanos individuais e coletivos.

⁶ O DNA é uma estrutura molecular capaz de armazenar informações genéticas e transmiti-las para as novas gerações (Thompson; McInnes; Willard, 1991).

A fundamentação da bioética vem se desenvolvendo ao longo do tempo, baseando-se em teorias éticas que contemplam uma variedade de abordagens para orientar a ação frente ao confronto com problemas ou dilemas éticos. Há discussões teóricas sobre a escolha entre ética de virtudes ou ética de deveres para a realização de uma decisão moral. Seria mais importante ter um caráter virtuoso, disposto a fazer o bem ou utilizar princípios morais que facilitassem a realização de uma escolha prudente? (Callahan, op. cit.).

Vários autores têm estudado os diferentes modelos explicativos utilizados em bioética, os quais foram desenvolvidos a partir de diferentes referenciais teóricos e suas características são, aqui, descritas segundo Neves (1996) e Goldim (1999).

Um dos modelos de análise bioética mais divulgados é o principialista, apresentado por Beauchamp e Childress (1994). O modelo de princípios pretende fornecer uma referência prático-conceitual, a fim de orientar os profissionais da área da saúde em algumas situações concretas, através de quatro princípios norteadores.

a) A autonomia refere-se ao respeito pela capacidade de escolha do ser humano, segundo as suas crenças e os seus valores morais. A pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, é livre de coações internas ou externas para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas. b) A beneficência significa fazer o bem. Esse princípio faz parte do núcleo central de vários modelos bioéticos, pois é concebido como um aspecto da natureza humana que motiva o interesse em ajudar o outro. c) A não-maleficência significa não fazer o mal intencionalmente, ou seja, há a obrigação moral de não causar dano às pessoas. d) A justiça corresponde à adequada distribuição de bens e serviços, o direito das pessoas a um tratamento justo, equitativo e apropriado às suas necessidades.

Os princípios beneficência e não-maleficência são a base filosófica da ética em saúde e têm sido bastante usados na prática clínica. Proporcionaram aos profissionais um vocabulário, categorias lógicas de percepções e sentimentos morais não verbalizados anteriormente, e meios para resolver dilemas éticos, através do processo de compreensão das razões para a tomada de decisão (Pessini; Barchifontaine, 1998). No entanto, o princípalismo tem sido criticado por aplicar os princípios de modo objetivo e racional, com uma preocupação em julgar se a ação está certa ou errada. Existe uma tendência à universalidade, que faz com que uma ação seja considerada certa, se outra pessoa, em situação semelhante, também agir daquela forma. A imparcialidade também é um critério considerado, ou seja, as decisões não devem ser influenciadas por sentimentos ou relações interpessoais.

O princípalismo teve grande destaque na década de 70 e até hoje é adotado. Entretanto, na década de 90, nasceram várias perspectivas de abordagem bioética, as quais consideram outras características do contexto na tomada de decisão moral.

O modelo libertário ou autonomista baseia-se na tradição político-filosófica do liberalismo norte-americano e aposta no valor central da autonomia do indivíduo, tendo como proposta básica a defesa dos direitos do indivíduo sobre o seu corpo. Justifica as ações decorrentes da vontade livre do paciente, sendo este ponto vulnerável a críticas, pela possibilidade de permitir a comercialização de órgãos e o estabelecimento de contratos, em vida, para utilização pós-morte do corpo do indivíduo.

O modelo contemporâneo do direito natural também aborda a questão dos direitos humanos, apoiado na existência de bens fundamentais, como o conhecimento, a vida estética, a vida lúdica, a razão prática, a religiosidade e a amizade. Uma postura

ética é aquela que contribui para o desenvolvimento desses valores, que consideram o homem na sua integralidade e na sua relação com a sociedade.

O modelo contratualista propõe uma nova perspectiva nas relações entre médico, paciente e sociedade, rompendo com a tradição ocidental paternalista. O médico mantém a responsabilidade pelas decisões técnicas, e o paciente decide de acordo com o seu estilo de vida, seus valores morais e pessoais. O processo de tomada de decisão deve ocorrer a partir da troca de informações e da negociação. Os críticos desse modelo afirmam que ele revela desconhecimento da prática clínica.

O modelo personalista está enraizado na filosofia européia fenomenológica e existencialista. Contribuiu com a discussão do papel das pessoas envolvidas no processo de tomada de decisão, calcada na singularidade humana e no estabelecimento de um processo de troca de informações para integrar o homem na sociedade.

O modelo contemporâneo do direito natural, assim como os modelos contratualista e personalista, apesar de suas contribuições, têm como crítica principal a inexistência de uma sustentação teórica para constituírem-se em um modelo explicativo propriamente dito.

O modelo de casuística preconiza uma análise de caso a caso, examina as suas características paradigmáticas e estabelece comparações e analogias com outros casos. A casuística trouxe à discussão a importância da analogia e o julgamento prático. Os princípios são considerados, mas não de modo absoluto. Esse modelo tem sido criticado pela dificuldade em adequar os casos às diferentes culturas e aos diferentes períodos históricos.

Reagindo à tendência individualista de alguns modelos, surge o modelo da virtude, que propõe a virtude como um valor moral, uma disposição para fazer o bem.

Entre as principais virtudes humanas estão o amor, a prudência, a polidez, a coragem, a justiça, a compaixão e a humildade. A maior crítica a esse modelo é o fato de ser muito difícil desenvolver virtudes em pessoas com desenvolvimento psicológico-moral avançado, como é o caso dos profissionais de saúde.

Seguindo essa tendência, evidencia-se o modelo do cuidado, chamado por Gilligan (1982) de ética do cuidado, que preconiza a abordagem de dilemas éticos, procurando soluções particulares para os problemas. Em contraste à ética orientada por princípios, a ética do cuidado tem sido descrita como um processo situacional e intuitivo, onde a questão central é examinada a partir de uma rede de inter-relações. O cuidado implica mutualidade e reciprocidade nas relações, portanto não é unidirecional e pretende atender aos valores dos indivíduos envolvidos. A autora contrapõe o valor do cuidado, de expressão acentuadamente feminina, ao da justiça, de expressão mais masculina, para caracterizar a existência das duas perspectivas. Entretanto, refere a importância dos dois enfoques, que convergem para o mesmo fim. A ética do cuidado tem sido criticada por direcionar o cuidado para o universo feminino e para a enfermagem e também por não atender os problemas de responsabilidade social, por causa de sua abordagem individualista, relativista e relacional.

Existem muitas formas de abordar as questões éticas, relacionadas às diferentes visões de mundo e à evolução dos conhecimentos através dos tempos. Mas, por mais que variem os enfoques filosóficos ou mesmo as condições históricas, Valls (1994) refere que algumas noções, mesmo abstratas, permanecem firmes e consistentes na ética. Uma delas é a distinção entre o bem e o mal. Agir eticamente é agir de acordo com o bem, ainda que a definição de *bem* seja relativa.

Esse também é o entendimento de Sgreccia (1996), quando define vida ética como tendência primária da pessoa humana para realizar o bem. Nessa perspectiva, a ética não corresponde a uma qualificação externa das ações humanas, mas significa uma exigência necessária da vida, presente em todas as ações do ser humano. Atos éticos fazem parte de uma vida ética e partem de uma pessoa dotada de vontade, inteligência, liberdade e responsabilidade.

Conforme Sgreccia (op. cit.), a vontade expressa a tendência do ato, estabelecendo fins e itinerários para a ação, em cujo vértice está o conteúdo do bem. A vontade, mesmo reprimida, aspira a um bem e permanece aberta à ação. A vontade nasce das profundezas da vida humana, de um modo diferente da inteligência.

A inteligência, segundo o mesmo autor, segue um movimento intelectual e incessante de conhecimento, numa ordem interpretativa da realidade, percebendo as verdades e descobrindo o bem em seus momentos de intuição ou em seus momentos de raciocínio. Por isso, o bem verdadeiro jamais pode estar separado da verdade. Uma ação é qualificada moral a partir da coincidência entre verdade e bem. Uma ação é moralmente válida e construtiva para o ser humano quando a vontade realiza com a ação o que é realmente bom. Mas a vontade permanece livre, mesmo nessa complexa relação com a inteligência ou capacidade mental de avaliação.

Sgreccia (1996) refere-se à liberdade como autodeterminação e representa a dignidade humana. Mas não há ato livre que não comporte responsabilidade moral. Diante de uma escolha livre, a responsabilidade responde à consciência. Refere, ainda, que a consciência é atitude de conhecimento e discernimento e tem por fim a avaliação das ações morais. Portanto, o seu objeto de juízo é a ação humana, a qual é avaliada em relação aos valores, aos princípios e às normas morais. A consciência representa o valor

ético de uma ação. É o lugar e o momento em que sobressai a conveniência ou não conveniência de um ato, em relação ao quadro de referência moral próprio do sujeito. Trata-se de um juízo da razão em relação à idéia de bem e de mal.

Não há, pois, como separar o ato humano livre do juízo ético e da responsabilidade. A ação sobre alguma coisa ou em relação a alguém pode ser conforme ou disforme, mas jamais será indiferente ou nula, seja em relação à pessoa que age ou aos destinatários desse agir. Conscientes ou não, somos responsáveis por aquilo que fazemos (Sgreccia, 1996).

Valls (1994) refere que a ética é uma ciência que se relaciona intimamente com as questões da prática, da ação e não apenas com as do discurso. A ética se preocupa com as formas humanas de resolver as contradições entre necessidade e possibilidade, entre tempo e eternidade, entre o individual e o social, entre o econômico e o moral, entre o corporal e o psíquico, entre o natural e o cultural, e entre a inteligência e a vontade.

Vive-se numa sociedade pluralista, culturalmente diversa, o que resulta em diferentes compreensões e interpretações dos princípios e valores éticos. Essa diversidade possibilita diferentes posicionamentos morais, mesmo diante de situações semelhantes, ou seja, não existe uma ética universal que contemple as inúmeras perspectivas que guiam as decisões das pessoas. A ética tem recebido especial atenção na sociedade contemporânea, sendo um campo de interesse para os filósofos, para os profissionais da área da saúde e para os cidadãos em geral (Starzonski, 1998).

Na área da enfermagem, a noção de cuidado vem se expandindo desde a década de 70. Neste período, enfermeiras americanas desencadearam um processo de humanização do cuidado, contrapondo-se a despersonalização dos cuidados à saúde e ao

enfoque biológico que norteava as ações de enfermagem. Na realidade brasileira, este movimento de aderência aos ideais do cuidado humano ganhou força na década de 80, também influenciado pelos estudos de várias teóricas, que apontam o cuidar/cuidado como a essência da enfermagem, incentivando uma abordagem qualitativa de cuidar (Reich,1995; Waldow, 1998).

Leininger (1984) introduz a importância de identificar as diferenças e similaridades nas diversas culturas para prover cuidados congruentes com as variadas visões de mundo. Watson (1996), por sua vez, defende a idéia de que o cuidar/cuidado deve ser praticado de modo transpessoal, numa perspectiva humanista, combinando conhecimentos científicos com uma visão ampliada do mundo e habilidades de pensamento crítico.

A expansão da perspectiva do cuidar implica promoção do desenvolvimento moral, indispensável ao desempenho dos diferentes papéis das enfermeiras, visando uma prática humanista, preconizada pelas teóricas de enfermagem, embora nem sempre se refiram à ética de forma explícita.

Gastmans, Casterle e Schotsmans (1998) consideram a enfermagem uma prática moral, pois ocorre a partir de uma relação de cuidado, envolvendo habilidades e atitudes, com uma intenção moral de promover o que é bom para cada paciente. A relação de cuidado caracteriza-se por uma relação ética.

As enfermeiras, muitas vezes, tomam decisões éticas que nem sempre são percebidas como tal. Também não percebem os dilemas envolvidos nas situações que as impedem de decidir de acordo com a sua convicção moral.

No ambiente das unidades de emergência esta situação é freqüente. Os profissionais, diariamente, se deparam com alternativas de tratamento ou condução de

um caso que têm justificativa técnica, mas com algum questionamento moral ou social, ocasionando, segundo Renner, Prati e Goldim (1999), um dilema ético.

Cuidar, em enfermagem, pressupõe uma perspectiva ética de ação, por isso conflitos estarão presentes nos ambientes que desafiam a enfermagem como uma prática moral, com um comportamento de cuidado que envolve uma relação afetiva e virtuosa, além de um conhecimento específico e habilidades técnicas (Gastmans; Casterle; Schotsmans, 1998).

A noção de cuidado contempla a interação, pois as enfermeiras desempenham suas atividades num contexto de valores, constituído não só pelas suas próprias visões, mas pela perspectiva dos pacientes e seus familiares, da equipe de enfermagem, dos médicos e dos administradores. Diante disso, observa-se que uma decisão ética também assume um caráter coletivo, visto que conflitos e dilemas éticos são compartilhados no cotidiano de um ambiente de cuidado. Pode-se dizer que a cultura desse ambiente é resultante da inter-relação entre esses indivíduos.

O conceito de cultura tem sido estudado e abordado de diferentes formas ao longo dos tempos, o qual expressa múltiplas faces e adquire diferentes enfoques nas diversas áreas do conhecimento.

Monticelli (1994), ao discutir a importância do conceito de cultura na prática de enfermagem, destaca o caráter plural desse conceito, trazendo a essência de alguns enfoques existentes. Refere que na psicologia existe uma preocupação recente dos profissionais em compreender as relações entre a cultura e o comportamento humano. A filosofia aborda a cultura como algo inerente à inteligência humana, baseada na acumulação histórica de experiências, que torna o homem capaz de transformar o mundo e a si mesmo, num processo dinâmico de crescimento. Na educação, a cultura

envolve o papel ativo do homem como um ser da transformação e não da adaptação de sua realidade. Para a antropologia, a cultura é aprendida e compartilhada, por isso diferencia os agrupamentos humanos.

Nesse contexto, o conceito de cultura é abrangente e complexo, podendo adquirir diferentes interpretações nas diversas disciplinas. Na enfermagem, os pressupostos da antropologia têm sido os mais utilizados, desde que a enfermeira americana Madeleine Leininger passou a usar, na década de 60, métodos antropológicos de investigação para conhecer o modo de vida das pessoas em seu contexto⁷ e, a partir daí, ter subsídios para personalizar o cuidado ou prestar um cuidado cultural coerente.

Para Leininger (1995), a cultura refere-se aos valores, às crenças, às normas e aos modos de vida de um grupo particular, os quais são aprendidos, compartilhados e transmitidos, por isso guiam os pensamentos, as decisões e as ações, de modo padronizado. As condutas e os objetivos variam de um grupo cultural para outro, em função das diferentes formas de ver o mundo.

Partindo-se do conceito introduzido por Leininger (op. cit.), acredita-se, aqui, que investigar o fenômeno dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência, através de uma abordagem cultural, seja uma forma de participar do mundo das informantes, para compreender de que modo esses profissionais desenvolvem suas atividades em equipe e os cuidados em nível de emergência, sabendo-se que são ações interdisciplinares, por isso a importância de considerar os fatores culturais envolvidos.

Para reforçar este pensamento, ressalta-se as idéias de Helman (1994), que conceitua a cultura como um conjunto de princípios (implícitos e explícitos) herdados

⁷ O contexto refere-se à totalidade de um evento, situação ou experiência, que ocorre num ambiente físico, ecológico, sócio-político e cultural e que dá significado às expressões humanas, às interpretações e às interações sociais (Leininger, 1995).

pelos indivíduos enquanto membro de um grupo particular. O mesmo autor aponta, ainda, a existência de subculturas profissionais tais como médicos, enfermeiros e outros, formando um grupo à parte, com seus próprios conceitos e organização social, adquirindo uma perspectiva de vida diferente daquela de quem está de fora deste contexto. Todas as culturas possuem subgrupos, com uma experiência cultural que exerce influência em muitos aspectos da vida das pessoas, incluindo percepções, emoções, comportamentos, crenças e atitudes.

Uden et al*, citados por Barnitt (1998), em seus estudos sobre dilemas éticos, encontrou algumas diferenças entre enfermeiras e médicos, quanto ao foco de suas dificuldades no cuidado aos pacientes, as quais relacionou com o tipo de atividade realizada e com a filosofia da profissão. Para as enfermeiras, os temas incluíam saúde, qualidade de vida, experiências prévias, proximidade com o paciente e apoio entre os colegas. Enquanto que para os médicos, o foco estava na doença, na preservação da vida, no conhecimento científico, na distância do paciente e no existir sozinho.

Diante dessa ilustração, pode-se observar que existem especificidades entre as subculturas profissionais, o que pode evidenciar diferenças na percepção e interpretação dos dilemas éticos. Segundo Helman (1994), deve-se considerar que as culturas não são homogêneas, e urge evitar generalizações acerca do comportamento das pessoas, pois diferenças entre os membros de qualquer grupo humano podem ser tão marcantes quanto aquelas existentes entre membros de diferentes grupos culturais. Por outro lado, sem a percepção compartilhada do mundo, a coesão ou a continuidade de qualquer grupo humano seria impossível (Helman, 1994; Warnock, 1985).

* UDEN, G.; NORBERG, A.; LINDSETT, A.; MARHAUG, V. Ethical reasoning in nurses' and physicians' stories about care episodes. *Journal of Advanced Nursing*, v. 17, p. 1028-1034, 1992.

Dentro do ambiente de cuidado, Leininger (1995) traduz esta situação através de seus conceitos de universalidade e diversidade cultural, referindo que, dentro de um mesmo contexto, os significados, os valores e os símbolos podem ser semelhantes ou variáveis entre os membros de um mesmo grupo cultural.

A partir dessa visão, acredita-se que, no mundo do cuidar de um serviço de emergência, a forma como as enfermeiras tomam as decisões em relação aos dilemas éticos estão relacionadas com a forma como esse grupo se organiza, compartilha as vivências e transmite as experiências. Existem fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados de uma subcultura (históricos, sociais, educacionais, tecnológicos, político-legais, religiosos, econômicos), os quais influenciam o comportamento humano, nos diferentes contextos ambientais (Leininger, 1995). Essa rede de inter-relações justifica a existência de certas peculiaridades no serviço de emergência, que possui um grupo cultural com crenças e valores próprios, tornando-se apropriada uma abordagem cultural ao propósito de investigar a visão dos enfermeiros que vivenciam o fenômeno dos dilemas éticos, em seu cotidiano profissional.

5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

5.1 Tipo de estudo

Este estudo foi desenvolvido sob a perspectiva qualitativa de pesquisa, com uma abordagem do tipo etnoenfermagem, segundo Leininger (1985).

A pesquisa qualitativa preocupa-se com o universo dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, correspondendo a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (Minayo; Deslandes; Cruz Neto, 1994).

Segundo Polit e Hungler (1995), esse tipo de pesquisa considera que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos próprios atores sociais. Assim, a abordagem qualitativa foi uma alternativa valiosa para entender a complexa dimensão do fenômeno de enfermagem que busquei compreender: os dilemas éticos no contexto de um serviço de emergência.

A etnoenfermagem é uma metodologia de pesquisa proposta por Leininger (1985), baseada nos pressupostos da pesquisa etnográfica e adaptada para explicar os fenômenos de enfermagem.

O termo *ethno* tem origem grega e refere-se à nação ou características de um grupo, sendo o prefixo de alguns métodos de pesquisa utilizados por antropólogos, que estudam as pessoas em diferentes lugares do mundo (Leininger, 1990).

Leininger (1985) define etnografia como um processo sistemático de observação, registro, descrição e análise dos padrões específicos de uma cultura ou subcultura, para entender o modo de vida das pessoas, em seu ambiente.

A etnoenfermagem tem sido conceituada, desenvolvida e usada como um método de pesquisa que focaliza a documentação, a descrição e a explicação de cuidados de enfermagem, a partir dos clientes, dos enfermeiros, das situações de enfermagem e de saúde (Leininger, 1985).

O método etnográfico pretende obter, de forma ampla, os significados do contexto, enquanto a etnoenfermagem enfoca o contexto de cuidado humano.

A escolha, pois, dessa metodologia possibilitou-me entrar no mundo das enfermeiras de um serviço de emergência e obter a visão de mundo e os significados que essas profissionais têm acerca dos dilemas éticos nesse mundo do cuidar.

Por se tratar de um foco específico de investigação, esta pesquisa caracterizou-se como uma mini-etnoenfermagem, pois não era intenção da pesquisadora investigar todas as dimensões do cuidado humano, o que caracterizaria uma maxi-etnoenfermagem (Leininger, 1985; Wenger, 1985).

Leininger (1990) refere que os etnométodos são essenciais para entrar no mundo de culturas específicas e descobrir fenômenos de enfermagem e de cuidados à saúde, porque utilizam uma abordagem humanista para conhecer e entender as pessoas. Além disso, é uma experiência de co-participação, onde pesquisador e informantes têm um contato bastante próximo, desenvolvendo uma relação de confiança.

Na etnoenfermagem, o pesquisador deseja compreender a visão *emic* e a visão *etic* do fenômeno em estudo. A dimensão *emic* corresponde ao conhecimento, cognições e percepções internas sobre um fenômeno específico, ou seja, o conhecimento dos informantes, o que eles dizem, como explicam os eventos ou interpretam o seu significado e as modalidades de suas ações. A dimensão *etic* é a visão externa e universal que explica o fenômeno, revelada a partir de observações ou outras fontes que

permitem a interpretação na dimensão teórica e na linguagem do pesquisador. O que o pesquisador observa e experiencia é considerado nesse método (Leininger, 1985).

5.2 Descrição do campo

O presente estudo foi realizado no Serviço de Emergência do HCPA, local escolhido em função de seu significado na vivência profissional da pesquisadora, que lá foi enfermeira de 1987 (época em que foi inaugurado) a 1997. Outra questão determinante foi a característica do atendimento, que proporciona uma riqueza de situações relacionadas com dilemas éticos, aos quais estão submetidos os profissionais que ali trabalham.

O HCPA é um hospital universitário, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Em função desse vínculo serve de campo de estágio para médicos residentes, acadêmicos dos cursos de enfermagem e de medicina. É uma instituição de nível terciário, cuja missão é a assistência, o ensino e a pesquisa, possuindo toda a infra-estrutura necessária à prestação de cuidados numa instituição desse porte.

O Serviço de Emergência situa-se no andar térreo, numa área de aproximadamente 1.000 m². É constituído por duas unidades: a Unidade de Emergência Adultos e a Unidade de Emergência Pediátrica. Ambas funcionam no mesmo espaço físico, sendo que as salas de atendimento aos pacientes adultos e pediátricos são independentes, mas as áreas de apoio são comuns às duas unidades (recepção, administração, almoxarifado, apoio diagnóstico - eletrocardiograma, radiologia e sala de coleta de exames, rouparia, salas de lanche e sala de estar).

A Unidade de Emergência Adultos divide-se em sala de triagem, 3 consultórios de clínica médica, 1 de clínica cirúrgica e 1 de ginecologia, sala de procedimentos/SP (12 cadeiras), sala de observação/SO (13 leitos) e posto de enfermagem. A Unidade de Emergência Pediátrica possui sala de triagem, 4 consultórios, sala de procedimentos (7 cadeiras), sala de observação (8 leitos) e posto de enfermagem.

Conforme relatório do Serviço de Emergência (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1998), a média mensal de consultas é de, aproximadamente, 3.000 pacientes adultos e 1.700 pacientes pediátricos, incluindo o atendimento às especialidades médicas básicas, além de ser referência para o atendimento de pacientes em acompanhamento em todas as outras especialidades médicas existentes no HCPA. O enfoque do atendimento são situações de *emergência*⁸ e *urgência*⁹, mas também são realizados atendimentos *não urgentes*¹⁰.

Os cargos de chefia do Serviço de Emergência são ocupados por um professor da Faculdade de Medicina da UFRGS, um professor da Escola de Enfermagem da UFRGS e uma chefia de serviço da área administrativa. Também há uma enfermeira-chefe na Unidade de Emergência Adultos e uma enfermeira-chefe da Unidade de Emergência Pediátrica.

O corpo funcional contratado é composto por enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos, assistente social, pessoal administrativo, vigilantes e auxiliares de limpeza.

A equipe de enfermagem é vinculada ao Serviço de Enfermagem em Emergência do Grupo de Enfermagem do HCPA. Tradicionalmente, vinha

⁸ Necessidade de atendimento imediato (Rogers; Osborn; Pousada, 1992).

⁹ Necessidade de avaliação/intervenção em vinte minutos até duas horas (Rogers; Osborn; Pousada, 1992).

¹⁰ Condições não agudas que podem ser encaminhadas para um pronto-atendimento ou ambulatório (Rogers; Osborn; Pousada, 1992).

desenvolvendo sua jornada de trabalho distribuída nos turnos: manhã, tarde, noite um, noite dois e noite três.

O grupo de enfermeiras, atualmente, é composto por 23 profissionais: 5 enfermeiras pela manhã, o mesmo quadro à tarde e 3 enfermeiras em cada noite. A partir do segundo semestre de 1999, houve aumento no quadro de enfermeiras, e o serviço passou a contar com uma equipe fixa de 3 enfermeiras nos finais de semana e 1 enfermeira no horário das 18h30 às 00h15min.

5.3 Seleção dos informantes

O termo informante é utilizado para caracterizar um atributo pessoal e para destacar a importância do papel dessa pessoa (Leininger, 1985).

Os informantes deste estudo foram as enfermeiras do Serviço de Emergência do HCPA, por serem as profissionais da equipe de enfermagem que tomam decisões em relação ao cuidado direto e em situações de gerenciamento da prestação de cuidados.

Segundo Leininger (op. cit.), numa pesquisa do tipo etnoenfermagem, existe a preocupação em escolher informantes com potencial para revelar dados substantivos, com pontos de vista similares e diferentes.

A autora refere, também, que existem dois tipos de informantes: o informante-chave e o informante geral. O informante chave é aquele que mais conhece sobre o fenômeno ou o domínio a ser investigado. O informante geral proporcionará a coleta de dados adicionais.

Neste estudo, fez-se a escolha das informantes após a entrada no campo, na fase de observação, momento em que se observou e ouviu-se atentamente as enfermeiras do

serviço, a fim de identificar aquelas que, através de seu conhecimento e sua experiência sobre o fenômeno em estudo, poderiam contribuir significativamente para o estudo.

Nessa etapa, constatou-se que todas as enfermeiras do serviço potencialmente poderiam ser informantes, por estarem expostas a circunstâncias de dilema ético, porém, a interação ocorreu com 13 enfermeiras que exerciam suas atividades no período em que se realizavam as etapas de observação. Portanto, essas enfermeiras passaram a ser informantes, sendo que 5 foram consideradas informantes gerais e 8 constituíram o grupo das informantes-chave, as quais foram entrevistadas.

O critério para a escolha das informantes-chave foi o de trabalharem na assistência direta aos pacientes, e a escolha aconteceu após a primeira análise das observações, em função de situações vividas durante a jornada de trabalho dessas enfermeiras, consideradas significativas para a compreensão do fenômeno em investigação. Foram escolhidas 2 enfermeiras do turno da manhã, 2 do turno da tarde e 4 do turno da noite, para contemplar todos os turnos de trabalho. O interesse das enfermeiras em participar da pesquisa também foi considerado. Quanto às características das enfermeiras entrevistadas, eram todas do sexo feminino e com um tempo de experiência no Serviço de Emergência de 2 a 12 anos.

5.4 Coleta das informações

Após a autorização do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA, estabeleceu-se contato com a Chefia do Serviço de Enfermagem em Emergência do Grupo de Enfermagem e, posteriormente, com as Chefias de Unidade, a fim de informar o objetivo geral da pesquisa, prestar esclarecimentos e fazer as combinações

necessárias. Como não havia previsão de reunião com as enfermeiras nesse período, combinou-se reuniões informais com pequenos grupos, nos turnos de trabalho. A partir daí, iniciou-se a coleta de informações.

As informações foram coletadas seguindo-se a técnica de investigação da etnoenfermagem, método de observação-participação, que inclui observação e entrevistas (Leininger, 1985). De acordo com a autora, ao desenvolver-se um estudo do tipo etnoenfermagem, é recomendável que se tenha conhecimento das características gerais da cultura em estudo. No entanto, o pesquisador não sabe tudo a respeito das pessoas e não deve ter visões predeterminadas sobre as informações. Pesquisadores que têm algum conhecimento sobre a cultura do grupo tornam-se melhores investigadores das situações, sendo melhores ouvintes e observadores do que aqueles que não têm nenhum conhecimento sobre o campo.

Sob essa perspectiva, percebeu-se, no desenvolvimento deste estudo, que o conhecimento prévio do contexto facilitou o entendimento da dinâmica de funcionamento do serviço e a interação da pesquisadora com os informantes, que ocorreu de modo bastante espontâneo e informal.

5.4.1 Observação

A observação é essencial na etnoenfermagem, pois permite entrar no mundo real dos informantes. No desenvolvimento desta pesquisa utilizou-se a proposta de Leininger (1985), que preconiza quatro fases de observação, sendo que cada fase reflete um foco dominante e orienta o processo de forma sistemática.

Na primeira fase, a da *observação*, o observador conhece o contexto de modo amplo, tem uma visão mais próxima da cultura, estabelece contato com os informantes. A observação e a escuta são os momentos principais dessa fase e os informantes também observam o pesquisador, que é um estranho naquele contexto (Leininger, 1985).

Esse foi o momento da entrada no campo. Inicialmente, houve uma aproximação com os informantes e com toda a equipe do Serviço de Emergência, pois as pessoas já conheciam a pesquisadora e estavam curiosas em relação à pesquisa. As profissionais foram receptivas e acolhedoras, demonstraram interesse em relação ao tema da pesquisa, algumas elogiaram a iniciativa e verbalizaram que a realização deste estudo poderia, de alguma forma, ajudar a equipe.

As primeiras observações foram realizadas nas diferentes áreas do serviço, durante os turnos de trabalho da enfermagem e também nos horários de passagem de plantão. Procurou-se observar e ouvir, com o intuito de compreender a dinâmica geral do atendimento aos pacientes e perceber aspectos da forma de ser desse grupo de enfermeiras nesse ambiente. O foco dessa etapa de observação foi o *contexto cultural*.

Na segunda fase, a *observação com alguma participação*, já ocorre alguma forma de participação, pois o pesquisador desenvolve uma interação com os informantes e observa as reações que surgem (Leininger, 1985).

Nessa etapa, a observação continuou, focalizando-se nas situações de cuidado que envolviam dilemas éticos. Algumas enfermeiras foram acompanhadas em suas atividades, de modo que se pudesse permanecer mais tempo com cada profissional, possibilitando uma aproximação maior e uma observação detalhada. Além disso, participou-se de algumas das atividades das enfermeiras: o atendimento às solicitações

de pacientes, o fornecimento de informações e orientações aos familiares. Também começaram a ocorrer conversas informais com as enfermeiras, as quais falavam de suas experiências no serviço e sobre os dilemas que enfrentavam no dia-a-dia. O foco dessa etapa de observação foram as *enfermeiras no contexto cultural*.

Na terceira fase, caracterizada pela *participação com alguma observação*, o pesquisador torna-se um participante das atividades dos informantes e a observação diminui. Esse envolvimento permite apreender os sentimentos e as experiências dos informantes, inseridos nos acontecimentos do cotidiano. Um bom relacionamento com os informantes ajuda o pesquisador a entender melhor o fenômeno sob a perspectiva daquela cultura (Leininger, 1985).

A partir de então, a participação da pesquisadora nas situações de cuidado aumentou, por sentir-se parte daquela equipe. Em diversas circunstâncias estabeleceu-se uma parceria para a realização de procedimentos, discussão de casos e encaminhamento de situações, tanto na triagem e nas salas de procedimentos, quanto nas salas de observação. As conversas informais sobre os problemas cotidianos tornaram-se freqüentes. O horário do cafezinho era um momento de encontro muito rico, ocasião em que enfermeiras do serviço e profissionais da área médica trocavam idéias sobre as situações vividas. Além disso, era um momento de descontração, em que as pessoas compartilhavam os lanches, contavam sua histórias, parecendo que essa integração recarregava as energias dos profissionais que precisavam continuar o trabalho. A participação direta, associada à continuidade da observação, favoreceu a aproximação com os sentimentos e com as experiências vividas com as enfermeiras, além de fortalecer os vínculos e a relação de confiança. Sendo assim, nessa fase foram realizadas as entrevistas, com o foco nos *dilemas éticos dos enfermeiros no contexto cultural*.

A quarta fase, denominada *observação reflexiva*, é o momento de reflexão sobre o impacto das situações e dos acontecimentos sobre as pessoas, através da recapitulação de como se desenvolveu todo o processo, a partir das informações encontradas nas etapas anteriores (Leininger, 1985).

Neste estudo, essa etapa caracterizou-se pela saída do campo e pela reflexão sobre as vivências da pesquisadora com as enfermeiras do Serviço de Emergência, considerando a complexidade e a inter-relação dos resultados encontrados na análise das etapas anteriores. O foco da observação reflexiva foi a *análise de todo o processo*.

O período de permanência em campo foi de sete meses, realizando-se vinte e duas observações, em diferentes horários e dias da semana, combinados previamente com as enfermeiras. O tempo de duração das observações variou de 30 minutos a 3 horas.

O cronograma seguido para a realização das observações transcorreu de modo a permitir o registro de uma observação antes da realização da observação posterior, o que proporcionava a exploração das situações que iam surgindo ao longo do período.

Cabe salientar que o desenvolvimento do método observação-participação, neste estudo, ocorreu em fases, conforme preconizado na etnoenfermagem, porém as etapas se inter-relacionaram, ou seja, não ocorreram de forma estanque.

As observações foram registradas sob a forma de relatórios específicos, *diário de campo* e *relatório expandido*, seguindo o referencial metodológico escolhido. No *diário de campo* foram registradas as experiências, as idéias e as dúvidas, as palavras-chave e as citações que facilitariam a descrição das vivências. No *relatório expandido* foi feita a descrição das vivências no campo e os registros das percepções iniciais. As

descrições foram realizadas até 24h após a observação, para permitir a lembrança dos detalhes com exatidão.

5.4.2 Entrevista

A entrevista é um método importante na etnoenfermagem, à medida que enfatiza a documentação e o entendimento de tudo o que é escutado, visto e observado em relação às pessoas e ao ambiente. A entrevista individual semi-estruturada, proposta por Leininger (1985), foi escolhida por privilegiar o significado do fenômeno investigado a partir da vivência dos informantes.

Durante a entrevista, partiu-se de certos questionamentos básicos, oferecendo caminhos para as informantes expressarem seus sentimentos e percepções, permitindo que contassem suas histórias no seu estilo próprio. As situações de interesse que surgiam, iam sendo discutidas e exploradas, com o intuito de compreender os significados conhecidos pelas informantes.

Uma questão destacada por Leininger (1985), no processo de obtenção das informações em etnoenfermagem, é a utilidade de conhecer aspectos do contexto antes de serem iniciadas as entrevistas, pois existe uma facilidade maior em compreender os significados explícitos e implícitos do mundo dos informantes.

Utilizou-se, então, uma questão inicial na entrevista e as outras questões foram construídas a partir de um roteiro que emergiu da análise das observações (Anexo A). Após a realização da questão inicial, as enfermeiras relatavam suas experiências e opiniões, as quais sempre tinham relação com algum dos itens do roteiro. Os outros

aspectos iam sendo explorados a medida que a fala da informante permitia uma aproximação com o tema em questão.

A entrevista foi uma oportunidade de retomar e aprofundar as discussões que surgiram no período das observações. Por isso, antes da realização da entrevista, realizava-se a leitura do relatório das observações sobre aquela informante.

Para garantir a fidedignidade das informações coletadas, as entrevistas foram registradas num microgravador e depois transcritas.

A duração da entrevista variou de 25 minutos a 1h30min.

O esquema que representa a utilização das fases do modelo de observação-participação neste estudo, pode ser visualizado no Anexo B.

5.5 Aspectos éticos

A ética em pesquisa vem sendo uma constante preocupação na atualidade e o respeito ao indivíduo deve ser preservado em todos os passos de um estudo.

Sendo assim, solicitou-se às informantes da pesquisa que assinassem um Termo de Consentimento Informado (Anexo C), com autorização para gravação da entrevista, realização de anotações durante as observações, publicação das informações, garantindo-se, a cada uma delas o anonimato.

As informações foram utilizadas exclusivamente para este estudo, portanto as entrevistas gravadas foram apagadas após a elaboração do relatório final.

5.6 Análise das informações

A análise foi realizada utilizando-se a metodologia da etnoenfermagem proposta por Leininger (1990). O processo de análise das informações ocorreu ao longo da pesquisa, simultaneamente à etapa de coleta, num movimento crescente de complexidade. No transcorrer das diversas fases, emergiam novas dimensões do conhecimento, dando origem a questionamentos que viabilizaram a expansão das informações encontradas. Esse método incluiu quatro fases inter-relacionadas.

A primeira fase constituiu-se da *coleta, do registro e da organização das informações*.

A coleta de informações foi iniciada a partir das observações. As anotações do diário de campo subsidiaram a realização do relatório expandido, onde foi descrito tudo o que ocorreu durante a permanência no campo. O relatório expandido, todos os registros e a análise foram digitados e arquivados em computador.

Depois de várias leituras desses relatórios, as informações foram organizadas de acordo com as situações vividas com cada informante. Após, identificou-se os dilemas éticos presentes em cada circunstância. Em seguida, atribuiu-se significados aos dilemas que emergiram e, a partir disso, foram escolhidas as informantes-chave, ou seja, as enfermeiras que viveram situações de dilemas éticos enquanto eram realizadas as observações (Anexo D).

A segunda fase foi marcada pela *identificação de categorias e de componentes*.

Nessa etapa da análise, as informações destacadas na fase anterior foram agrupadas em subcategorias, em função das semelhanças e das diferenças entre os comportamentos das informantes que correspondiam à questão de pesquisa. As

subcategorias evidenciadas passaram a caracterizar os componentes das categorias de análise (Anexo E) e a partir delas também se elaborou o roteiro de entrevista.

A terceira fase caracterizou-se pela *análise do contexto e dos padrões*.

As informações obtidas nas entrevistas foram organizadas de acordo com as categorias esboçadas anteriormente e examinadas minuciosamente para o desvelamento dos padrões de comportamento e dos significados do contexto.

A validação das informações foi realizada mediante a apresentação das informações para 5 enfermeiras entrevistadas, momento em que as categorias e seus componentes foram discutidos, de modo a compor as categorias finais.

Na quarta fase foi realizada a *abstração das categorias, dos resultados encontrados e as formulações teóricas*.

Essa foi a fase mais complexa da análise das informações, pois exigiu uma síntese do pensamento e uma análise criativa das informações trabalhadas nas etapas anteriores. Refletiu-se sobre as informações encontradas e sobre os achados da literatura, realizando-se formulações teóricas e algumas recomendações, sem a intenção de esgotar o tema.

6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

As informações aqui apresentadas expressam como as enfermeiras de um serviço de emergência tomam decisões acerca dos dilemas éticos vivenciados.

Essas informações emergiram da vivência da pesquisadora com as informantes, seguindo a proposta metodológica — uma abordagem do tipo etnoenfermagem (Leininger, 1995), que aspirou obter a visão de mundo daqueles que experienciam o fenômeno dilemas éticos e compreender os seus significados em determinado contexto.

A análise das informações gerou quatro categorias: **acesso aos cuidados, superlotação do ambiente do cuidado, conflitos nas relações interpessoais e enfrentando a morte**, que representam os dilemas vividos nesse ambiente de cuidado. Cada uma das categorias constitui-se de componentes, os quais dão-lhe significado, na busca da compreensão do fenômeno investigado.

A análise das categorias e seus componentes, desvelados nos relatos das enfermeiras, pretendeu interpretar os significados à luz do olhar da pesquisadora e da fundamentação teórica, visando o objetivo deste estudo.

6.1 Acesso aos cuidados

Ao acessar o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas, os pacientes passam pela área de triagem, implantada para identificar as prioridades de atendimento e assegurar assistência imediata àqueles que apresentam um quadro grave de saúde, em função da crescente utilização dos serviços de emergência pela população em geral (Magalhães et al., 1989).

Com o aumento progressivo de pacientes que procuram atendimento e da complexidade dos casos que convergem para esta área, a sistemática de triagem adotada no Serviço de Emergência sofreu várias adaptações.

Atualmente, o processo de triagem é realizado em duas etapas. A primeira triagem é feita na recepção, quando os auxiliares administrativos identificam a queixa principal e agendam o paciente para atendimento no próprio serviço ou o encaminham para a agenda do Serviço de Pronto Atendimento (junto ao ambulatório). O Serviço de Pronto Atendimento dispõe de 60 consultas médicas diárias disponíveis para crianças e 32 para adultos, distribuídas em agendas no turno da manhã e da tarde, exceto sábados, domingos e feriados.

A segunda triagem é realizada pela equipe de enfermagem. Duas técnicas de enfermagem verificam os sinais vitais nas salas de pediatria e de adultos e uma enfermeira avalia os pacientes, a partir de uma anamnese direcionada para a queixa principal e de um exame físico sumário. Em alguns casos, a medida da glicose capilar e a realização de eletrocardiograma também são feitas. Com base nesta avaliação, a enfermeira decide a permanência e a prioridade do atendimento aos pacientes.

Os pacientes que não têm condições de entrar neste fluxo de rotina da triagem, por gravidade da situação ou porque surgiu alguma dúvida na recepção, são recebidos diretamente pela equipe de enfermagem, que os encaminha para a área interna do serviço ou os inclui no agendamento de consultas. Este também é o caso dos pacientes que chegam de ambulância.

Na dinâmica de atendimento do serviço, são agendados 5 pacientes/hora para consultas médicas, triados pela enfermeira, seguindo critérios de gravidade. Além desses pacientes, são atendidos e priorizados aqueles que chegam em situação de

emergência, um número sempre imprevisível. O fluxo, em geral, é contínuo, tanto de pacientes adultos, quanto pediátricos. A média diária de consultas no Serviço de Emergência em setembro de 2000 foi de 48 crianças e de 95 adultos (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2000b).

Em função do número de pacientes, a triagem adquire especial importância e a sua dinâmica tem implicações no funcionamento de todo o serviço, pois, quando os recursos físicos, materiais e humanos são limitados, prestar cuidados imediatos para todos os pacientes torna-se inviável. Assim, os pacientes são classificados, de modo que os recursos sejam usados da melhor forma possível.

As enfermeiras do Serviço de Emergência envolvem-se diretamente na triagem dos pacientes e enfrentam dilemas durante a realização desta atividade, que podem ter implicações técnicas, legais e morais.

As implicações técnicas relacionam-se com o objetivo primário da triagem, de garantir acesso rápido aos pacientes graves, e as enfermeiras entendem que a agilização dos cuidados, nessas circunstâncias, é o ponto de partida para o desenvolvimento do processo de cuidado.

Sendo assim, os pacientes que estão em situação de emergência, correndo risco de vida, têm prioridade. Porém, mesmo sabendo que essa decisão é a mais acertada, as enfermeiras vivem o dilema de, muitas vezes, não ter condições ideais de acomodação:

"...tem pacientes que estão graves, que tu precisas passar para atendimento, mas tu sabes que não tem aonde acomodar esse paciente, e aí realmente tu não sabes o que fazer." (Enfermeira 18)

"...existem 8 ou 10 lugares para ficar, para ser atendido rapidamente e tu tens 50 pessoas lá dentro, mais as que estão chegando..." (Enfermeira 14)

Quando o número de pacientes excede a capacidade de atendimento do Serviço de Emergência, a chegada de pacientes graves é motivo de conflito para as enfermeiras, pois não há possibilidade de qualquer tipo de encaminhamento¹¹, visto que a necessidade determina o acesso aos cuidados.

Segundo Kilner (1995), a noção de necessidade inclui a idéia de que a vida de uma pessoa pode ser alterada ao sofrer uma doença, e não há critério mais justo do que destinar os recursos disponíveis àquele que mais precisa.

Portanto, a prioridade de atendimento e a permanência do paciente grave no Serviço de Emergência é inquestionável, mas o conflito moral das enfermeiras surge quando percebem que a qualidade dos cuidados prestados pode não estar garantida, pela sobrecarga da infra-estrutura local. Esse fato é percebido quando há superlotação do serviço, o que gera, ainda, outra inquietação, pois, para o paciente em risco de vida, o atendimento imediato torna-se compulsório, mas existem pacientes em situação de menor gravidade, e que as enfermeiras sentem-se pressionadas a encaminhá-los para consultar em outro lugar.

"Mais dose ainda é quando está superlotado, porque aí tu tens toda a carga de alguns colegas dizendo que não é para tu deixares entrar, ou deixares entrar o mínimo possível, e tu, na tua visão, não está bem, e algumas vezes, não está bem (...) 'ah enfermeira, eu tenho uma dor na minha barriga, começou ontem, eu acho tão engraçada essa dor, aí eu olhei a minha mão, tá engraçada a minha mão', mas aí pode não ser nada, pode ser uma bobagem, mas pode ser um infarto também, uma dor de barriga com a mão engraçada, pode ser um AVC¹², eu não sei..." (Enfermeira 14)

"A triagem é o ponto mais complicado aqui na emergência, eu abomino a triagem, eu fico quando precisa, eu tenho muito medo de mandar paciente embora, de ter avaliado mal, vai que esse cara chega na esquina e infarta. Isso são mil dilemas (...) Adulto até eles não encrencam muito, eles reclamam, mas atendem. Agora na pediatria, eu não mando embora, daí vem certas pessoas e me perguntam porque que eu não mediquei e mandei

¹¹ O vocábulo encaminhamento se refere ao ato de encaminhar o paciente para outros serviços ou instituições.

¹² Acidente vascular cerebral - doença neurológica.

embora. E quem me garante que com 4,5 gotinhas de tylenol¹³ a criança não vai convulsionar lá na esquina, então eu não mando embora. Uma criança que tem história de crise convulsiva e a mãe traz porque a guria está meio estranha, quem melhor do que a mãe pra saber?" (Enfermeira 11)

Essas declarações refletem dilemas relatados pela maioria das entrevistadas. Ao falarem sobre as situações de encaminhamento de pacientes, as enfermeiras referem-se à triagem como *o pior lugar, o ponto mais complicado, é dose, é muito ruim*. Existe a expectativa no grupo de profissionais do serviço de que a enfermeira coordenadora da área de triagem, evite a entrada de mais pacientes, visto que as condições de atendimento estão prejudicadas pela superlotação. Cabe ressaltar que essa não é uma expectativa somente da equipe médica, mas também das próprias enfermeiras, que sentem-se sobrecarregadas com o número excessivo de pacientes nas diferentes áreas. Entretanto, no momento da avaliação do paciente emerge o conflito, pois não há como cumprir tal expectativa diante da percepção de que a realização de um encaminhamento pode oferecer algum risco. Diante disso, surge um confronto entre a obrigação moral de mandar o paciente embora e a responsabilidade técnica de deixá-lo ficar, situação agravada pelas condições desfavoráveis para proceder a avaliação clínica dos pacientes, conforme demonstram os relatos a seguir:

"Como o atendimento geralmente está restrito pela superlotação, tu acabas tendo que encaminhar...mas a quantidade destes pacientes mais graves é grande, vai acumulando...e isso é uma coisa que requer tempo e disponibilidade de ouvir (...) O dilema que tu enfrentas na hora de mandar embora é a incerteza de uma decisão baseada numa avaliação geral do paciente." (Enfermeira 19).

"...cada pessoa é uma pessoa, cada paciente se manifesta de uma maneira, uns falam muito, outros falam pouco, uns falam as coisas importantes..." (Enfermeira 9)

¹³ Tylenol - medicação usada para febre ou dor.

Os relatos das enfermeiras demonstram a preocupação em causar algum prejuízo aos pacientes, em função de uma avaliação superficial durante o processo de triagem. O tempo dedicado a cada paciente parece não proporcionar condições para a enfermeira perceber a real condição de saúde de todos aqueles que procuram atendimento, o que pode gerar dúvidas, principalmente quando consideram a singularidade de cada paciente. Essas situações revelam o quanto é complexo decidir, pois as enfermeiras precisam mediar as condições do local, as peculiaridades do estado de saúde dos pacientes e o tempo disponível para realizar as avaliações.

Geralmente, as enfermeiras do Serviço de Emergência sentem-se competentes tecnicamente para realizar uma triagem de prioridades, em função do conhecimento e da experiência adquiridos. No entanto, a superlotação enfrentada no dia-a-dia provoca um esgotamento dos recursos, fazendo com que, além de uma triagem de prioridades, as enfermeiras recorram a encaminhamentos como uma alternativa de preservação da equipe e dos pacientes que já estão em atendimento, numa tentativa de manter a qualidade dos serviços oferecidos. Mas, a competência técnica, na percepção das enfermeiras, não significa competência legal, surgindo um outro ponto de conflito.

Quanto à competência legal, as enfermeiras dizem que a lei não as ampara nas situações de encaminhamento dos pacientes, portanto elas sentem-se fazendo algo que não deveriam fazer.

"Eles querem que tu mandes embora, mas não tem ninguém que me proteja em relação a isso. O próprio COREN¹⁴ diz que eu não tenho autoridade...na minha opinião a triagem é médica, tu não podes mandar embora...e quando tu mandas embora, e o medo que tu ficas, porque a responsabilidade é tua, se morrer no meio do caminho é problema teu, tu que vais ter que responder, é o teu nome que está ali. Ali sim, se tem um local, na minha opinião, que é conflitante, que é desesperador dentro da emergência é a tal da triagem." (Enfermeira 14)

¹⁴ COREN: Conselho Regional de Enfermagem

"Quer mandar, então tu vais lá e manda embora. E tu achas que ela manda embora? Ela vai lá, troca duas palavras e muda a decisão, porque é o CRM¹⁵ dela que está em jogo e não o meu COREN. Então, agora eu estou ficando esperta na triagem, eu faço isso, e eles não mandam. Então, isso me angustia muito. Estou para te dizer que daqui da emergência é o pior lugar, eu admiro as colegas que gostam de lá, porque lá tem que ter cacife."
(Enfermeira 11)

Essas manifestações reforçam a expectativa existente entre os profissionais do serviço de que a enfermeira da triagem consiga restringir o atendimento. Cria-se um clima de constrangimento no momento em que as enfermeiras, ao considerarem que não é sua atribuição proceder encaminhamentos, estão desrespeitando o código de conduta profissional, expondo-se a penalidades. No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, consta que cabe às enfermeiras "avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para a clientela" (Conselho Regional de Enfermagem - RS, 1999, p. 35).

Considerando-se as preocupações das enfermeiras, fundamentadas no código de ética, percebe-se a importância do aspecto legal nas relações de cuidado, pois as normas que regem a conduta profissional refletem a moralidade presente na enfermagem e na sociedade em geral. As enfermeiras desejam preservar o seu nome e afastar esse sentimento de inquietação diante de uma situação ameaçadora que oferece risco tanto para elas, quanto para os pacientes. Ao citarem o COREN e o CRM, conselhos regionais que fiscalizam o exercício da enfermagem e da medicina, respectivamente, demonstram ter consciência das implicações legais que envolvem o seu comportamento. No entanto, parece que a preocupação primária não é estar em conformidade com a lei, mas respeitar o princípio ético e moral da enfermagem que é o de cuidar de quem precisa de cuidados.

"... o ideal seria atender todos os pacientes e, na verdade, nós acabamos encaminhando o paciente ou simplesmente dizendo não, tu não vais ser atendido, porque a tua situação não é de emergência, e acaba sendo contra nossos princípios de enfermagem, e com certeza isso nos dá um dilema horrível." (Enfermeira 18)

"...essa coisa de ter que encaminhar as pessoas para outro serviço é muito ruim, me causa muito constrangimento, eu acho isso bem desagradável, na pediatria principalmente, porque eu me coloco na situação das mães, de sair de casa, pegar um ou dois ônibus, com uma criança com febre no colo, e chegar no local e tu dizeres que tu não pode ser atendida, que está fechado, que tu vais ter que ir ao posto de saúde, que é há 5 quilômetros daqui, então é isso, na triagem é onde a gente tem os dilemas mais sérios (...) por mais simples que seja a queixa do paciente, a pessoa que procurou o serviço, que saiu da sua casa e que veio, por alguma razão ela acabou chegando aqui. Que ela tivesse uma consulta, por mais rápida que fosse." (Enfermeira 16)

As falas das enfermeiras revelam o quanto é penoso enfrentar a situação de encaminhar os pacientes, sem oferecer alguma alternativa ali mesmo. Por um lado, existe o receio de deixar a porta aberta e colaborar com o surgimento de conflitos decorrentes da superlotação do ambiente de cuidado. De outro, a certeza de que agir eticamente é respeitar a vontade de ser solidário, atendendo o direito e as necessidades das pessoas, ou seja, exercendo os princípios de cidadania.

Kilner (1995) refere que a saúde é tão importante que a falta de cuidado pode ser considerada tanto um erro, quanto uma injustiça, à medida que pode privar as pessoas de informações, de oportunidades, do alívio do sofrimento, da recuperação de funções, da prevenção de morte prematura e do fortalecimento da relação de cuidado.

Outro aspecto que chama a atenção é a sensibilização das informantes para o atendimento das crianças. Esse é um valor moral evidenciado principalmente entre as enfermeiras que têm filhos pequenos, as quais, com facilidade, conseguem colocar-se no lugar das mães e compartilhar com elas as suas dificuldades.

¹⁵ CRM: Conselho Regional de Medicina

Observa-se que este conflito em relação ao encaminhamento dos pacientes ocorre de modo diferente nos turnos de trabalho, pois os pacientes que chegam pela manhã são agendados no Serviço de Pronto Atendimento (SPA), ocupando, muitas vezes, a agenda da manhã e a agenda da tarde, de modo que as dificuldades se acentuam à tarde e principalmente à noite, porque diminuem os recursos:

"...uma coisa tranqüila de manhã é que eu não mando embora ao acaso, eu tenho o SPA. Se o paciente está ruim eles mandam de volta..." (Enfermeira 11)

"Durante o dia a gente tem esse recurso, que é o SPA, daí essas coisas simples tu consegues drenar...de noite tu acabas tendo que restringir." (Enfermeira 16)

Essas manifestações demonstram que no momento em que as enfermeiras têm uma alternativa para oferecer aos pacientes, a inquietação presente na tomada de decisão transforma-se em tranqüilidade, segurança e estabilidade, amenizando os conflitos morais de estar agindo contra os seus próprios princípios. Além disso, o encaminhamento para o Serviço de Pronto Atendimento significa a escolha de um caminho previsível, porque garante uma consulta médica e dá a possibilidade de retorno ao Serviço de Emergência. A situação inversa, de encaminhamento ao acaso, elimina essa condição de segurança, fundamental na relação de cuidado, pois não há certeza de que o paciente será atendido em outros serviços.

Essa sensação de insegurança pode ser reforçada pelo fato de as enfermeiras decidirem sobre o atendimento dos pacientes, sabendo que a ajuda não faz parte do cotidiano da triagem.

"...em geral a enfermeira acaba decidindo sozinha. A posição dos médicos, até porque eles se sentem mais frágeis em relação a isso, é sempre assim: 'o que tu achas que é importante eu vou atender, eu não vou nem discutir'. É uma situação até confortável, porque a gente fica lá na frente de batalha,

resolvendo o que é prioridade, o que é grave, então é muito difícil eu vir pedir auxílio, discutir alguma coisa. Geralmente eu vou triando, o que eu acho mais grave eu vou passando na frente. Eu acho que numa triagem a enfermeira fica muito sozinha, até poderia ter uma interação melhor, porque tem alguns contratados, tanto na pediatria, quanto no adulto, que nos auxiliam. A gente sabe mais ou menos quais as pessoas que a gente pode pedir um socorro, até na hora do encaminhamento, tem alguns que se dispõem a ir lá na frente, conversar com a família, e tem outros que não, que a gente sabe que não..." (Enfermeira 16)

De acordo com esse depoimento, a triagem configura um espaço de decisão da enfermeira. Essa situação pode fortalecer a autonomia dessas profissionais, ao se sentirem competentes para avaliar as condições clínicas dos pacientes e definir o seu destino, mas, também, pode significar uma sobrecarga, por enfrentarem circunstâncias difíceis, freqüentemente sem parceria.

Nessa dinâmica de funcionamento, a enfermeira assume a responsabilidade pela triagem, estabelecendo um contato com a maioria dos pacientes que procura atendimento. Diante desse envolvimento contínuo, surgem situações de conflito, agravadas nos momentos em que as enfermeiras percebem que não têm com quem compartilhar a tomada de decisão.

Observa-se, aqui, que o apoio da equipe médica ocorre eventualmente e que a fragilidade mencionada quer dizer que o momento de interação com o paciente modifica completamente a situação, e surge a obrigação moral de prestar cuidados. Em relação a isso, Benner, Tanner e Chesla (1996) referem que considerar as narrativas dos pacientes durante o julgamento clínico é dirigir a atenção para um mundo de preocupações, valores e significados humanos e não apenas para o mundo biológico das doenças. Assim, a distância da triagem passa a ser uma situação cômoda, que preserva a relação médico-paciente, pois os critérios se estabelecem fora desse contexto. Para as enfermeiras, essa situação tem outro significado, porque, diante do paciente, assumem a

condição de dizer sim ou não e, a partir disso, precisam lidar com os conflitos dela decorrentes.

A tomada de decisão é a essência da atividade da enfermeira na área de triagem. Nesse sentido, critérios que determinam o acesso aos cuidados têm sido desenvolvidos a partir das características deste cenário.

As enfermeiras, cotidianamente, deparam-se com situações complexas e, a partir dessas vivências, definem os modos de pensar e agir. Observa-se a existência de um raciocínio clínico inerente à profissão e à atividade da enfermeira na triagem, que justifica a definição das prioridades de atendimento:

"Eu vejo a história clínica e aí cruzo com os sinais vitais...agora que a gente pode fazer eletro é bem mais tranquilo. É mais um recurso, para não ficar com dúvida, não ficar com esse dilema." (Enfermeira 11)

"Tu tens que ter o conhecimento técnico na cabeça, para saber o que é...Às vezes tu fazes um diagnóstico rápido, porque tu tens esse conhecimento." (Enfermeira 2)

Através dessas declarações, as enfermeiras descrevem a maneira como procedem a avaliação dos pacientes: consideram as informações obtidas e os dados objetivos para estabelecer parâmetros que subsidiam a tomada de decisão. Revelam ainda, a importância de um conhecimento específico que possibilita sintetizar o conjunto de informações e identificar, com segurança e agilidade, a situação de saúde dos pacientes.

Nesse sentido, Benner, Tanner e Chesla (1996) referem que o conhecimento teórico é fundamental para avaliar situações clínicas específicas, mas o julgamento clínico da prática diária das enfermeiras ocorre a partir de um conhecimento clínico avançado, adquirido na experiência com muitas pessoas em circunstâncias similares. É

um conhecimento especializado, oriundo de um contexto particular, do envolvimento das enfermeiras em diversas situações.

Diante disso, observa-se a importância do contato com os pacientes no momento da triagem, evitando uma tomada de decisão baseada num modelo estritamente racional, que considera as generalizações e as possibilidades excludentes (Benner; Tanner; Chesla, 1996). Essa idéia pode ficar mais clara na seguinte fala:

"Eu tenho muito claro na minha mente o que é um paciente grave. Então, se o paciente está grave, ele vai ficar aqui dentro. Se o paciente está mais ou menos e eu tenho para onde encaminhar, eu vou encaminhar, eu sei que aqui dentro está superlotado, que está difícil de trabalhar. Agora, muitas vezes é um problema social, aí fico com pena, daí já foi em dois, três lugares, ninguém resolve, quem sabe a gente resolve o problema da criatura." (Enfermeira 2)

O discurso demonstra que, apesar de, muitas vezes, as enfermeiras considerarem o encaminhamento dos pacientes como única alternativa para enfrentarem a descaracterização e a superlotação do Serviço de Emergência, existe a possibilidade desses critérios serem modificados, com a mobilização de outros valores que surgem do encontro da enfermeira com o paciente, no momento da triagem. Critérios técnicos bem definidos são fundamentais para o alcance dos objetivos de uma triagem de um serviço de emergência, mas a flexibilização desses critérios também corresponde a uma forma de aliviar os conflitos das enfermeiras, diante das situações difíceis do cotidiano. Pela experiência adquirida, as enfermeiras desenvolveram a habilidade de conjugar a sua percepção com aquilo que é manifestado e mensurado:

"...depois de passado um tempo, tu vêes que existe muita coisa por trás daquilo que o paciente diz." (Enfermeira 2)

"É 'feeling'¹⁶, não tem jeito, tu vais ter que sentir isso com o paciente. É só no dia-a-dia. (Enfermeira 14)

¹⁶ Feeling - palavra da língua inglesa que significa sensação, sentimento, impressão.

"...tem aquele complicado que não precisa nem falar contigo..." (Enfermeira 11)

"... muitas vezes eu tomo a decisão baseada na intuição..." (Enfermeira 19)

As falas das informantes sugerem que, além de um conhecimento específico, outros elementos são essenciais para a compreensão da situação de cada paciente, visto que as manifestações se revestem de sentidos diferentes para cada pessoa.

Segundo Benner, Tanner e Chesla (1996), respostas emocionais ocorrem no contexto de uma situação particular e ajudam a enfermeira a entender o paciente não apenas como um caso médico, mas como uma pessoa com uma vida cheia de significados. Quanto à intuição, mencionada pela enfermeira, as autoras dizem que ela nasce da experiência e capta as representações mentais, as nuances e os significados das pessoas. É desse envolvimento que emerge a sensibilidade nas respostas, apesar de que a influência de uma perspectiva racional dominante tende a desenvolver formas habituais de ação numa cultura profissional.

Conforme o depoimento das informantes, existem, ainda, outras formas de responder às necessidades dos pacientes que procuram o Serviço de Emergência:

"...eles não têm para onde se virar, querer que tu tomes essa atitude, não tem como ter, não mando embora." (Enfermeira 14)

"...até coisas que para nós não seriam tão importantes eu acabo agendando para mais tarde, deixo uma brecha no horário para algum paciente mais grave que vá chegar." (Enfermeira 16)

"...se ele persiste, eu não consigo negar o atendimento." (Enfermeira 10)

"...se não tiver muitos pacientes, se eu conseguir, eu passo antes, eu tento agilizar." (Enfermeira 9)

Observa-se, nessas informações, que as enfermeiras têm diferentes formas de abordar os pacientes no momento da triagem. Entre as várias facetas que se apresentam,

surge uma dimensão social, em que a oferta de cuidados à saúde pode significar um esforço conjunto para ampliar as possibilidades de um cuidado limitado. Sob essa visão, mesmo que as enfermeiras não tenham contato mais próximo com os pacientes, a relação de cuidado é expressa no contexto institucional, pois o acesso aos cuidados proporcionaria redução das diferenças sociais (Gastmans; Casterle; Schotsmans, 1998).

Percebe-se, então, que são muitos os fatores envolvidos, cada um acrescentando um ângulo de visão a essa complexa atividade de triar. Existe uma responsabilidade explícita com os pacientes graves e também a preocupação em dar alguma alternativa àqueles que procuram atendimento no Serviço de Emergência. Essa interface entre o domínio técnico e o ético se faz presente nas manifestações das enfermeiras, quando declaram os conflitos enfrentados para articular a diversidade de situações do cotidiano.

A superlotação do ambiente de cuidado parece ser o fato que desencadeia os maiores dilemas, à medida que as enfermeiras têm que realizar escolhas que vão determinar o acesso aos cuidados. Nos casos em que o paciente é encaminhado para outros serviços, muitas vezes fica o sentimento de injustiça, insegurança e de falta de solidariedade. E quando o paciente permanece nesse ambiente superlotado, é preciso lidar com outros dilemas decorrentes do esgotamento da infra-estrutura local.

6.2 Superlotação do ambiente do cuidado

A superlotação aqui enfocada refere-se ao número de pacientes que permanece no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, extrapolando, muitas vezes, em até 100% a capacidade de atendimento (40 pacientes acomodados nos

leitos das salas de observação e nas cadeiras das salas de procedimentos), situação que expressa o cotidiano desse ambiente de cuidado.

Segundo Relatório do Serviço de Emergência do mês de setembro de 2000, dos 143 pacientes atendidos, diariamente, em consulta médica, a média de 24 adultos e 9 crianças ingressaram nas salas de observação. Destes, 20 adultos e 3 crianças foram internados nas diversas unidades do hospital (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2000b). Os pacientes que não passam para a sala de observação, em geral são aqueles que permanecem nas salas de procedimentos, realizando exames, medicações, soroterapia, nebulização, entre outros.

O Relatório dá uma noção do quantitativo de pacientes que circula no serviço diariamente, situação presenciada durante o período das observações:

A sala de procedimentos de adultos estava com todas as cadeiras da área interna preenchidas. Havia, também, aproximadamente, 25 pacientes sentados nos corredores. A passagem das pessoas nos corredores de circulação estava prejudicada pelo excesso de pacientes, familiares, cadeiras de rodas e suportes de soro. (Observação 21)

Na sala de observação de adultos, os pacientes ocupavam os 12 leitos existentes e mais 17 macas excedentes. (Observação 6)

Havia 16 pacientes na sala, distribuídos em berços, camas e macas, dispostos de forma muito próxima, sem respeitar os limites físicos de cada box. (Observação 7)

Diante dessa realidade, percebe-se que o excesso de pacientes ocorre em todas as áreas. Os limites vão sendo flexibilizados a tal ponto que os parâmetros ficam completamente descaracterizados, pois todos os espaços vão sendo ocupados e a superlotação se incorpora ao cotidiano do serviço de emergência, gerando dificuldades na realização de cuidados.

Derlet e Richards (2000) agregam outra perspectiva ao conceito, definindo superlotação em um serviço de emergência como uma situação em que a demanda de

serviço excede a capacidade de prover cuidados num período de tempo razoável, em função da rapidez com que médicos e enfermeiras realizam suas atividades. Os autores também referem-se à demora para deitar o paciente, ao atraso para que os cuidados sejam iniciados e à demora para transferir o paciente, aspectos a serem observados nessa definição.

A superlotação, portanto, num serviço de emergência, é resultado de múltiplos aspectos interligados, entre os quais, o aumento da complexidade das doenças dos pacientes que procuram atendimento. Isso pode ser justificado pelo desenvolvimento de tecnologias médicas e farmacêuticas, que proporcionam aumento da expectativa de vida da população com doença crônica, que, freqüentemente apresenta complicações no curso da evolução da doença. Além disso, os pacientes podem apresentar outras patologias associadas, o que torna difícil e demorada a realização de um diagnóstico, frustrando a expectativa de um atendimento rápido (Derlet; Richards, 2000).

Outra questão é a falta de leitos de internação em relação à demanda, principalmente nos hospitais que concentram o atendimento pelo Sistema Único de Saúde, os quais absorvem o atendimento da maior parte da população, fazendo com que os pacientes permaneçam por vários dias e realizem, muitas vezes, todo o tratamento no serviço de emergência.

"Para mim, numa emergência, o paciente deveria ser atendido em 24 horas ou no máximo em 48 horas e já poder ir para a unidade de internação. Além disso, na nossa emergência a gente não consegue limitar, eu vejo que são feitas muitas coisas, medicamentos, exames...não que não sejam importantes, mas não é o local mais adequado para fazer investigação, porque daí foge um pouco do objetivo da emergência....o paciente acaba ficando mais tempo." (Enfermeira 10)

Para as informantes deste estudo, a superlotação é cotidiana e os dilemas decorrentes se apresentam em diferentes perspectivas. Sendo assim, a categoria

superlotação do ambiente do cuidado compreende os seguintes componentes: **conforto, segurança, personalização dos cuidados e privacidade.**

6.2.1 Conforto

Segundo Ferreira (1986), conforto significa bem-estar material, comodidade, ou ainda, consolo, alívio.

Conforme Arruda e Nunes (1996), o conforto é uma experiência subjetiva que transcende a dimensão física, porque inclui componentes físicos, psicológicos, sociais, espirituais e ambientais, simultaneamente.

A partir desse entendimento, manter os pacientes em condições confortáveis tem sido um desafio para as enfermeiras do serviço de emergência, pois o número extrapolado de pacientes provoca esgotamento do espaço e das possibilidades de acomodação.

Uma preocupação sempre presente, é a acomodação dos pacientes graves, por serem o principal objetivo do atendimento de emergência:

"A superlotação traz este tipo de dilema: se recebe paciente grave e não se tem onde acomodar. E tem que tomar uma decisão rápida: quem tu vais levantar daquela maca para atender o paciente?" (Enfermeira 2)

A manifestação dessa enfermeira evidencia a situação típica de dilema ético: realizar uma escolha entre duas situações difíceis. Embora esteja claro que, diante de uma situação de emergência, o atendimento deste paciente é prioridade, a pessoa que decide vive um conflito moral, pois, o poder de decisão desta profissional pode ser tão grande quanto o seu sentimento de impotência. Outro aspecto agravante é a

circunstância em que isto ocorre, ou seja, frente a uma necessidade de assistência imediata parece não haver lugar para palavras ou reflexões, o que se espera é agilidade e eficácia.

No serviço de emergência também são atendidos, além de pacientes graves, os que consultam, realizam exames, recebem medicações (pacientes asmáticos, com cólica renal), os quais geralmente ficam sentados ou deitados numa maca de transporte, até terem condições de serem liberados.

Há, também, aqueles pacientes mais independentes, que ficam investigando uma febre, aguardando resultados de exames ou a realização de algum procedimento. São a população flutuante que circula entre as salas de procedimentos, o saguão de espera e as áreas de apoio diagnóstico (sala de coleta de exames laboratoriais, radiologia e sala de eletrocardiograma).

Os pacientes que ficam durante algumas horas, com poucas perspectivas de passar para a sala de observação, não representam a maior preocupação, em termos de conforto. Mas, o conflito mais enfático, citado pelas enfermeiras, relaciona-se àqueles pacientes que ficam um longo tempo no serviço, período que pode se estender por três ou quatro dias:

"Quando nós temos que ficar com o paciente por mais de 24 horas, começa a surgir o problema do conforto. Isso preocupa muito a gente...."
(Enfermeira 10)

Essa situação se agrava na sala de procedimentos de adultos, onde pacientes permanecem sentados em cadeiras plásticas, durante vários dias. Esse é um ponto crítico, que merece especial atenção das enfermeiras, para criar alternativas que minimizem esse desconforto.

Ao ingressar na sala de observação, o paciente usufrui de melhores condições de conforto. Apesar da falta de ventilação e de iluminação natural, e da presença constante de luzes acesas, do barulho e da superlotação, ele passa a fazer parte dos procedimentos hospitalares de rotina: banho, roupas limpas, cama, comida. Além disso, existe um contato mais freqüente com toda a equipe de profissionais.

Quando não há possibilidade de passar o paciente para a sala de observação, as dificuldades se acentuam, visto que acomodações alternativas começam a surgir (cadeiras de rodas, macas de consultório) e o atendimento de algumas necessidades essenciais já não seguem uma sistematização.

"...além do acomodar para ele descansar, porque todo o paciente que está doente quer deitar, existem cuidados que o paciente dependente precisa. Tu tens que trocar fralda do paciente incontinente, dar um banho, puncionar, passar sonda e tudo é mais difícil com a superlotação, com o paciente sentado." (Enfermeira 18)

"Quando a pediatria está muito cheia, as gurias me perguntam: onde é que nós vamos botar a criança? E eu digo: no colinho da mãezinha. É uma barbárie isso...Imagina passar a noite inteira com uma criança disfuncionada no teu colo, sem poder dormir, sem alimentação...É muito doloroso..." (Enfermeira 14)

"... o básico deles está mal: deitar, dormir, comer, tomar banho...então eu acho difícil...estas coisas que fogem do teu alcance e tu sabes que a pessoa está precisando...porque, às vezes, para o paciente ou para o familiar que está chegando, aquilo é o mais importante, eles não sabem talvez a parte técnica da coisa..." (Enfermeira 2)

Os relatos acima evidenciam a impossibilidade das enfermeiras de atender algumas necessidades consideradas básicas para qualquer ser humano: sono, repouso, alimentação, higiene corporal. Essa situação submete os pacientes a um constrangimento físico e moral, pois a satisfação de necessidades fisiológicas é o mínimo que se espera no ambiente hospitalar, considerando-se, principalmente que essas pessoas estão doentes e dependentes.

Segundo Arruda e Neves (1996), o conforto é um elemento do cuidado que provém do ambiente externo e pode, em parte, ser controlado pela enfermeira, através da promoção de um ambiente favorável. Diante disso, as enfermeiras vivem um sofrimento constante, pois a tensão criada pela continuidade da falta de satisfação de necessidades essenciais tem gerado circunstâncias de um cuidado desumano, rude e cruel, que as informantes nem sempre fazem questão de resolver:

"...às vezes tu não ajudas a paciente a se alimentar porque tu vais achar um monte de coisas que teriam que ser mudadas...Como é que tu vais dar a comida se tem um 'papagaio'¹⁷ do lado? Então a gente procura fugir de determinadas situações." (Enfermeira 11)

Arruda e Neves (1996) também referem que o conforto pode ser alcançado por uma condição relacionada ao ambiente interno da pessoa, a partir da sua relação com os profissionais, em determinado contexto. O conforto, então, pode ser considerado uma experiência humana única, à medida que varia entre as pessoas, em diferentes momentos. Sendo assim, as pessoas podem ter a sensação de conforto mesmo sem estarem saudáveis e mesmo que o ambiente seja desfavorável.

Essas idéias podem ser demonstradas através dos resultados de três pesquisas de opinião do Serviço de Emergência, realizadas durante o período de desenvolvimento deste estudo, que pretenderam avaliar a satisfação dos pacientes em relação ao atendimento das diferentes equipes de profissionais, e a infra-estrutura local proporcionada. Os dados revelam que 90% dos pacientes classificou o atendimento recebido como ótimo/bom, incluídos, nesse item, os exames realizados, as informações, as orientações, o tratamento e os cuidados recebidos. No que se refere à alimentação e à limpeza, 80% dos pacientes mantiveram essa classificação. Mas, em relação ao

¹⁷ Papagaio - termo usado para denominar recipiente coletor de urina.

conforto, observa-se um aumento nítido da insatisfação, pois a classificação ótimo/bom se reduz para 50% das respostas dos pacientes (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2000a).

Os resultados dessas pesquisas, de forma geral, refletem a realidade do Serviço de Emergência; é um local com profissionais qualificados, com uma infra-estrutura de uma instituição terciária, mas que tem a superlotação como fator contrário à qualidade do atendimento. Por outro lado, pode ser surpreendente que a metade dos pacientes que respondeu a pesquisa ainda esteja satisfeita com o conforto oferecido, o que poderia ser compreendido partindo-se da visão de que as experiências humanas são subjetivas e que o conforto pode ser percebido de forma ampliada. As pessoas, mesmo diante das dificuldades enfrentadas, sentem-se confortáveis por terem conseguido acesso a um serviço que lhes garante um diagnóstico e um tratamento confiável.

Essas vivências relatadas pelos pacientes parecem ter relação com os sentimentos das enfermeiras do Serviço de Emergência, quando expressam compaixão e por não estarem indiferentes ao sofrimento humano.

"... quando tu estás com um resfriado, um picozinho de febre, a única coisa que a gente quer é ficar ajeitado na caminha da gente, acomodado no silêncio, com um mínimo de conforto. E aqui, para as pessoas com doenças graves, tu não tens nem condições de oferecer uma cama para deitar, eles ficam sentados, muito mal acomodados." (Enfermeira 16)

Por outro lado, manifestam uma sensação de alívio em saber que, apesar das dificuldades do ambiente do cuidado, o tratamento está sendo realizado:

"...mãe, o teu nenê está recebendo tudo o que ele tem que receber aqui dentro, todo o medicamento, ele só não tem a melhor hotelaria." (Enfermeira 2)

"...eu achava um horror, meu Deus do céu, aquele vovô de 100 anos na cadeira de rodas! E as gurias me diziam: mas dá graças à Deus que ele conseguiu uma cadeirinha." (Enfermeira11)

Arruda e Neves (1996), a partir de suas pesquisas sobre o tema, constataram a ocorrência de conforto em diferentes níveis. Os pacientes podem experienciar um alto grau de conforto, manifestando sentimentos de melhora, de proteção, de integração, de liberdade e de comodidade. O conforto, sob essa perspectiva, promove, além do bem-estar físico, a possibilidade de melhor adaptação do paciente ao seu estado de saúde atual e a recuperação de forças para a recuperação da qualidade de vida. Já os pacientes que vivenciam um baixo grau de conforto manifestam a sensação de insegurança, desânimo, inadaptação, incômodo.

Ao se discutir a tomada de decisão das informantes acerca dos dilemas éticos mencionados, evidenciaram-se situações conflitantes e difíceis de serem resolvidas:

"... a vontade que eu tenho é de passar todos os pacientes, internar todos os pacientes. É muito ruim tu veres pacientes sentados e não poder internar todos." (Enfermeira19)

"Às vezes libera uma maca e a colega da sala de procedimentos tem 60 pacientes, não chega a tanto...50 eu acho, que é o nosso limite. E aí é a escolha de Sofia: tem um vô de 90 anos, mas tem um infartado e isso a gente convive diariamente." (Enfermeira11)

Além disso, existem outros aspectos a serem considerados no momento da decisão:

"...tu ficas entre a família, o médico, a situação, a necessidade do paciente, a lotação da sala de observação. Então é aquele conflito, tu tens que administrar uma coisa que depende de vários fatores, que não é só a tua vontade, nem só a tua avaliação que basta. E com pressão para todos os lados, dos familiares, do paciente queixoso, muitas vezes da colega da sala de observação, que acha que não tem que passar o paciente, pois lá dentro já está muito lotado." (Enfermeira16)

"...tu decidires quem deita, quem levanta, de quem é a vez de deitar, quem passa para a sala de observação, quem fica na sala de procedimentos, quem sobe para o andar... temos tantos leitos femininos, tantos masculinos, quem tem direito àquele leito? É uma coisa difícil tu decidires entre a patologia do paciente, o tempo que o paciente está aguardando, a idade do paciente, são tantas coisas que realmente causa angústia no momento de tu decidires quem vai, quem não vai." (Enfermeira19)

Percebe-se pelas falas, que, diante das constantes tomadas de decisão, num ambiente tão peculiar, as enfermeiras foram encontrando formas de enfrentar os desafios. É a partir da prática diária dos cuidados de enfermagem que vão sendo definidos os critérios que subsidiam a tomada de decisão sobre o conforto dos pacientes, os quais se apresentam com muita semelhança nas informações.

Emergem dos relatos, critérios técnicos utilizados prioritariamente, os quais garantem que necessidades imediatas sejam atendidas:

" O critério que eu tenho primeiro é a gravidade...um paciente infartado, uma hemorragia intracraniana, enfim, uma coisa grave mesmo... " (Enfermeira 9)

"Geralmente o critério é técnico, o paciente que está pior...tem uma doença mais grave, tem que entrar; tem que heparinizar¹⁸, tem que passar para a sala de observação, não dá para heparinizar sentado; tem que fazer anfotericina¹⁹, tem que ficar na sala de observação...é o paciente mais grave, é esse que eu vou passar." (Enfermeira 2)

Após, são empregados critérios de merecimento, sugerindo um caráter mais subjetivo na avaliação dos pacientes que terão prioridade na acomodação:

"...se não tem um bem mais grave eu vou pela parte emocional, quem está há mais tempo sentado, quem eu acho que está com mais cara de cansado..." (Enfermeira 2)

"É uma decisão bem difícil, eu tento priorizar a idade, a dor, o estado geral ... eu acho que um pouco de conforto alivia bastante a dor...os pacientes com falta de ar melhoram se acomodar um pouquinho na cama, porque é o cansaço ... é uma coisa meio empírica, de sensibilidade, de olhar e achar,

¹⁸ Heparinizar - administrar heparina, que é uma medicação anticoagulante.

¹⁹ Anfotericina - medicação antifúngica.

não é muito lógico não, vai meio no feeling que a gente desenvolve com o passar do tempo." (Enfermeira 16)

Em relação a essa subjetividade, inerente a qualquer ser humano, pode-se observar que valores morais também podem influenciar a tomada de decisão, invertendo a ordem dos critérios ou determinando escolhas diferentes daquelas geralmente esperadas. É o que se constata no seguinte depoimento:

"...de repente até tem outro paciente que tivesse mais indicação... às vezes até por gravidade da doença tem outro paciente que necessitasse mais, que acaba ficando sentado em detrimento de outro que está com um estado geral pior ou há mais dias sentado ." (Enfermeira 16)

Percebe-se, aqui, que a tomada de decisão quanto à acomodação dos pacientes ocorre a partir de um conhecimento teórico específico, das experiências prévias e de respostas emocionais e intuitivas estabelecidas no momento daquele encontro de cuidado. No entanto, há uma perspectiva moral que orienta a decisão, podendo modificar o critério a partir da percepção de que aquela é a escolha mais correta (Benner; Tanner; Chesla, 1996). O fato de as enfermeiras desenvolverem critérios de escolha voltados para prioridades, não afasta a possibilidade de enfrentarem dilemas éticos.

A dimensão moral presente no processo de tomada de decisão é considerada por Benner, Tanner e Chesla (1996) uma disposição fundamental da enfermeira para escolher para o seu paciente aquilo que é bom e correto, aquilo que ela acredita que seja o melhor naquela situação.

Segundo Callahan (1995), uma tomada de decisão sempre envolve fatos e valores. Os fatos científicos são sólidos, imperativos, verdades impessoais, enquanto

que os valores morais dependem da maneira de ver, sentir e reagir muito próprios de cada pessoa.

O mesmo autor refere que uma boa decisão técnica corresponderá sempre a uma boa decisão moral. Diante disso, acomodar um paciente grave, em primeiro lugar, se torna incontestável. O difícil é cuidar de muitos pacientes que, mesmo não estando em situação de extrema gravidade, necessitam de conforto e atenção. É nesse momento que o cuidado torna-se fracionado, ou seja, a parte científica, o tratamento é contemplado, mas as enfermeiras vivem situações de dilema por não conseguirem oferecer conforto a todos os pacientes.

Callahan (1995) refere, também, que seria tarefa da bioética, como uma disciplina que procura entender a dimensão ética do comportamento humano, apagar a linha existente entre fatos científicos e valores morais, desafiando a crença de que profissionais com bom treinamento técnico são capazes de realizar decisões morais tão boas quanto as decisões técnicas. Dentro disso, podem surgir questionamentos sobre a habilidade necessária para tomar uma decisão ou outra, pois pode não ser justo considerar apenas a sensibilidade e a individualidade, assim como não é justo aplicar somente o rigor e a objetividade.

Pela complexidade do tema, o autor sugere, ainda, que os problemas morais sejam abordados de forma interdisciplinar, considerando as implicações sociais, políticas e legais e também as tradições morais históricas e as práticas num determinado contexto. Sendo assim, a perspectiva bioética torna-se ampliada, no sentido de abolir a exclusividade da obrigação moral nas tomadas de decisão.

Dentro desta visão, as enfermeiras destacam a tomada de decisão compartilhada como um aspecto relevante no processo de escolha sobre o conforto dos pacientes:

"... tu tens que falar com o médico, porque a gente tem que decidir juntos isso, eu não tenho autonomia para isso e aqui a gente conversa muito as coisas, eles chamam a gente para conversar..." (Enfermeira 11)

"...geralmente eu discuto com o médico: 'ah, tem duas vagas na sala de observação, quem tu achas que eu devo passar?'...Não são todos os profissionais que têm essa abertura, mas a maioria...ou eles mesmos dizem: 'tem leito no andar, quem tu achas que deve ir, quem está há mais tempo?'... porque quando tem muita gente eles também perdem o controle...a gente resolve juntos." (Enfermeira 16)

Num ambiente onde os recursos são escassos, os aspectos éticos tendem a tornar-se mais evidentes. Percebe-se, nas falas, que a troca de opiniões favorece a tomada de decisão. Esse momento de discussão de casos, mesmo que rápido e informal, funciona como um espaço de apoio mútuo, onde necessidades individuais e coletivas são avaliadas, e as responsabilidades divididas.

A falta de autonomia expressa por uma das informantes pode ser entendida como se a capacidade de escolha não lhe pertencesse isoladamente, mas, sim, ao grupo do qual faz parte. Essa referência também pode ser compreendida, considerando-se que as enfermeiras percebem-se participantes ativas na tomada de decisão sobre a acomodação dos pacientes. No entanto, existe o reconhecimento de que há circunstâncias em que essa decisão é de competência da equipe médica.

De qualquer forma, fica evidente, nos depoimentos, que existe um envolvimento direto das enfermeiras nessa questão e, apesar dos dilemas cotidianos enfrentados no serviço de emergência, no que tange ao conforto dos pacientes, as informantes demonstram beneficiar-se do amparo moral existente no trabalho em equipe. Essa aproximação dos profissionais pode ser uma fonte geradora de tranquilidade no grupo, à medida que favorece o diálogo, amplia as visões e possibilita a melhor tomada de decisão possível. Essa forma de interpretar tal situação pode ser reforçada pelas palavras

de Lunardi (1998), quando refere que a comunicação alivia as inquietações morais das enfermeiras e garante o melhor cuidado possível aos clientes.

6.2.2 Segurança

A segurança também foi um aspecto que surgiu dentre os dilemas éticos vividos pelas enfermeiras no ambiente do cuidado. Segurança é a condição de estar seguro, livre de perigo, livre de riscos (Ferreira, 1986).

A queda dos pacientes das macas ou das cadeiras foi a situação mais salientada, em função das enfermeiras terem que optar, muitas vezes, entre a segurança e o conforto dos pacientes.

"Essa situação de tu levares um paciente para um consultório, sabendo do risco que tu tens de colocar esse paciente num consultório, do risco do paciente cair de uma mesa de exames, que não é o local adequado de deixar este paciente, daí tu ficas naquele dilema (...) Conflito, porque tu colocares um paciente no consultório é inadequado, mas tu também ficas numa situação ruim, porque deixar um paciente de 82 anos sentado dois dias, quatro dias. O que é pior? O que é menos pior para o paciente? É ruim, muitas vezes tu ficas numa apreensão no momento dessa decisão, não saber qual o caminho tomar." (Enfermeira 19)

Os relatos expressam as inquietações das enfermeiras frente a possibilidade de expor os pacientes a algum tipo de risco, pois, na tentativa de melhor acomodá-los, cria-se uma situação propícia a acidentes. Da percepção de um ambiente de cuidado inseguro surge o dilema e a dúvida na tomada de decisão, pois o dano pode resultar do ato realizado ou da sua omissão.

A preocupação com a segurança dos pacientes surge, então, como uma forma de cuidado, justificada em valores morais do senso comum, ou seja, fazer o bem ou não causar o mal é um comportamento esperado nas relações entre as pessoas.

Essa perspectiva é reforçada por Gastmans, Casterle e Schotsmans (1998), que consideram o cuidado de enfermagem uma prática moral, envolvendo não só o desenvolvimento de uma atividade especializada, mas o cultivo de uma atitude de cuidado, que demonstra a eterna preocupação com a proteção e o bem-estar do paciente.

Do ponto de vista da ética dos princípios, essa preocupação tem procedência moral relacionada à beneficência e à não maleficência, em função do compromisso dos profissionais de saúde em prevenir ou não causar danos físicos ou psicológicos aos seus pacientes (Beauchamp; Childress, 1994).

Percebe-se, então, que a promoção de um ambiente seguro é um aspecto fundamental na relação de cuidado, e a decisão entre o conforto e a segurança do paciente surge como um conflito a ser resolvido.

Segundo Goldim (1998), o processo de tomada de decisão, quando há carência de recursos, nunca é tarefa fácil, podendo gerar inúmeros posicionamentos frontalmente contrários, o que, no âmbito da ética, torna o conflito inevitável.

As enfermeiras do serviço de emergência enfrentam um eterno conflito moral, porque um ambiente superlotado, com recursos finitos, não oferece condições de acomodar os pacientes com segurança:

"...tu levas para o hospital para a pessoa, em princípio, melhorar. Tu não vais criar outros problemas para este paciente. Então cai, se machuca, então eu acho que é uma irresponsabilidade nossa." (Enfermeira 9)

"...como é que tu vais explicar para a família que dentro de um hospital que é para ter estrutura, que é um hospital escola, que prega que é um exemplo, é referência para muitas coisas, que não tem pessoal suficiente para cuidar, que o paciente caiu. É muito ruim ter que explicar isso depois, porque tu queres que todos os pacientes sejam bem cuidados...Tem pacientes internados sentados e isso é muito ruim. (Enfermeira 18)

No depoimento das informantes, percebe-se que a instituição hospitalar tem o papel de promover o alívio do sofrimento humano. Então, a possibilidade de causar prejuízos aos pacientes parece incompatível com a proposta do hospital: ser um ambiente de cuidado.

Outro aspecto evidenciado nessas informações é a exigência de uma responsabilidade profissional na atuação das enfermeiras, como representantes desta instituição hospitalar, a qual pode ser vista numa perspectiva ética, mas também segundo alguns preceitos legais. Essa questão pode ser exemplificada tomando-se por base o Artigo 16 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que preconiza uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (Conselho Regional de Enfermagem-RS, 1999). Essa regulamentação reflete a prática do bem como moralidade profissional de enfermagem.

Diante disso, fica mais fácil entender os dilemas enfrentados pelas enfermeiras do Serviço de Emergência e a forma encontrada para lidar com essas implicações ético-legais.

Como alternativa para enfrentar estas situações, as enfermeiras dividem a responsabilidade com os familiares e com os próprios pacientes:

"...a gente sempre ressalva: eu posso colocar o seu familiar no consultório, se alguém ficar o tempo todo com ele, a condição é essa." (Enfermeira 16)

"Se pega até familiar de outro paciente e se coloca junto. Colocamos no mesmo consultório outro paciente em melhores condições, numa situação de um cuidar do outro." (Enfermeira 19)

Nesse contexto, onde as informantes não têm ingerência sobre o número de pacientes, e onde os recursos humanos e materiais são limitados, contar com a ajuda dos familiares passou a ser uma condição para a efetivação do cuidado. Partindo-se dessa

premissa, o familiar fica com uma única alternativa, pois dessa negociação vai depender o atendimento das necessidades conforto e segurança do paciente. Essa circunstância pode levar a uma redução da autonomia do paciente ou da família, pois as enfermeiras preferem interferir nessa capacidade de escolha, ao invés de assumir o risco de causar um dano ao paciente. Essa situação pode ser caracterizada, segundo Beauchamp e Childress (1994), como uma regra de duplo efeito, ou seja, existe um princípio que justifica moralmente uma ação que pode produzir efeitos tanto benéficos, quanto maléficis. Essa regra se aplica quando: a ação é moralmente boa, o agente visa o efeito benéfico e não o maléfico, o efeito benéfico não é obtido por meio do efeito maléfico e quando existe um equilíbrio proporcional ou favorável do bem em relação ao mal.

Outra forma de ver essa questão relaciona-se ao fato de que, a partir da presença constante dos familiares, as enfermeiras encontraram uma maneira de amenizar o dilema de ter que escolher entre duas necessidades imprescindíveis, o que pode ser considerada uma atitude prudente, visto que elas tentam cercar-se de medidas que reduzam a chance de causar algum prejuízo e, com isso, muitas vezes, conseguem dar segurança e conforto ao paciente.

Considerando-se a preocupação em relação à segurança dos pacientes, existem, ainda, duas outras situações, cada uma relatada por apenas uma informante.

A primeira diz respeito à chance de haver troca das medicações dos pacientes ou de confundir um paciente com outro:

"...a identificação existe para a gente dar os cuidados adequados à pessoa certa...no passado isso até me preocupava mais, mas agora, com todos os cuidados que se tem com a identificação de pacientes, eu fico mais tranqüila, porque eu sei que as chances de erro são bem menores, mas eu não posso dizer que não vai acontecer..." (Enfermeira 18)

Essa "troca" de pacientes parece ser uma preocupação antiga. O grupo desenvolveu estratégias no intuito de minimizá-la, talvez por isso não represente atualmente um dilema para a maioria das enfermeiras. De qualquer forma, esta situação adquire especial importância na superlotação, quando, muitas vezes, a relação profissional/paciente acontece através de contatos breves e superficiais. Além disso, a incerteza subjacente no discurso dessa informante demonstra a existência de um ambiente favorável à ocorrência de situações como essa.

A segunda situação refere-se a inquietações com a possibilidade de acontecer algum tipo de contaminação entre as pessoas que permanecem no serviço de emergência.

"A superlotação me incomoda profundamente quando eu vejo que tem uma asma junto com uma meningite viral, junto com uma tuberculose, com HIV, tudo misturado (...) não sei até que ponto não tem uma doença cruzada ali...até que ponto eu não estou sendo um vetor, carregando bicho para lá e para cá (...) O ar fica quase irrespirável, a sensação que eu tenho é que o ar liga todo mundo, nós, as crianças, os acompanhantes e os vírus."
(Enfermeira 14)

A fala dessa enfermeira traduz a preocupação com a contaminação entre as pessoas que circulam no serviço de emergência: pacientes e profissionais. Apesar dessa questão não ter sido referida pela maioria das informantes, esse aspecto torna-se relevante num ambiente onde não há ventilação natural e onde as pessoas permanecem um longo tempo muito próximas umas das outras. Além disso, a sobrecarga de trabalho e o atendimento freqüente de pacientes em situação de emergência exigem uma agilidade que não favorece a manutenção de algumas normas básicas de controle de infecção, por exemplo, a lavagem das mãos.

6.2.3 Personalização do cuidado

Conforme Ferreira (1986), personalizar é tornar pessoal. Assim, a personalização dos cuidados de enfermagem pode ser considerada como uma forma de humanização do atendimento, buscando alcançar a satisfação de necessidades humanas individuais.

Nesse sentido, a personalização dos cuidados de enfermagem também pode ser compreendida numa perspectiva ética, ao considerar-se a enfermagem uma prática moral, baseada em necessidades morais de promover o bem-estar dos pacientes (Gastmans; Casterle; Schotsmans, 1998).

Cuidar, em enfermagem, pressupõe uma perspectiva ética de ação. Os autores citados referem que o comportamento de cuidado inicia a partir de uma relação pessoal enfermeira/paciente e se constitui de dois componentes: uma atividade especializada, que envolve um saber específico e habilidades técnicas, e uma atitude de virtude, com uma disposição constante para a prática do bem.

No Serviço de Emergência, os pacientes chegam geralmente em busca de um atendimento especializado, na tentativa de melhorar a sua condição de saúde. Muitas pessoas investigam sinais e sintomas semelhantes ou têm determinada patologia em comum, compartilham dos mesmos exames, freqüentemente têm o mesmo diagnóstico e necessitam do mesmo tratamento.

Apesar de apresentarem um quadro clínico com características similares, os pacientes também podem ter experiências diferentes em relação ao processo saúde-doença, devido a sua singularidade, experiências culturais, valores morais, práticas de cuidado, entre outros.

A partir dessas semelhanças clínicas e diferenças individuais, observa-se que o papel das enfermeiras envolve uma prática moral, responsável por responder pela convergência de diversas necessidades, através de um cuidado instrumental, mobilizando habilidades e conhecimentos científicos e de um cuidado expressivo, de interação e conhecimento da natureza humana (Waldow, 1998). Assim, esses dois enfoques de cuidado, que não devem ser dicotomizados, mas entendidos como duas faces indispensáveis do cuidado humano, têm adquirido diferentes ênfases no contexto do Serviço de Emergência.

O cuidado instrumental, segundo Reich (1995), é visto sob a perspectiva da competência profissional e da excelência técnica em busca da cura ou do alívio do sofrimento humano.

As enfermeiras do Serviço de Emergência aparentemente não enfrentam maiores conflitos no desenvolvimento do cuidado, pois a dinâmica de atendimento dos pacientes segue a lógica do modelo biomédico, com as ações girando em torno do diagnóstico médico, do tratamento e dos procedimentos. As atividades cotidianas ocorrem a partir de ações rotineiras, muitas vezes decorrentes do processo de enfermagem, instrumento racional de trabalho denominado por Benner, Tanner e Chesla (1996) de julgamento clínico baseado num conhecimento avançado, adquirido através da avaliação de muitas pessoas em similar situação. Também faz parte dessa dinâmica de atendimento a assistência de emergência, que exige o domínio de um conhecimento específico e que garanta agilidade nas ações.

Diante dessa atuação previsível das enfermeiras de um serviço de emergência, a competência técnica torna-se um valor moral necessário e incorporado ao cotidiano.

"...eu acho que o atendimento é muito bom...o paciente veio procurar um tratamento e esse tratamento ele está recebendo, de alguma forma ele está recebendo...o que ele tem, porque ele está doente, como é que está tratando, o remédio que ele veio buscar aqui dentro...isso a gente faz (..) E eu só não dou outras coisas porque eu tenho que ser mais rápida, eu tenho que ser mais objetiva com o que eu quero, que é o tratamento do cliente aqui dentro. Ele vem para se tratar de uma doença, é isso que ele está procurando aqui dentro." (Enfermeira 2)

As falas da informante demonstram o lugar destacado do enfoque técnico nesse ambiente de cuidado, porém, apesar da manifestação de um desempenho competente, a afirmação "*isso a gente faz*" sugere um parcelamento do cuidado, a existência de uma parte que não se faz. Essa idéia fica mais clara na seguinte declaração:

"...tu sabes que aquele fulaninho está saturando 90²⁰, que está com Venturi²¹, tu sabes que a hiperglicemia²² está baixando, a cetonúria²³, mas às vezes tu nem olhastes pra ele. Eu acho isso horrível, isso para mim não é qualidade, estar sendo extremamente automática, mecânica (...) Tem dias que eu saio daqui com a sensação de que não fiz nada...Não consegui ver o meu paciente direitinho...conversar aquilo que eles esperam da gente...saber se ela está bem, se ela está com saudade de casa. Eu acho que tem que ter isso, esse nosso papel de humanizar...tu acabas sendo muito superficial com o teu paciente." (Enfermeira 11)

A partir desses relatos, percebe-se que as enfermeiras, mesmo tendo um domínio da situação clínica do paciente, apresentam algumas inquietações. Parecem reconhecer que, para dar conta de inúmeras tarefas, exercem atividades em série, habitualmente invariáveis e incompatíveis com um cuidado humanizado.

Observa-se que um ambiente hospitalar já tem uma tradição de impessoalidade no atendimento, em função de rotinas estabelecidas. Numa área que atende pacientes críticos parece que esta situação se acentua, pela exigência de rapidez e eficiência. Que

²⁰ Saturação de oxigênio - % de oxigênio sanguíneo.

²¹ Venturi - tipo de máscara usada para administrar oxigênio.

²² Hiperglicemia - nível elevado de glicose no sangue.

²³ Cetonúria - eliminação de corpos cetônicos através da urina.

alternativas teriam, então, as enfermeiras do Serviço de Emergência, que enfrentam diariamente um ambiente superlotado?

Diante do número de pacientes que permanece no local, as enfermeiras relatam dificuldades em conhecer os pacientes que estão sob sua responsabilidade. Muitas vezes, elas não sabem o nome, nem a situação de saúde em que eles se encontram.

Existe uma percepção de que as salas de observação, tanto de adultos, quanto a pediátrica, oferecem melhores condições de identificação dos pacientes, pois a área física estabelece alguma forma de limite, além disso os pacientes ficam mais tempo e restritos aos leitos existentes:

"Nas salas de observação a gente conhece todos, eu não consigo conhecer na sala de procedimentos, quando a gente tem 30, 40 pacientes..."
(Enfermeira 16).

Isso não significa que esse ambiente tenha condições ideais para um cuidado personalizado, visto que o número de pacientes geralmente é superior à capacidade de atendimento, o que diferencia é o fato de os pacientes estarem melhor acomodados.

A sala de procedimentos de adultos tem outras características, pois existe uma heterogeneidade entre os pacientes. Aqueles que deambulam afastam-se da sala com frequência, por iniciativa própria ou por solicitação da enfermagem, que, na falta de espaço, os orienta a permanecer no saguão. Ali também ficam pacientes instáveis, com soro, oxigênio, medicação endovenosa, sentados, esperando vaga na sala de observação. Observa-se que esses pacientes têm preferência para ficar dentro da sala, mas a definição destas prioridades, muitas vezes, torna-se complexa, especialmente nos casos em que os pacientes não têm uma aparência típica de doentes graves, situação demonstrada na seguinte observação:

A enfermeira da sala de observação de adultos veio buscar um paciente que estava infartado e a enfermeira da sala de procedimentos não sabia quem era. (Observação 16)

A partir dessa constatação, percebe-se que a sala de procedimentos representa um local crítico, onde não raras vezes as enfermeiras experienciam a total falta de domínio da situação.

"Te angustias essa questão de tu não saberes quem é. Muitas vezes os pacientes te chamam: ' O que eu tenho que fazer? Quanto tempo vai demorar?' Essa coisa de te por na frente do paciente:' eu vou ver os teus papéis', parece que tu não estás a par da situação, isso causa constrangimento..." (Enfermeira 19)

"...são situações que tu ficas te culpando, porque as pessoas vêm aqui procurando atendimento e tu nem sabes quem é o paciente, tu nem vistes direito a situação dele, ele ficou lá no saguão, lá fora, é uma coisa que preocupa, por isso a gente procura identificar todo mundo, procura tentar saber de todos..." (Enfermeira 9)

"A gente fica frustrada na hora da passagem de plantão, porque a impressão que tu tens é de que tu não vistes nada, tamanha a quantidade de informações novas e de coisas que tu não sabes passar para o teu colega, porque a gente chega a ter 50 pacientes na sala de procedimentos à tarde, não tem como tu teres o controle de todos." (Enfermeira 16)

A distância existente entre enfermeiras e pacientes, reveladas nessas informações, caracteriza a despersonalização do ambiente do cuidado, gerando um conflito manifestado através de angústia, constrangimento, culpa, preocupação e frustração. Esses sentimentos podem ser compreendidos, à medida que o cuidado requer o conhecimento do outro ser, ou seja, aquele que cuida deve ser capaz de entender as necessidades do outro para responder a elas de modo adequado (Mayeroff *, citado por Waldow, 1998).

* MAYROFF, M. On caring. New York: Harper Perennial, 1971.

A relação de cuidado envolve um comportamento interativo, onde se faz necessário que o paciente também consiga identificar a enfermeira. Nesse aspecto, as informantes também revelam alguns conflitos:

"Tem pacientes que passam por mim e não ficam ...a dona fulana teve alta, mas eu nem conversei com ela, nem sei nada da vida dela, sei que ela chegou por isso, por isso e por aquilo, mas não consegui interagir, sabe."
(Enfermeira 11)

As enfermeiras demonstram que frequentemente conhecem a história clínica dos pacientes, mas dificilmente conseguem estabelecer alguma forma de ligação ou de reciprocidade. Não é incomum as enfermeiras passarem o plantão, relatando para a equipe de enfermagem do turno seguinte uma riqueza de detalhes sobre a patologia do paciente, as alterações dos sinais vitais, os exames e consultorias realizados. Isso se deve, em grande parte, às informações registradas nos formulários e planilhas e aos relatórios informatizados disponíveis. Mas raros são os momentos em que as enfermeiras têm condições de dedicar parte de um precioso tempo para demonstrar afeição:

"...esses dias a pediatria tinha poucos pacientes, até jogar carta com um gurizinho eu joguei... ontem ele esteve aqui e veio lá da frente me abraçar, me beijar...ele criou vínculo comigo justamente porque eu fiquei muito tempo brincando, sabendo o que ele gosta, que tipo de jogo ele brinca...essa coisa que eu acho que falta mais e talvez tenha mais um pouco nos andares, porque as coisas estão certinhas nos lugares." (Enfermeira 2)

Essa abordagem certamente não configura prioridade num serviço de emergência e não deve ser supervalorizada em detrimento da competência técnica, mas, no momento em que abriu espaço para o brincar, a enfermeira conseguiu contemplar uma necessidade infantil e personalizar o cuidado, minimizando as adversidades do ambiente.

Em relação a essa situação, Waldow (1998) refere que os pacientes querem sentir-se seguros e confiantes de que, além de serem considerados seres humanos, terão a equipe de saúde desempenhando suas funções com conhecimento e habilidade. Uma cuidadora eficiente, que demonstra indiferença, pode transmitir ao paciente sentimentos de solidão e de carência, agravando sua vulnerabilidade. Porém, uma enfermeira delicada, interessada e afetiva, mas incompetente tecnicamente, pode gerar um sentimento de insegurança e ameaça.

Dentro desse contexto, percebe-se que, no serviço de emergência, o conhecimento técnico adquire fundamental importância e assegura o atendimento de necessidades essenciais. No entanto, o cuidado instrumental pode ser oferecido sob uma perspectiva ética, incluindo uma atitude de virtude, onde o tratamento não precisa necessariamente ser o mesmo para este ou aquele paciente, ou seja, o cuidado ocorrerá dentro de uma relação que envolve habilidade técnica e afetividade, e, assim, a prática da enfermeira refletirá uma postura ética frente ao cuidado, mesmo que a realidade enfrentada suscite dilemas.

Frente a isso, salienta-se a idéia de Morein (1986), quando ele afirma que o objetivo de solucionar problemas morais não é identificar um ideal moral, mas buscar achar a melhor solução disponível nas circunstâncias reais. Algumas vezes, as circunstâncias podem ser alteradas, e, em outras não.

Conversando com as enfermeiras sobre a forma de enfrentar o dilema da personalização dos cuidados, surgem poucas alternativas diante da superlotação, uma realidade há muito tempo inalterada no serviço de emergência:

"...os técnicos de enfermagem colocam o nome da criança na cama, se não fosse assim a gente enlouquecia...depois eu faço o histórico de enfermagem e nesse fazer o histórico tu conversas com eles." (Enfermeira 14)

"...a identificação é importante, na maca, no braço, na etiqueta do soro...senão a gente começa a usar estereótipos, o paciente sem perna, o paciente com neoplasia de pâncreas...se nós pecássemos ainda na identificação seria pior...é muito chato ter que perguntar duas, três vezes o nome do paciente..." (Enfermeira 10)

As enfermeiras, através das suas falas, demonstram que a personalização do cuidado representa uma lacuna a ser preenchida dentro do ambiente do cuidado. De qualquer forma, valorizam o exercício da criatividade na resolução dos problemas: etiquetando a cama ou o próprio paciente, valorizando o histórico de enfermagem como um momento de aproximação ou proporcionando momentos de descontração. As alternativas existentes vêm sendo construídas a partir de uma dura realidade enfrentada por esta equipe e alcançará novos patamares à medida que houver o entendimento de que um bom cuidado de enfermagem consiste de, além de uma competente performance para realizar atividades, uma intenção moral de fazer o bem. Esse tem sido um árduo e constante desafio.

6.2.4 Privacidade

A privacidade relaciona-se com o direito que uma pessoa tem de controlar o acesso sobre si mesma (Beauchamp; Childress, 1994). É a restrição do acesso às pessoas ou as suas informações (Allen, 1995). É a liberdade que o paciente tem de não ser observado sem autorização (Goldim; Francisconi, 1998). Mas, a privacidade dos pacientes do Serviço de Emergência tem sido constantemente violada. É o que se observa nas seguintes informações:

"Eu acho que há muito pouca privacidade...isso me incomoda...mexe comigo...me machuca muito ver aquelas pessoas, umas ao lado das outras..." (Enfermeira 2)

"Eu acho que o pessoal tem aquela coisa que se tu trabalhas numa emergência, tu tens que esquecer alguns aspectos...e por trabalharem muito...acabam deixando isso de lado. Se preocupam em dar um banho, fazer medicação...isso sempre me traz conflito." (Enfermeira 10)

Segundo o relato das enfermeiras, a falta de privacidade ocorre em função das condições existentes no ambiente e dos valores que permeiam a equipe de trabalho. A superlotação faz com que os pacientes fiquem dispostos de forma muito próxima, fazendo com que as abordagens feitas a um paciente seja presenciada por outros pacientes e também por vários membros da equipe de profissionais. Frequentemente, os pacientes são examinados ou questionados aos olhos de todos aqueles que dividem um espaço restrito, situação que demonstra as limitações do ambiente e a postura adotada por alguns profissionais.

A privacidade pode ser considerada, conforme Allen (1995), sob a perspectiva da privacidade física e também da privacidade de informações.

As informantes declaram que a falta de privacidade física ocorre principalmente nas salas de observação:

"...mais no adulto, as vovozinhas, porque os homens até não se importam muito, mas as mulheres...eu fico com pena das vovós, que a vida toda foram bitoladas e de repente escancaram. Aquilo é uma agressão..." (Enfermeira 2)

"...a gente até nem sente tanto em função de ser uma pediatria, mas muitas vezes tu tens meninas pré-adolescentes ali...pobre da criança que tem que ir numa comadre, por exemplo...tu teres que expor... é uma maneira de tu agredires mais ainda a criança e isso me incomoda.." (Enfermeira 14)

"Eu tenho preocupação com a agressividade que são os procedimentos em relação a outros pacientes. Eles ficam observando que tu estás passando uma sonda ou puncionando...ou ter que estar vendo um paciente todo

urinado, todo evacuado, sentado ao lado dele, isso é muito agressivo e a medida do possível, tínhamos que evitar isso." (Enfermeira 18)

Allen (1995) refere que, em se tratando de cuidados à saúde, não há possibilidade de privacidade física completa. Diante disso, a nudez, o toque e a observação são inevitáveis, pressupondo-se, inclusive, que haja uma aceitação mútua entre profissionais e pacientes. Dentro de um serviço de emergência essa característica se acentua, principalmente em função da agilidade esperada nos casos de atendimento a pacientes graves.

A mesma autora refere que muitos pacientes podem abrir mão de sua privacidade para ter a chance de uma saúde melhor, ainda que esperem dos profissionais de saúde uma posição contrária ao estabelecimento de contato físico e de exposição desnecessários. Essa expectativa de proteção dos pacientes muitas vezes é frustrada, pois a falta de privacidade parece estar incorporada à dinâmica de atendimento do Serviço de Emergência.

Nas informações evidencia-se a existência de uma hostilidade inerente ao ambiente e que a exposição do corpo dos pacientes é uma forma de reforçar essa situação, tanto para os pacientes expostos quanto para aqueles pacientes que estão no papel de observadores. A falta de privacidade é expressa em vários discursos como uma agressão, o que poderia significar que as enfermeiras não se sentem isentas de colaborar com possíveis danos psicológicos aos pacientes.

A fala das informantes evidencia, também, uma preocupação com o corpo das mulheres, caracterizando um valor cultural dessa equipe de trabalho, até porque as enfermeiras entrevistadas são todas do sexo feminino.

A manutenção da privacidade dos pacientes não ocorre somente através da condição de inacessibilidade física, conforme citado anteriormente, mas através do

resguardo das informações. Na sala de procedimentos existe uma preservação maior do corpo dos pacientes, o que não acontece em relação às informações que se tem sobre cada um deles. É o que se pode concluir da seguinte manifestação:

"...na sala de procedimentos, em relação ao corpo, como as pessoas ficam vestidas com suas roupas...cada um vai no banheiro, dá para fechar a porta, eu acho até que tem um pouco mais de condições em relação a isso. A pessoa fica exposta na passagem de plantão ou a algum comentário médico...porque tu falas, fulano tem tal e tal coisa...os outros acabam ouvindo, porque ali é todo mundo junto mesmo..." (Enfermeira 9)

O rompimento da preservação das informações pode ser abordado pela ótica da quebra da confidencialidade, ou seja, neste ambiente não há garantia de resguardo das informações sobre o paciente (Goldim; Francisconi, 1998). Essa situação ocorre também em outras áreas do serviço, constatada a partir da seguinte observação:

Permanecendo durante alguns minutos no posto administrativo pude observar que por ali transitam inúmeras informações...é um local onde estão a maioria dos telefones, então se escuta as informações fornecidas aos familiares...os auxiliares administrativos comunicam os médicos sobre a existência de leitos, arrumam os papéis dos pacientes que vão internar e avisam para as enfermeiras. Também dali as enfermeiras telefonam para as unidades para "passar" os pacientes. Enfim, é um lugar de grande circulação de informações e a sua localização estratégica favorece um contato permanente com a sala de observação de adultos, com o corredor que dá acesso a sala de procedimentos, com a área de prescrição médica e com o posto de enfermagem. (Observação 21)

Outra preocupação em relação à falta de privacidade foi a dificuldade em proporcionar espaço privativo e confortável aos pacientes:

"..se tu conseguires proporcionar pelo menos um lugar mais tranquilo, menos agitado para o vovozinho, para a vovozinha..." (Enfermeira 10)

"..quando eu estou doente, com febre, eu me sinto dengosa, melindrada...todo mundo se sente assim...então eu não quero que fiquem me incomodando, que fiquem gritando, que fiquem conversando. Eu gosto que alguém venha me oferecer alguma coisa, que me tratem bem." (Enfermeira 2)

"... às vezes tu vês pacientes terminais em uma cadeira de rodas e tu sabes que não vão durar mais que um dia...é oferecer um pouco de dignidade...o

mínimo que tu podes oferecer é um lugar mais reservado, um pouco mais acomodado, com o familiar junto..." (Enfermeira 11)

Essas declarações refletem outra dimensão da questão: as enfermeiras percebem que o desconforto leva à falta de privacidade, principalmente porque os pacientes estão debilitados e fragilizados. Proporcionar um espaço tranquilo, silencioso e confortável passa a ser um compromisso moral, à medida que representa uma forma de solidariedade humana.

Diante da realidade de superlotação do Serviço de Emergência, oferecer privacidade é uma possibilidade remota, visto que, além de camas insuficientes, as luzes permanecem continuamente acesas e há ruídos oriundos dos monitores cardíacos, da conversa entre os profissionais e dos próprios pacientes.

Segundo Allen (1995) as solicitações de silêncio, que geralmente existem nos hospitais, são para atender necessidades físicas e psicológicas de sossego e paz de espírito dos pacientes. Mas, além disso, há outras formas de promover a manutenção da privacidade no Serviço de Emergência, com ênfase na privacidade física:

" Eu dou camisola para eles vestirem ou dou calça...porque é chato, às vezes tu vais passar uma sonda, está de perna aberta, de frente para a porta..." (Enfermeira 9)

"...eu tento botar biombo ou levar para atrás da cortina...Eu tenho essa preocupação, já é alguma coisa..." (Enfermeira 2)

"A gente até procura, na medida do possível, colocar os pacientes por sexo...a não ser que seja um paciente urgente..." (Enfermeira 10)

"...muitas vezes a gente tem dois, três neutropênicos, porque o tempo de vida destas crianças está aumentando, em função das medicações, essas coisas todas...então eles têm sido isolados nos consultórios lá da frente...fica um verdadeiro caos quando isso acontece, mas pelo menos eles estão resguardados, têm o canto deles..." (Enfermeira 14)

As falas das enfermeiras do Serviço de Emergência expressam preocupação com a privacidade, pois cada uma, a seu modo, organiza estratégias para minimizar a exposição dos pacientes. Observa-se que um simples ato de puxar a cortina pode significar uma consideração a valores humanos essenciais. Essa tentativa de proteger os pacientes, caracteriza-se num gesto humano no cuidado que corresponde ao respeito e à preservação da dignidade (Selli, 1998; Allen, 1995).

De qualquer forma, na opinião das informantes, parece que essas ações geralmente são isoladas, não havendo, no grupo de enfermeiras, uma mobilização mais efetiva para manter a privacidade:

"...é a tal situação, da superlotação, por uma série de coisas, as pessoas acabam ficando indiferente a isso...se esquecem que poderia ser tu no lugar do paciente..." (Enfermeira 9)

"...acho que as pessoas são pouco comprometidas com esse aspecto humano, talvez precise mais leitura ou mais treinamento nessa área humana (...) às vezes tu te preocupas, tu organizas as coisas de um jeito e tu chegas no outro dia e tu vêes que essa questão não foi avaliada ou que a privacidade não era prioridade para a minha colega e isso me cria um pouco de conflito." (Enfermeira 10)

Diante das informações das enfermeiras, fica claro que existem muitas dificuldades para manter a privacidade dos pacientes no Serviço de Emergência. Segundo Helman (1994), é impossível isolar crenças culturais e comportamentos do contexto onde ocorrem. Nesse sentido, o comportamento das enfermeiras reflete as dificuldades de manejar as situações decorrentes de um ambiente superlotado, que oferece poucas condições de privacidade. Em função disso, parece haver uma naturalização de um evento que causa sofrimento. As palavras *indiferença, esquecimento, falta de compromisso*, manifestadas pelas informantes expressam essa situação. Portanto, pode-se fazer o seguinte questionamento: como seria o

comportamento do mesmo grupo de enfermeiras se as condições de manutenção da privacidade fossem mais favoráveis? Essa reflexão remete à idéia de que num mesmo grupo os comportamentos podem ocorrer a partir de uma condição ambiental ou de um valor moral.

Sendo assim, dentro da realidade atual, é importante que as enfermeiras estejam sensíveis ao desenvolvimento de estratégias, ao lidar com as dificuldades de manter a privacidade num ambiente superlotado. Os obstáculos existem e são reais, porém só haverá possibilidade de superá-los se houver uma predisposição daqueles que vivem esses dilemas.

6.3 Conflitos nas relações interpessoais

As relações interpessoais que se estabelecem no mundo do cuidar do Serviço de Emergência decorrem da convivência entre as pessoas ali presentes: pacientes, familiares e profissionais. As pessoas coabitam permanentemente o mundo do cuidar como fios que completam uma complexa teia de relações (Crossetti,1997). Essas interações humanas dão vida e forma aos acontecimentos do mundo do cuidado.

A percepção compartilhada no mundo dos indivíduos de um grupo cultural influencia a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente e de comportar-se dentro dele, em relação ao ambiente e às pessoas (Helman, 1994). Nesse sentido, a história e as experiências vividas pelo grupo do Serviço de Emergência justificam a sua visão de mundo e expressam a sua maneira de viver. A partir desse mundo de relações interpessoais emergiram algumas inquietações na relação entre as enfermeiras, entre as

enfermeiras e a equipe médica e também entre as enfermeiras e os pacientes e seus familiares.

6.3.1 Enfermeiras: encontros e desencontros

As enfermeiras do Serviço de Emergência manifestaram a existência de conflitos entre as colegas, principalmente em função da carência de recursos físicos e materiais necessários à realização de um cuidado de enfermagem que vai ao encontro das necessidades dos pacientes.

O número excessivo de pacientes faz com que todas as possibilidades de acomodação sejam usadas, e as enfermeiras enfrentam inquietações e se colocam numa posição de encontrar alternativas, as quais, muitas vezes, são motivo de conflito no grupo, visto que são percebidas de variadas formas, como manifesta a fala a seguir:

"É que depende do lugar onde tu estás. Se tu estás na SP, tu pensas de uma forma, se tu estás na SO, tu pensas de outra, a mesma pessoa. Se tu estás na SO, tu queres trabalhar com folga, tu queres deixar uma ou duas macas, porque sempre chega alguma coisa. Se tu estás na SP, tu pensas que os pacientes estão mal acomodados, que eles estão precisando deitar, que eles têm que passar para a SO e, na verdade, é menos um problema para ti pensares, então tu queres passar o paciente para a SO ou tu queres internar o paciente. Então a mesma pessoa pensa diferente, em locais diferentes.."
(Enfermeira 2)

De acordo com esse relato, observa-se que as enfermeiras vivem dificuldades (dilemas) diferentes, dependendo da área do serviço em que estão desenvolvendo suas atividades.

A enfermeira, quando está na sala de observação de adultos, tem sob os seus cuidados pacientes acomodados em leitos ou macas, e a preocupação maior é reservar uma maca para acomodar aquele paciente que tem possibilidade de chegar, geralmente

em situação de emergência. Esta é uma situação imprevisível, mas freqüente, portanto parece ser uma atitude prudente deixar uma infra-estrutura mínima para esses atendimentos.

A enfermeira, quando está na sala de procedimentos de adultos, enfrenta um ambiente de total desconforto, pois pessoas doentes permanecem sentadas por muitas horas, situação incompatível com um cuidado humanizado. Torna-se evidente, então, o motivo pelo qual as enfermeiras desejam passar os pacientes para a sala de observação, porque na sala de procedimentos existe grande número de pacientes em condições inadequadas de acomodação. Passar para a sala de observação significa oferecer um cuidado de melhor qualidade para aquele paciente que vai para o leito e, de certa forma, também para aqueles que ficam, pois, com a transferência de um paciente que necessita de muitos cuidados, a enfermeira e os outros profissionais podem dedicar mais tempo para cuidar dos outros pacientes.

Diante do exposto, percebe-se que as enfermeiras, quando respondem pela sala de procedimentos, têm dificuldades em aceitar as restrições impostas pelas colegas da sala de observação.

"...os argumentos que ela usou para que eu não passasse o paciente não eram fortes, tipo assim: 'eu não consegui ver todo mundo, eu não consegui me organizar'. Isso para mim não é critério para não passar paciente grave que está piorando. Agora, se tu estás atendendo uma urgência, tu estás atendendo um paciente grave, eu não posso sobrecarregar com mais um, a não ser que eu me disponibilize a vir te auxiliar e dar o primeiro atendimento, o que a gente normalmente faz. Mas argumentos como: 'ah, eu agora não posso ver' ou 'eu agora tenho que passar uma sonda', isso eu não aceito, eu acabo impondo. Eu já tive situações bem desagradáveis em relação a isso, mas eu acho que tem que priorizar, tem que ter bom senso nessas situações." (Enfermeira 16)

Se a condição de gravidade de um paciente que necessita passar para a sala de observação for considerada, a argumentação dessa enfermeira torna-se inquestionável,

diante da necessidade de atendimento imediato. Além disso, partindo-se da idéia de que a avaliação, além de seguir critérios técnicos, também tem um caráter subjetivo, pode-se entender a diferença de visão das enfermeiras envolvidas nessa tomada de decisão, principalmente porque cada uma vive o problema de uma forma.

Nesse contexto, a resistência da enfermeira da sala de observação gera uma situação de impotência na colega da sala de procedimentos, que tem eliminada a alternativa de solução para o problema. Por outro lado, a pressão realizada pela enfermeira da sala de procedimentos remete à idéia de que a enfermeira da sala de observação tenta impor alguma forma de limite, na perspectiva de trabalhar num ambiente ideal de cuidado. Mas, em função de outras prioridades, essa perspectiva nunca chega a se concretizar. Ao paciente mais grave e, enquanto ele assim permanecer, lhe é garantida a primazia do atendimento. Esse comportamento certamente influencia a qualidade dos cuidados prestados aos demais pacientes, à medida que o acúmulo de atividades não favorece a personalização dos cuidados.

As enfermeiras relataram conflitos entre as colegas, relacionados com a transferência dos pacientes da sala de observação para a sala de procedimentos. No entanto, durante as observações, presenciou-se muitos momentos em que as enfermeiras da sala de observação se preocupavam em organizar o ambiente para admitir novos pacientes, através do remanejamento interno dos pacientes, da agilização da limpeza das macas e de modificações na escala dos técnicos de enfermagem. Essa situação pode ser ilustrada a partir deste registro:

Fiquei impressionada com a disposição das enfermeiras em agilizar a entrada dos pacientes que aguardavam leito sentados ao longo do corredor, diante do número e da gravidade dos pacientes que estavam na sala de observação. (Observação 9)

O conteúdo desse registro provocou, na pesquisadora, a sensação de estranheza em relação ao comportamento das enfermeiras, porque, frente às circunstâncias, poder-se-ia esperar uma resistência na recepção de novos pacientes. Mas, em diversas ocasiões, percebeu-se espontaneidade na comunicação entre as enfermeiras, que combinavam formas de acomodação dos pacientes, parecendo que tanto o problema quanto as soluções já estão incorporados ao cotidiano.

O principal conflito que emergiu na relação das enfermeiras do Serviço de Emergência parece concentrar-se no desejo de acomodação dos pacientes e no enfrentamento de alguns impedimentos. Esse dilema faz parte do cotidiano das enfermeiras, as quais apresentam duas formas de resolver a situação:

"Eu tento conversar, mas às vezes eu imponho...eu já tive situações que as colegas não queriam receber o paciente e eu falei: 'eu vou mandar o paciente, o paciente precisa passar e depois nós vamos discutir e vamos ver como é que vai ser.' " (Enfermeira 16)

"Olha, geralmente eu tento explicar que o paciente pode cair, pode se machucar. E aí quem vai responder por isso? Tento colocar: 'se fosse teu familiar, tenta te colocar no lugar', tento mostrar a realidade do paciente também e não só a nossa, porque as pessoas tendem a ter uma atitude egoísta." (Enfermeira 9)

Conforme o relato das enfermeiras, observa-se que a transferência dos pacientes da sala de procedimentos para a sala de observação ocorre pela imposição ou pela negociação. Na primeira circunstância, a enfermeira decide sozinha, porque o paciente é grave ou porque a situação extrapola o limite do suportável. Na segunda circunstância, a enfermeira tenta sensibilizar a colega, para que haja um entendimento e uma decisão conjunta.

Ambos os comportamentos fazem parte da relação das enfermeiras do Serviço de Emergência e dão conformação ao modo de ser desse grupo. Tanto a resistência

quanto a imposição podem ser consideradas uma atitude egoísta se analisadas sob o ponto de vista de que cada uma defende o seu interesse. Por outro lado, também pode ser entendida como altruísta, caso se vislumbre a intenção de defender os interesse dos pacientes. Nessa segunda perspectiva, as enfermeiras são desafiadas a sair de seu sistema de referência pessoal, assumindo uma atitude de virtude de cuidado, inerente à prática moral de enfermagem e que envolve a apreciação da situação do outro para promover o seu bem-estar (Gastmans; Casterle; Schotsmans, 1998).

6.3.2 Enfermeiras e equipe médica compartilhando o cuidado

As enfermeiras referem a existência de alguns conflitos com a equipe médica, os quais também se relacionam às dificuldades de distribuição dos recursos existentes no ambiente. Um deles, é a discordância dos médicos em relação a iniciativa de transferir algum paciente da sala de procedimentos para a sala de observação.

"...já aconteceu de eu conseguir argumentar e a minha opinião prevalecer, mas não são todas as pessoas que têm essa abertura, de tu opinares e tu resolveres. Têm contratados que não querem que a gente opine, então eu respeito. Mas já aconteceu de eu achar que um paciente está piorando muito na SP, eu achei que ele devia passar para SO, o médico não concordou, eu passei e depois nós vamos brigar em outro lugar." (Enfermeira 16)

"O que pode acontecer é eu achar que eu deveria passar um paciente e ele me convencer que tem que passar outro, ou eu o convengo que tem que passar o meu, mas sempre tem um diálogo. O ideal seria acomodar os dois, acomodar todos que a gente decidisse que tem que passar, mas não é bem assim." (Enfermeira18)

Observa-se, aqui, que as enfermeiras assumem diferentes posturas no relacionamento com a equipe médica.

Existem situações em que ocorre uma discussão a respeito das condições dos pacientes, onde os profissionais trocam informações, sustentam um ponto de vista, até que um convence o outro de que aquela é a melhor escolha. Nessas circunstâncias, ocorre uma interação entre os profissionais e mesmo que a opinião de um prevaleça sobre a de outro, a tomada de decisão é construída através do diálogo e do entendimento.

Essa dinâmica pode ser compreendida, segundo Benner, Tanner e Chesla (1996), como uma habilidade de negociação, adquirida pelas enfermeiras através da experiência profissional. A fala da enfermeira 18 evidencia essa situação, quando percebe a necessidade de estabelecer prioridades, diante das dificuldades do ambiente, mas a tomada de decisão ocorre num clima de tranquilidade. Esse tipo de relacionamento acontece, conforme as autoras, entre médicos e enfermeiras com experiência clínica, porque a preocupação desses profissionais não se restringe ao cumprimento de regras ou à disputa pelo poder, mas à união de conhecimentos que objetivam atender as necessidades dos pacientes. No contexto do Serviço de Emergência, constatou-se inúmeras circunstâncias semelhantes a essa, em que médicos e enfermeiras selecionavam os pacientes, definindo as prioridades, conjuntamente.

Mas a informação da enfermeira 16 deixa claro, também, que há situações em que os profissionais decidem sozinhos. Num primeiro momento, a enfermeira reconhece o espaço de decisão médica, não interfere no processo e fica aguardando as determinações. Num segundo momento, ao constatar um agravamento das condições de saúde do paciente, a enfermeira decide transferi-lo de área e depois vai conversar com o médico.

Nessas circunstâncias de tomada de decisão, presenciou-se situações em que as escolhas não eram realizadas em conjunto entre médicos e enfermeiras, mas a autonomia de cada profissional e a relação de confiança que se estabelece no cotidiano não comprometia a forma de se relacionar. Por outro lado, o conflito nas relações, manifestado pelas enfermeiras, parece ocorrer quando surge uma cisão do trabalho em equipe, situação em que cada um decide as prioridades do atendimento a seu modo, sem considerar as diversidades daquele mundo do cuidado, onde a visão de cada profissional deveria representar uma parte desse contexto. Em relação a isso, Benner, Tanner e Chesla (1996) referem que essas circunstâncias de conflito geralmente são enfrentadas com competição ou com acomodação, sendo que ambas as posturas não promovem interação, nem colaboração. A falta de integração gera um distanciamento entre os profissionais, situação que não favorece a complementaridade das ações, mesmo diante de objetivos comuns. Isso, no contexto do Serviço de Emergência, poderia estimular a falta de agilidade e a despersonalização dos cuidados.

Outra situação desvelada, foi o descontentamento das enfermeiras em função de a equipe médica atribuir uma qualificação simplista à enfermeira da triagem, quando há dificuldades em mandar os pacientes embora.

"...muitas vezes eu ouvi eles dizendo: 'bom, hoje vai entrar mesmo, porque quem está lá na frente deixa passar tudo'. Como deixa passar! Não deixa passar, as pessoas vêm, procuram, evidente que vai ter que entrar. Não quer que fique, manda embora, mas daí eles não mandam". (Enfermeira 14)

Essa manifestação demonstra que esta enfermeira, quando está na triagem, sente-se estigmatizada e pressionada pela equipe médica a conter o fluxo de pacientes. Essa circunstância pode ser entendida em função do diferente significado que aqueles profissionais atribuem ao momento da chegada dos pacientes ao serviço, visto que as

enfermeiras mantém um contato direto com os pacientes e seus familiares e os médicos praticamente não participam da triagem.

Porém, também ocorre situação inversa, quando a mesma enfermeira questiona a conduta de um pediatra.

"...conflito direto é no julgamento dos pacientes, quando me parece que não existe maior indicação...Porquê tem que trazer todos para sala de observação? Controlar a febre, tu podes controlar aqui dentro, tu podes controlar lá na sala de procedimentos. Me parece que ele tinha que ser mais coeso, mais direto no atendimento, ele não pode querer ter as atitudes que tem, num local onde nós não temos sequer espaço para todas essas crianças." (Enfermeira 14)

A declaração dessa enfermeira reforça a idéia de que a mesma pessoa, dependendo das circunstâncias, vê a questão de uma forma diferente. Quando ela está na triagem, existe a convicção de que o paciente tem que entrar, tem que ficar. E a reação dos médicos a incomoda, porque não há uma valorização da sua avaliação. Mas, quando está na sala de observação pediátrica, questiona a avaliação médica, criticando a decisão de deixar o paciente, só que desta vez é ela que está isenta da interação que se estabeleceu no momento de chegada do paciente.

A partir dos comportamentos evidenciados, fica claro que o modo de se relacionar dos profissionais envolve circunstâncias dinâmicas, com diferentes graus de interação e comunicação.

É importante salientar que, mesmo manifestando algumas divergências, as enfermeiras consideram que o relacionamento com os médicos é bom e que o trabalho é desenvolvido de modo integrado:

"...a equipe trabalha bem, trabalha tranqüila." (Enfermeira 14)

"Até acontece, mas não é nada que extrapole." (Enfermeira 18)

"...a enfermeira já escolheu quem vai passar, mas mesmo assim ela vai lá e fala para o médico." (Enfermeira 11)

Essas falas revelam que os conflitos entre médicos e enfermeiras existem, mas num ambiente onde a exposição a dilemas é freqüente, esses problemas não adquirem grandes proporções, pois o grupo desenvolveu habilidades para resolver as dificuldades em conjunto. Sendo assim, essa postura tem implicação ética, à medida que a disposição para o diálogo entre os profissionais pode repercutir em melhor atendimento aos pacientes.

Outra questão que, talvez, facilite o entrosamento no grupo é o fato de as pessoas alternarem-se constantemente nos papéis, permitindo que um entenda as dificuldades do outro. Há um clima de confiança, tolerância e boa vontade para dividir as responsabilidades no exercício cotidiano de admitir diferentes modos de pensar, de agir e de sentir entre os indivíduos.

Nesse sentido, Nolan (1995) enfatiza a interdisciplinaridade no cuidado, abordagem que não nega a importância das habilidades específicas, mas que visa reduzir as fronteiras profissionais. Esta aproximação torna-se necessária no contexto do Serviço de Emergência, pela multiplicidade e complexidade das situações deste ambiente de cuidado.

A relação interpessoal é um aspecto positivo nessa equipe de profissionais, ajudando-a a enfrentar os dilemas éticos vivenciados e, conseqüentemente, a promover a qualificação dos cuidados.

6.3.3 Enfermeiras, pacientes e familiares vivenciando o cuidado

O relacionamento das enfermeiras com os pacientes do Serviço de Emergência envolve sempre a família, pois eles vêm acompanhados por alguém que compartilha com eles um momento de fragilidade física e emocional.

A família, segundo Crossetti (1997), é uma instituição que tem como centro o Ser-com-o-outro, portanto ela entra no mundo do cuidado com um papel fundamental, o de suporte. A rede de apoio torna-se importante, pois, de certa maneira, a doença também é da família e os eventos que dela decorrem repercutem na sua dinâmica de funcionamento.

A presença da família é uma constante no Serviço de Emergência e, de acordo com as circunstâncias, vai assumindo diferentes características.

Quando os pacientes chegam para o atendimento, são os acompanhantes que auxiliam no transporte, providenciam os trâmites administrativos e fornecem as informações relativas ao motivo de procura ao serviço. É também para a família que, freqüentemente, os profissionais repassam as informações sobre as condições do paciente e sobre as rotinas locais.

Durante a permanência dos pacientes no serviço, as crianças ficam com um familiar durante todo o tempo, o qual participa ativamente dos cuidados. Na sala de observação de adultos, existem horários de visita, flexibilizados de acordo com a situação, pois é um ambiente superlotado, sem área física para acomodar familiares. Além disso, é nesta área que são atendidas a maioria das situações de emergência. Na sala de procedimentos de adultos, os familiares permanem junto aos pacientes mais debilitados, que ficam sentados ou deitados nos consultórios. O espaço é restrito e a

infra-estrutura não comporta o atendimento de pacientes dependentes, por isso a presença do familiar torna-se necessária, porque esses pacientes precisam constantemente de atenção e auxílio. Nesse cenário, observa-se que a família adquire lugar de destaque, serve de amparo e proteção, no período de vulnerabilidade dos pacientes.

"Antigamente eu não gostava, os familiares me atrapalhavam, porque eles passavam o tempo todo perguntando, perguntando. O familiar tem essa ansiedade. O paciente também tem, mas a maioria das vezes eles estão doentes, eles precisam, então eles aceitam pacientemente o que está acontecendo com eles, mas o familiar não. Então, se tu trabalhares com o familiar, no sentido de orientar, de dizer o que o paciente tem, ele se acalma e ele te ajuda." (Enfermeira 2)

A informação trazida por essa enfermeira ratifica que os pacientes, frente a uma situação de doença, ficam com a autonomia reduzida. Essa circunstância se agrava no contexto do Serviço de Emergência, pois a exaustão dos recursos existentes frequentemente reduz as possibilidades de escolha. Assim, os familiares assumem a responsabilidade de defender os interesses daqueles que lhes são próximos e tentam criar um contexto de suporte interpessoal, que amenize esta condição de incapacidade (Nuñez; Cajal, 1996).

A ansiedade dos familiares se justifica pelo sentimento de insegurança que permeia o período de espera pelo diagnóstico, pelo leito e por todas as necessidades que não estejam sendo contempladas. Além destas questões que se relacionam com a condição do paciente, também existe o desconhecimento das peculiaridades do contexto hospitalar, outro fator que dificulta uma ação com autonomia.

Conforme o relato da enfermeira 2, enquanto o familiar estiver vivenciando a sensação de incerteza, indaga repetidamente, causando desconforto na equipe de profissionais e gerando um clima de dúvida e desconfiança. No momento em que os

profissionais se dispõem a informá-lo e a integrá-lo no processo de cuidado, a ansiedade se transforma em tranquilidade e colaboração, num movimento de aproximação, em busca de um objetivo comum: melhorar as condições de saúde do paciente.

Essa interação demonstra um aperfeiçoamento das relações e essa atitude de cuidado influencia a percepção de bem-estar dos pacientes. Bruce, Bowman e Brown (1998), em pesquisa sobre os fatores que influenciam a satisfação dos pacientes num serviço de emergência, verificaram que os pacientes valorizam, além da competência técnica, aspectos psicossociais: a demonstração de preocupação e de compaixão por parte das enfermeiras, a paciência, o estímulo da participação da família e um comportamento afetivo. Williams (1998) complementa que o significado do cuidado de enfermagem para os pacientes envolve as características interpessoais das enfermeiras e a interação delas com eles.

No Serviço de Emergência, as enfermeiras reconhecem a importância da presença dos familiares. Ao mesmo tempo em que pacientes e familiares têm algumas de suas necessidades atendidas, as enfermeiras, com o passar do tempo, observaram que esse contato era uma alternativa para enfrentar os dilemas decorrentes da superlotação do ambiente do cuidado.

"...eu dou cartãozinho para a vovozinha, eu digo para ela: 'a senhora entre, não fique do lado dela o tempo todo, porque não tem espaço aqui dentro, fica tumultuado, mas a senhora entre de 10, de 15, de 20 em 20 minutos, venha ver se ela precisa ir no banheiro, se ela quer uma agulha, auxilie na alimentação, dê carinho, dê conforto para o seu familiar', porque a gente não tem condições de dar isso aqui. (...) se o paciente é confuso nem se fala, deixo grudado, quase algemado, um do lado do outro, que é para não acontecer nada " (Enfermeira 2)

Esse depoimento demonstra que a participação do familiar nos cuidados ao paciente possibilita um ambiente mais seguro, confortável e afetivo. O apoio da família

pode significar uma forma de amenizar as dificuldades enfrentadas na complexa dinâmica do Serviço de Emergência, por exemplo o pouco tempo disponível das enfermeiras para cada paciente.

Com essa atitude das enfermeiras, os familiares passam a fazer parte do mundo do cuidado, como mais um personagem desse ambiente de relações. Mas, mesmo com uma convivência tão próxima, existem alguns constrangimentos que, na percepção das enfermeiras, ocorrem em função de uma visão parcial que pacientes e familiares têm dos eventos que se sucedem neste ambiente.

"Normalmente esses pacientes crônicos que chegam na emergência já sabem como é que funciona a coisa. No momento que começa a demorar o leito, eles começam a se exaltar para conseguir de alguma maneira deitar, seja subir para o andar, passar para SO, eles já têm as táticas próprias para saber burlar esse lado. E isso te angustia, porque tu já conheces a situação, tem outros pacientes iguais, outros pacientes piores (...) para cada familiar, para cada paciente, o seu problema é o pior, ele vai sempre achar que ele tem que passar antes do outro (...) isto incomoda, porque tu vêes que não é uma maneira correta de agir. Claro, é paciente, tem que ter paciência, só que a gente é que sabe, a gente tenta explicar, o paciente não entende, o familiar não entende e chega um momento de estresse..." (Enfermeira 19)

Na declaração dessa enfermeira, pode-se observar que há uma diferença na maneira como os problemas se apresentam para as pessoas envolvidas. Os pacientes e seus familiares vêem a questão sob um prisma individual, ou seja, existe a necessidade de acomodar e de dar atenção para uma pessoa que está doente. Para atingir este objetivo, muitas vezes são utilizadas estratégias, as quais podem ser motivo de dilema para as enfermeiras, que têm a responsabilidade pelo cuidado de todos aqueles que estão no serviço. Esse comportamento de pacientes e familiares cria uma atmosfera de animosidade nas relações, pois as enfermeiras sentem-se coagidas a agir contra a própria vontade, ficando uma sensação de injustiça de ambos os lados.

A partir dessas reflexões, observa-se que a família, o paciente e a equipe de profissionais constituem a essência das relações interpessoais no Serviço de Emergência. Os pacientes sofrem pela própria doença, pela falta de autonomia e pela desinformação. Os familiares enfrentam situações de estresse, ansiedade e incredulidade (Nuñez; Cajal, 1996). Diante disso, é tarefa das enfermeiras entender como ocorre esse processo para ajudá-los. Além disso, também torna-se um desafio, o ato de sensibilizar o paciente e a família para que entendam as circunstâncias do atendimento, pois é também com sofrimento que as enfermeiras enfrentam algumas situações.

"...quando está muito cheio, tem muito familiar, muito paciente dependente, o familiar te pressiona. Às vezes ficam na tua frente: 'enfermeira, tu não vais conseguir?', enfermeira quando é que vocês vão dar um jeito?, isso não pode ficar assim!'. Então, as pessoas vem te culpando por aquela situação, vem te agredindo, isso também é uma coisa que eu não tolero." (Enfermeira 9)

"É uma situação bem conflitante. A gente tem que ter um equilíbrio, como se te vestissem uma carapaça. Tu tens que te despir de tudo o que o familiar está te dizendo, do que o paciente está te dizendo. Mexe com os teus sentimentos, está agredindo, está usando palavras grosseiras. Não tem como manter o equilíbrio, muitas vezes. Como o paciente, tu és humana, como o familiar, tu és humana." (Enfermeira 19)

As falas revelam que, em função da desproporção do número de leitos em relação ao número de pacientes, nem todos os pacientes ficam bem-acomodados, por isso as enfermeiras são hostilizadas e sofrem influências constrangedoras e coercitivas. As reações dos pacientes e seus familiares provocam um desconforto nas enfermeiras, as quais precisam manejar situações de conflito. A primeira tentativa de proteção é criar uma condição interna de inatingibilidade, como um escudo invisível, porém reconhecem que isso é impossível, pois não há como manter-se estável emocionalmente, diante de um comportamento ofensivo. Com relação a essas questões, Nuñez e Cajal (1996) referem que, nos serviços de emergência, a espera prolongada, as dúvidas sobre o que

está ocorrendo e a falta de comunicação entre pacientes e profissionais podem gerar atitudes agressivas. Sendo assim, pacientes e familiares elegem alguém da equipe de saúde para fazer exigências, criando-se uma dificuldade de um diálogo compreensivo entre ambos. No âmbito do Serviço de Emergência, pode-se dizer que essas circunstâncias comprometem o relacionamento interpessoal, na medida em que a relação de cuidado envolve reciprocidade e confiança.

Tendo em vista as manifestações das enfermeiras, constata-se que o conflito faz parte das relações interpessoais. Diante disso, o grupo tem adotado alguns comportamentos frente aos pacientes e familiares.

"...de uma forma geral, eu não tenho muitos problemas com eles. Eu busco sei lá que força, eu não sei, deve ser uma coisa minha, interna, de transmitir segurança para os pacientes. Tu dizes: 'não tem vaga, mas daqui há pouco a gente vai ver', então tu dás uma satisfação, tu dizes alguma coisa, me proponho a explicar com toda a paciência, até me sento do lado. Acho que isso ajuda as pessoas. Agora, se tu és grosseira com as pessoas, elas já vêm de uma maneira agressiva para ti, então eu fico muito irritada, porque eu tenho a impressão que eu me dispus a fazer o melhor e a pessoa deveria ter sido diferente. Mas depois eu fico pensando: 'porque a pessoa reagiu assim?' E tento fazer melhor."
(Enfermeira 9)

"...às vezes tu viras as costas e faz que não ouve, para ver se passa a agitação do familiar e do paciente, também para evitar outras coisas piores: bateção de boca e agressão verbal. Tu acabas saindo de cena, mandando outro colega..." (Enfermeira 19)

As declarações das enfermeiras sugerem que, sempre que possível, a situação de conflito deve ser evitada, e entendem que a melhor alternativa é uma relação próxima dos pacientes e seus familiares, que permita o diálogo franco. Assim, existe a possibilidade de esclarecer as dificuldades, mas sobretudo demonstrar preocupação com a situação do outro, de modo que ele perceba que, à medida que os problemas de infraestrutura vão sendo resolvidos, as condições de atendimento também vão melhorando.

Essa forma de proceder envolve a disposição para orientar e para escutar, estabelecendo-se uma relação de confiança, esperança e respeito. Sendo assim, os pacientes e os familiares sentem-se amparados e as enfermeiras conseguem resgatar um comportamento de cuidado, mesmo que o ambiente possa ser desfavorável.

As falas das enfermeiras também revelam que há circunstâncias em que o conflito torna-se inevitável, situação geralmente enfrentada de duas formas. Existem momentos em que emerge um sentimento de frustração, em função dos pacientes e familiares não compreenderem os esforços das enfermeiras. Esse sentimento, muitas vezes, é transformado em reflexão, possibilitando um aprendizado que subsidia o manejo de situações futuras semelhantes. Mas existem, também, situações em que o diálogo torna-se impraticável, e a enfermeira prefere retirar-se, a tratar diretamente do assunto, prevendo que a sua presença pode desencadear um rompimento definitivo. Pede, então, socorro à colega que, provavelmente, encontrará dificuldades em encaminhar a situação, devido a tensão que se criou no ambiente.

Diante da diversidade das relações interpessoais no Serviço de Emergência, observa-se que o comportamento das enfermeiras não é padronizado, mas adaptado a cada circunstância que se apresenta. Existe uma tentativa de amenizar os conflitos e, conseqüentemente, o sofrimento das partes envolvidas. Nesse contexto, cuidar em serviço de emergência significa cuidar dos pacientes e também da família, com a perseverança de quem enfrenta essa complexa relação todos os dias. No entanto, o êxito das ações nem sempre alcançam sucesso, pois as características do atendimento neste ambiente propiciam situações tensas, de difícil manejo e que envolvem todos aqueles que convivem nesse ambiente.

6.4 Enfrentando a morte

A morte é um evento que faz parte do mundo do cuidado do Serviço de Emergência e tem sido motivo de inquietações para as enfermeiras, expressas nos discursos das informantes ao manifestarem-se sobre suas dificuldades diante da morte, em diferentes situações de seu cotidiano.

Uma circunstância de sofrimento para as enfermeiras é a morte de pacientes que sistematicamente procuram atendimento no serviço.

"Tu tens muito vínculo com alguns pacientes, porque eles são crônicos, então tu sofres." (Enfermeira 2)

"...são pacientes que vêm várias vezes e tu acabas conhecendo e te envolvendo com o problema deles. Nessa situação é mais difícil para eu aceitar o óbito do paciente e lidar com a questão da família." (Enfermeira 19)

As falas das enfermeiras demonstram que, mesmo num ambiente em que a prioridade são os atendimentos de emergência, existem laços que unem pacientes e profissionais. Essa aproximação ocorre em função do retorno freqüente dos pacientes com doença crônica ao serviço, o que possibilita maior convivência e, conseqüentemente, o desenvolvimento de uma relação de cuidado com participação de um na vida do outro. A quebra desse vínculo gera circunstâncias de angústia e aflição para as enfermeiras, que necessitam desenvolver formas de admitir ou conformar-se com a morte e, além disso, estabelecer uma relação de ajuda com a família.

Outra situação conflitante para as enfermeiras é a morte de jovens e crianças, quando, então, o grupo enfrenta momentos difíceis, em que afloram sentimentos penosos de serem encarados. É o que se percebe nas seguintes falas:

"...em uma hora tu estás perdendo a criança e não consegues fazer nada."
(Enfermeira 14)

"...isso traz bastante angústia e frustração, porque o investimento sempre é muito grande e às vezes não se tem resultados." (Enfermeira 16)

"Choca quando chega um paciente novo, de 40 anos, de 20 anos e a gente perde; essa morte que chega rápido, que a gente não consegue entender."
(Enfermeira 11).

A manifestação das enfermeiras carrega consigo uma sensação de impotência frente a perda de pacientes. É uma situação que foge ao domínio dessas profissionais, porque acontece em pouco tempo, dificultando a compreensão e a aceitação do fato. A perda gera um sentimento de fracasso, à medida que a expectativa ao atender um paciente jovem é a de resgatar a sua condição saudável de vida e não a morte. No entanto, é necessário que os profissionais que desenvolvem suas atividades em serviços de emergência reflitam sobre as questões de vida e morte, visto que ambas integram o mundo do paciente que vive um momento crítico de sua existência.

Sob essa perspectiva, percebe-se que algumas enfermeiras remetem estas vivências a sua condição humana de enfrentar a sua finitude e daqueles que lhes são próximos, assumindo uma atitude ora de negação, ora de reflexão:

"A gente tem uma coisa super, de Deus, não podes deixar morrer."
(Enfermeira 2)

"...a gente evita falar (...) A preocupação da gente terminar cria conflitos e tu começa a questionar as tuas atitudes." (Enfermeira 10)

"A gente se reporta como mãe" (Enfermeira 16).

Diante das manifestações das enfermeiras, a negação da morte é algo compreensível, pois faz parte da essência humana evitar a dor e o sofrimento. Contudo, segundo Crossetti (1997), a morte pertence à estrutura existencial do homem, por isso esse tema não deve ser pensado somente nas situações de crise, quando toma dimensões

por vezes incontroláveis. É preciso ser refletido como uma presença contínua, portanto a autêntica aceitação da morte haverá de ser um sentir constante da presença dela.

A aceitação da morte parece ganhar mais espaço quando significa a possibilidade de redução da dor física e emocional daqueles pacientes que têm pouca ou nenhuma possibilidade terapêutica, não podendo ser desviados do curso da morte. Essa postura pode ser entendida a partir das seguintes declarações:

"Em relação a esses pacientes crônicos, eu vejo a morte como um alívio do sofrimento. Muitas vezes eu até discordo de condutas muito invasivas, de coisas muito heróicas que são feitas com esses pacientes seqüelados, que praticamente não têm vida de relação. Eu acho importante a gente dar para o paciente condições de vida e de morte também dignas." (Enfermeira 16)

"...a tecnologia é, muitas vezes, ruim para o paciente, porque às vezes um paciente não tem mais chance de ter uma vida normal e ele fica ali numa cama, então é um transtorno para família, para essa pessoa, e que, no meu entendimento, não traz benefício para ninguém. Então, eu acho que quando é um paciente terminal, eu me sinto aliviada porque terminou, porque a gente acaba causando um sofrimento para esse paciente, ao invés de ajudar." (Enfermeira 9)

As manifestações das enfermeiras provocam uma reflexão sobre o sofrimento humano, que pode ser aliviado ou acentuado, dependendo da atitude que os profissionais mantêm frente ao paciente que está no processo de morrer.

Existem formas de proceder que levam ao prolongamento da vida, mas também dão continuidade ao sofrimento do paciente, da família e dos profissionais. Esse tipo de postura demonstra a dificuldade em aceitar os limites humanos, com a utilização da tecnologia voltada para o tratamento e não para o cuidado humano.

Em relação a isso, Pessini (1999) enfatiza que podemos ser curados de uma doença mortal, mas não de nossa mortalidade. Quando se esquece esse fato, cai-se no uso excessivo da tecnologia e na absolutização da vida biológica pura e simplesmente.

Essa situação caracteriza uma obstinação terapêutica ou distanásia, que adia o inevitável e insensatamente procura a cura da morte, sem saber o que fazer com os pacientes que estão morrendo sem cura. A distanásia corresponde a um tipo de morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento, pois, visando manter o paciente vivo, utiliza-se terapêuticas extraordinárias, desproporcionadas ou fúteis.

O mesmo autor refere que, no outro extremo, há a eutanásia, que significa a abreviação da vida de um paciente reconhecidamente incurável, na tentativa de evitar o seu sofrimento.

Contrapondo-se a essas duas situações, Pessini (1999) destaca o direito que todo o ser humano tem de morrer em paz e com dignidade. Aí, surge o conceito de ortotanásia, ou seja, a arte de morrer bem, no tempo e lugar certo, sem ser vítima da distanásia ou da eutanásia. O grande desafio, então, é uma posição de equilíbrio, proporcionando um morrer humano, resgatando a dignidade do ser humano na última fase de sua vida, principalmente na presença de dor e sofrimento. Sendo assim, o princípio da não-maleficência passa a ter prioridade sobre a da beneficência (Beauchamp; Childress, 1994).

Essa perspectiva direciona-se à dimensão ética do cuidado, à medida que aliviar o sofrimento, manter a dignidade e facilitar meios para administrar as crises e as experiências do viver e do morrer fazem parte da finalidade do cuidar em enfermagem (Waldow, 1998). Diante disso, as enfermeiras do Serviço de Emergência demonstram preocupação com o conforto, neste momento tão especial para os pacientes e seus familiares, visto que a superlotação do ambiente do cuidado não proporciona condições ideais de acomodação e privacidade. Esta afirmação se apóia no discurso da informante 9:

"...as pessoas ficam na emergência vários dias, sem uma condição de conforto mais adequada, ficam o tempo inteiro numa maca, não tem técnicos suficientes, eles dependem de muitos cuidados, não te viram de lado, muitas vezes ficam sujos (...) eu acho que a morte alivia a gente, alivia de ter uma emergência te tratando mal. Então eu acho que a morte, nestas situações, é um alívio tanto para os pacientes quanto para nós. (Enfermeira 9)

A fala dessa enfermeira revela o dilema enfrentado por uma equipe que apresenta dificuldades em proporcionar um ambiente favorável, que atenda as necessidades mínimas de conforto dos pacientes. Também se refere à impossibilidade dos profissionais oferecerem todos os cuidados que esses pacientes, fragilizados e dependentes, precisam, gerando inquietações que introduzem outro significado para a morte: um alívio para as enfermeiras. Nesse contexto, a morte elimina a sensação de fazer mal ao paciente, de não assegurar a dignidade e o respeito que eles merecem.

Dessa forma, surge a possibilidade de contemplar os pacientes com alternativas viáveis:

"...muitas vezes um paciente terminal está sofrendo, está com dor, coloca um coquetel²⁴ para a criatura, pelo menos, morrer confortável, sem dor." (Enfermeira 2)

"Eu costumo preservar o lado dos pacientes terminais, não tem como tu não te colocares no lugar deles. Imagina se é a minha mãe, morrendo sozinha. Eu sei que a filha está ali no saguão, sentada, esperando a mãe morrer. Porque ela não pode ficar junto? Eu acho desumano isso. Então eu vou lá na frente e chamo o familiar, sempre tem. Eu dou o cartão e ele vai lá e fica junto." (Enfermeira 11)

Essas alternativas apresentadas pelas enfermeiras resgatam esforços para proporcionar qualidade de vida ante o morrer, e reforça o paradigma do cuidado, que permite enfrentar os limites de nossa mortalidade com uma atitude de serenidade. É a ação que se centra mais na pessoa doente do que na doença da pessoa: cuidar dignamente do paciente em estado terminal significa respeitar a sua integridade,

²⁴ Coquetel - combinação de medicações para analgesia e sedação.

garantindo que suas necessidades básicas sejam honradas. Isso quer dizer que a equipe de profissionais deve estar sensibilizada para manter o paciente livre de dor, oferecer cuidados contínuos, possibilitar ao paciente que decida sobre o seu tratamento, que seja ouvido e acolhido como pessoa, em seus medos e sentimentos, valores de fé e esperança (Pessini, 1999).

Kübler-Ross (1997) refere que, no atendimento de emergência, quem dispensa atenção à pessoa em primeiro lugar pode perder um tempo precioso para salvar-lhe a vida. No entanto, é necessário dar mais atenção ao paciente sob os lençóis e cobertores, segurar a sua mão, sorrir ou prestar atenção numa pergunta. Essa é uma atitude solidária e uma abordagem mais humana, menos mecânica e despersonalizada.

Essa atitude solidária percebe-se, também, na equipe de profissionais, evidenciada quando as enfermeiras manifestam a sua preocupação com os médicos, pois reconhecem que existem situações em que eles ficam sobrecarregados em decidir o tratamento mais adequado para cada paciente em iminência de morte:

"...é uma decisão médica muito difícil, que vai da vivência de cada um em relação a isso, da frustração. Então eu acho que a gente tem que respeitar esse sentimento, porque para eles é um dilema muito maior, porque são eles que tomam a decisão de investir ou parar de investir. Têm médicos que dividem conosco essa decisão. Eu acho isso bom, porque divide o ônus de decidir. Tem outros que não, que decidem sozinhos, mas eu acho que a gente tem que respeitar, porque é uma coisa que é deles e que deve trazer muito conflito, claro que traz." (Enfermeira 16)

A fala dessa enfermeira demonstra que o tema morte é bastante complexo, pois não envolve somente aspectos técnicos. Decidir sobre questões de vida e morte torna-se difícil, pois remete o sujeito aos valores e aos sentimentos mais profundos da existência humana. É neste momento que se revela a forma como cada um percebe o mundo e lida com a sua finitude.

O desenvolvimento tecnológico criou a expectativa de se atingir a imortalidade, por isso tem-se que resgatar a humanidade de cada um e compreender quando a morte é inevitável. Só assim haverá condições de aceitá-la e desenvolver um cuidado que atenda as necessidades dos pacientes em seus últimos momentos de vida.

7 REFLEXÕES SOBRE OS DILEMAS ÉTICOS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E AS DECISÕES DAS ENFERMEIRAS

A vivência com as enfermeiras, durante esta pesquisa, possibilitou-me rememorar inquietações experienciadas previamente e refletir sobre o processo de tomada de decisão, frente aos dilemas éticos revelados no Serviço de Emergência.

A afinidade com o tema abordado e a interação estabelecida com as enfermeiras, fortalecida ao longo da pesquisa, favoreceu a realização deste estudo e facilitou-me perceber os dilemas, conhecer e entender as nuances do ambiente, mesmo que, na condição de pesquisadora, o olhar lançado sobre o mundo do cuidar fosse diferente.

Esse cenário, caracterizado por diferentes tipos de ocorrências, exige decisões diversas, que são influenciadas pelos valores profissionais e pela singularidade dos seus personagens. Portanto, as decisões da equipe expressam maneiras de cuidar, baseadas na visão de mundo predominante neste contexto, ao qual as enfermeiras pertencem.

Essas profissionais convivem com os mesmos dilemas e exercem as práticas de cuidado de maneira compartilhada. Essa prática, num mundo cujos eventos tendem a se repetir, desvela padrões comuns de conduta entre os profissionais que nela atuam, definindo modos de pensar, que se tornam princípios orientadores de ações. Nesse sentido, percebe-se que o Serviço de Emergência constitui um mundo culturalmente definido pelos seres que o habitam e pelos eventos que nele acontecem. Esse modo de ser e viver tão peculiar determina as formas de lidar com as incertezas presentes nessa realidade.

As enfermeiras manifestaram os dilemas sob diferentes dimensões, demonstrando sua forma de ver, de pensar e de agir. Estes dilemas ficaram

caracterizados nas categorias de análise: o *acesso aos cuidados*, a *superlotação do ambiente do cuidado*, os *conflitos nas relações interpessoais* e *enfrentando a morte*.

Os dilemas referentes ao *acesso aos cuidados* têm relação com a atividade desenvolvida pela enfermeira na área de triagem. Ao realizar essa atividade, as enfermeiras vivem inquietações ao decidir quem será atendido no serviço e quem será encaminhado para outras instituições.

Quando a enfermeira decide manter o paciente no próprio serviço, consegue proporcionar-lhe a satisfação de uma necessidade e garantir-lhe um direito, além de estar prestando um ato de solidariedade. Mesmo assim, o desconforto moral permanece, porque, em função do excesso de pacientes no ambiente, não há condições de realizar cuidados com qualidade.

A opção de encaminhar o paciente para outras instituições, pode ser uma forma de limite, numa tentativa de preservar a qualidade dos cuidados àqueles que já estão em sala de observação, mas também pode significar a exposição dos pacientes a riscos e a ausência de alternativa para as pessoas que necessitam de atenção. Essa situação mobiliza valores pessoais e profissionais, provocando dilema ético, principalmente pela possibilidade de causar prejuízos ao paciente.

Percebe-se, então, que a decisão sobre o acesso dos pacientes aos cuidados, no serviço, gera conflito, porque envolve escolhas opostas e, além disso, nenhum dos caminhos leva a uma situação ideal. Diante disso, observa-se que o processo de tomada de decisão na triagem de pacientes é complexo e acompanhado de sofrimento, porque as enfermeiras experienciam, contraditoriamente, sentimentos de poder e impotência, impostos por circunstâncias de difícil solução.

Os dilemas enfrentados pelas enfermeiras, na realização da triagem dos pacientes, são agravados por uma sensação de desamparo, em função de uma tomada de decisão solitária. Compartilhar a tomada de decisão, neste momento, pode aliviar o conflito moral existente entre o que se deve e o que se pode fazer. Descobrir qual a opção adequada para cada circunstância tem sido um exercício cotidiano realizado pelas enfermeiras no ato de triar.

Por ser um dos maiores hospitais que presta serviço ao Sistema Único de Saúde, e considerando-se a forma como está organizada a rede de atenção primária e secundária de atendimento à saúde, na qual se observam dificuldades de toda ordem para o cuidado da população, o cotidiano do Serviço de Emergência do HCPA atesta uma realidade que transcende as condições físicas, de recursos humanos e materiais para a assistência das pessoas. Esse fato desvela-se, nesta investigação, através da *superlotação do ambiente do cuidado*, situação em que o número de pacientes extrapola a capacidade de atendimento, impossibilitando os profissionais de oferecerem um cuidado humanizado.

O excesso de pessoas no ambiente provoca um esgotamento da infra-estrutura e dos recursos humanos e surge a preocupação com o conforto, com a segurança e com a privacidade dos pacientes, necessidades básicas de qualquer ser humano doente e que, nesse contexto, nem sempre podem ser atendidas.

A superlotação também dificulta a interação das enfermeiras com os pacientes, as quais, sobrecarregadas de tarefas, mantêm cuidados padronizados e despersonalizados. Esse cotidiano torna a ação uma prioridade em relação à reflexão, principalmente num ambiente onde a gravidade do paciente determina as decisões. Esse pode ser um dos fatores que imobiliza as enfermeiras a desenvolver alternativas de

solução frente aos dilemas vividos. Diante disso, o grupo têm que enfrentar o desafio de manter a dignidade humana num ambiente desumano, pois, mesmo pressupondo-se que há uma justificativa técnica de ação, as enfermeiras não estão isentas de viverem conflitos morais, pelo simples fato de que a relação de cuidado carrega consigo uma dimensão ética, envolvendo habilidades e atitudes. Isso justifica a presença de objetividade e de sensibilidade nas tomadas de decisão das enfermeiras, mesmo que determinadas atitudes nem sempre sejam refletidas.

Em se tratando de um ambiente superlotado, em que coabitam inúmeras pessoas diferentes, desvelam-se, também, *conflitos nas relações interpessoais*.

No relacionamento entre as enfermeiras observaram-se situações de conflito, principalmente no que tange à acomodação dos pacientes, pois há necessidade de administrar as circunstâncias que dificultam proporcionar conforto aos pacientes e qualidade aos cuidados de enfermagem, num ambiente em que as peculiaridades de cada área e os valores dos profissionais possibilitam várias formas de compreender a mesma situação. Percebe-se, então, que, apesar de as enfermeiras manifestarem interesse comum no bem-estar dos pacientes, as divergências ocorrem em função de significados próprios atribuídos a cada circunstância, ou seja, diferentes percepções levam a diferentes modos de agir.

As dificuldades entre enfermeiras e equipe médica relacionam-se com a escolha do paciente que tem prioridade em ser acomodado na sala de observação de adultos e com a expectativa da equipe médica de que a enfermeira da triagem vai conseguir evitar a entrada de um número excessivo de pacientes.

Na primeira situação, o conflito acontece quando os profissionais não discutem os casos dos pacientes e decidem isoladamente, embasados em diferentes pontos de

vista. A aproximação entre as equipes e a tomada de decisão compartilhada revelaram-se como maneiras de amenizar os conflitos, proporcionar situações de crescimento entre os profissionais, bem como benefícios no cuidado aos pacientes.

Na segunda situação, as enfermeiras sentem-se expostas porque têm um contato próximo com os pacientes e seus familiares, enquanto que a equipe médica fica resguardada por não participar diretamente da triagem, cabendo a elas a tomada de decisão.

Essas divergências entre enfermeiras e equipe médica também podem ser compreendidas a partir das diferenças profissionais, em que cada grupo carrega consigo uma experiência cultural específica. Os médicos têm uma formação voltada para o conhecimento científico, que dá suporte à realização de diagnóstico e à escolha do tratamento mais adequado. As enfermeiras, por sua vez, realizam cuidados contínuos ao paciente, em que a interação e a afetividade podem ser tão importantes quanto os conhecimentos específicos e as habilidades técnicas. Observa-se, porém, que a complexidade de inter-relações poderia propiciar maiores problemas nessa equipe de trabalho, mas o fato de viverem tantas dificuldades em comum, provavelmente, desencadeia uma aproximação entre as pessoas.

Os problemas que emergiram da relação das enfermeiras com pacientes e familiares giraram em torno da ansiedade vivida principalmente pelos familiares, diante das características do atendimento no Serviço de Emergência, que mescla circunstâncias de gravidade com o esgotamento da infra-estrutura. Neste contexto, a família assume o papel de exigir e pressionar, no intuito de proteger o paciente das adversidades do ambiente. Essa situação é enfrentada pelas enfermeiras com sofrimento, entretanto o manejo se tornou possível a partir do momento em que elas envolveram os familiares no

processo de cuidado, passando a interagir, a escutar e a orientar. Essa postura facilita a abordagem do paciente e de seus familiares, tornando a relação mais próxima, o que favorece a compreensão entre as pessoas que convivem nesse ambiente cultural.

Dessa aproximação surgem elos entre profissionais e pacientes, que fortalecem a relação de cuidado. No entanto, esses laços podem ser causadores de sofrimento, ao enfrentar a morte dos pacientes, outro dilema que se faz presente no contexto desse Serviço de Emergência.

Durante a realização deste estudo observou-se que convergem para essa área muitos pacientes em condições inevitáveis de morte, por uma alteração aguda de sua saúde ou por estarem com uma doença terminal. Diante disso, as enfermeiras relataram dificuldades em lidar com a morte dos pacientes com doença crônica, que freqüentemente são atendidos no serviço e com os quais mantêm vínculos. Referiram, também, desconforto com a morte de pacientes jovens, que gera um sentimento de impotência na equipe.

Essas percepções revelam a não-aceitação da morte como um evento natural da vida do homem. Existe um eterno investimento em proporcionar o desenvolvimento das potencialidades humanas, mas muitas vezes esquecemos que estas não são infinitas. As enfermeiras confirmam essa tendência no cuidado aos seus pacientes e manifestam tristeza diante da possibilidade de romper os vínculos dessa relação de cuidado.

Essas vivências demonstram a necessidade de se pensar sobre um tema que tanto mobiliza as emoções das pessoas. A reflexão traz consigo um suporte para a aceitação da finitude humana e a possibilidade de assumir uma atitude solidária, proporcionando um cuidado digno, que considera o ser integral, em qualquer etapa de sua vida.

Diante das situações evidenciadas no contexto do Serviço de Emergência, percebe-se que as enfermeiras estão continuamente envolvidas com situações de dilemas éticos, por isso utilizam a experiência clínica adquirida e a sensibilidade desenvolvida para uma decisão criativa e competente. Entretanto, as condições do atendimento aos pacientes propicia conflitos e incertezas. A superlotação, por exemplo, é uma realidade difícil de ser modificada, por isso, as enfermeiras, por viverem as dificuldades deste ambiente, devem avaliar as suas próprias atividades, refletindo sobre os comportamentos adotados frente aos dilemas do cotidiano, buscando uma adequação ética para as suas escolhas. Esta postura, na verdade, deveria ser seguida por toda a equipe de profissionais, pois percebe-se que este mundo do cuidar exige tomadas de decisões compartilhadas.

Dentro dessa perspectiva, a promoção de encontros sistemáticos para os profissionais discutirem as situações de dilemas poderia ser de grande valia para o grupo, complementando as trocas informais já existentes no dia-a-dia. Esses encontros seriam um estímulo à reflexão de sua prática, numa busca interdisciplinar de novas formas de cuidar.

Outra alternativa seria um assessoramento especializado, através de contatos freqüentes com a Comissão de Bioética do hospital, em busca de um suporte para esta equipe, que enfrenta uma diversidade de dilemas éticos.

Estas iniciativas caracterizariam maneiras de cuidar destes profissionais, à medida que torna-se evidente o desconforto moral vivido no cotidiano e a necessidade deste grupo refletir sobre o cuidado à vida, em sua dimensão ética.

A tomada de decisão frente aos dilemas éticos é parte do processo de cuidar no Serviço de Emergência. Compreender como ela ocorre é entender um pouco mais deste

mundo do cuidar, ampliando as visões que despertam o desejo e a esperança de construir um cuidado mais humano.

"Tem todos esses dilemas, mas eu acho que isso te mantém em contato com a realidade, te faz crescer, te faz questionar, te faz renovar. Trabalhar aqui te faz procurar alternativas, o que é uma coisa positiva." (Enfermeira 9)

ABSTRACT

This study aimed at understanding how nurses make decisions concerning ethical dilemmas faced in an Emergency Service. This is a qualitative research, with an ethnonursing approach (Leininger, 1985). Data collection was carried out using the observation-participation model, which includes four phases of observation, each one with a dominant focus, and semistructured interviews. Thirteen nurses belonging to the service were considered in this study. Five of them were general informants and eight constituted the group of key informants. Information analysis occurred during data collection. Four categories were identified in this analysis, according to the decisions taken towards dilemmas faced in this care setting. The first one is related to *Access to care* which involved dilemmas related to the nurses' activity while receiving and selecting patients to be assisted, and for having to decide who would be assisted in the service, who would have priority, and who would be sent to other places. The second category was based on *Overcrowding in the care setting*, which brought out dilemmas related to the excess of patients in the Emergency Service. This situation involved comfort, security, customization of care, and privacy. The third one - *Conflicts in interpersonal relations*, were referred to dilemmas in the relationship of the people who live together in this setting such as nurses, medical team, patients, and relatives. And finally, the last category - *Facing death* which by itself represented dilemma in the context of the Emergency Service. The analysis of these data, in the light of the researcher's theoretical basis, enabled us to understand the process of decision-making developed by nurses when facing ethical dilemmas in the care setting.

Key-words: decision-making, ethical dilemmas, nursing care, emergency service, ethnonursing.

RESUMEN

Este estudio busca comprender cómo las enfermeras toman decisiones acerca de los dilemas éticos vividos durante su experiencia al cuidar un Servicio de Emergencia. Se trata de una investigación cualitativa, con abordaje de tipo etnoenfermería (Leininger, 1985). La recolección de informaciones fue realizada a través del modelo observación - participación, el cual incluye cuatro fases de observación, cada una de ellas con un foco dominante y entrevistas semiestructuradas. Las informantes fueron trece enfermeras de servicio: cinco informantes generales y ocho informantes clave. El análisis de las informaciones ocurrió a lo largo del proceso de recolección. Del análisis emergieron cuatro categorías de tomas de decisión frente a los dilemas vividos en este ambiente de cuidado. El *acceso a los cuidados* envuelve dilemas relacionados con la actividad de la enfermera en el área de selección al decidir quién será atendido en el servicio, en qué orden de prioridad y quién será encaminado a otros locales. La *saturación del ambiente de cuidado* se refiere a los dilemas resultantes del exceso de pacientes en el Servicio de Emergencia, revelados en las dificultades para mantener el confort, la seguridad, la personalización de los cuidados y la privacidad de los dos pacientes. Los *conflictos en las relaciones interpersonales* se refieren a los dilemas de relación entre personas que conviven en este ambiente: enfermeras, equipo médico, pacientes y familiares. *Enfrentando la muerte*, la última categoría, por sí sola traduce dilema en este Servicio de Emergencia. El análisis de estas informaciones permitió comprender, en la manera de ver de la investigadora y a través de la justificación teórica, el proceso de tomas de decisión de las enfermeras en función de los dilemas éticos vividos en este ámbito de cuidados.

Palabras clave: tomas de decisión, dilemas éticos, cuidados de enfermería, servicio de emergencia, etnoenfermería.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALLEN, A. Privacy in health care. In: REICH, W.T. (Ed.). *Encyclopedia of bioethics*. New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995. vol. 4, p. 2064-2073.
- 2 ARRUDA, E.; NUNES, A.M.P. *Confort en enfermeria: un análisis teórico-conceptual a partir de la perspectiva de personas que lo experimentan*. Trabajo presentado en V Colóquio Latinoamericano de Investigación en Enfermería, Valencia, 1996.
- 3 BARNITT, R. Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioner in the UK National Health Service. *Journal of Medical Ethics*, London, v. 24, p. 193-199, 1998.
- 4 BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 1994.
- 5 BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. New York: Springer Publishing, 1996.
- 6 BRUCE, T. A.; BOWMAN, J. M.; BROWN, S.T. Factors that influence patient satisfaction in the emergency department. *Journal of Nursing Care Quality, Frederick, MD.*, v. 13 , n. 2, p. 31-31, Dec. 1998.
- 7 CALLAHAN, D. Bioethics. In: REICH, W.T. (Ed.). *Encyclopedia of bioethics*. New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995. vol. 1, p. 247-255.
- 8 CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.
- 9 CARPER, B.A. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science, Germantown, MD.*, v. 1, n. 1, p. 13-23, 1978.
- 10 CASTELAR, R.M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R.M.; MOEDELET, P.; GRABOIS, V. (Org.) *Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. França: Éditions ENSP, 1995. Cap. 2, p. 38-49.
- 11 CLOTET, J. Por que a bioética? *Bioética*, Brasília, v.1, n.1, p.13-19, 1993.
- 12 CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-RS, Código de ética dos profissionais de enfermagem. Porto Alegre, 1999.

- 13 CROSSETTI, M.G.O. *Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem*. Florianópolis: UFSC, 1997. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- 14 DERLET, R.N.; RICHARDS, J.R. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of Emergency Medicine. Irving, TX.*, v. 35, n.1, p. 63-68, jan. 2000.
- 15 FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- 16 FORTES, P.A.C. *Ética e saúde*. São Paulo: EPU, 1998.
- 17 GASTMANS, C.; CASTERLE, B.; SCHOTSMANS, P. Nursing considered as a moral practice: a philosophical-ethical interpretation of nursing. *Kennedy Institute of Ethical Journal, Washington, DC*, v. 8, n. 1, p. 43-69, 1998.
- 18 GILLIGAN, C. *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press, 1982.
- 19 GOLDIM, J.R. Ética aplicada à alocação de recursos escassos. *Núcleo Interinstitucional de Bioética*. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/hcpa/gppg/bioética.htm>>, 1998. Acesso em 2000.
- 20 _____ Modelos explicativos utilizados em bioética. *Núcleo Interinstitucional de Bioética*. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/hcpa/gppg/bioética.htm>>, 1999. Acesso em 2000.
- 21 GOLDIM, J.R.; FRANCISCONI, C.F. Bioética e informação. *Núcleo Interinstitucional de Bioética*. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/hcpa/gppg/bioética.htm>>, 1998. Acesso em 2000.
- 22 HELMAN, C.G. *Cultura, saúde e doença*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- 23 HORTA, W.A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
- 24 HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Pesquisa de opinião dos pacientes do serviço de emergência*. Porto Alegre, 2000a.
- 25 HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Relatório do serviço de emergência*. Porto Alegre, 1998.
- 26 HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Relatório do Serviço de Emergência*. Porto Alegre, 2000b.
- 27 KILNER, J. F. Allocation of health care resources. In: REICH, W.T. (Ed.). *Encyclopedia of bioethics*. New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995. v. 2, p. 1067-1084.
- 28 KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- 29 LEININGER, M.M. *Care: the essence of nursing and health*. New Jersey: Slack Incorporated, 1984.

- 30 _____. Etnography and etnonursing: models and modes of qualitative data analysis. In: _____. *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune & Stratton, 1985. p. 33-160.
- 31 _____. Etnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing*, San Francisco, CA., v. 1, n. 2, p. 40-51, 1990.
- 32 _____. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. New York: McGrawHill, 1995.
- 33 LUNARDI, V. L. *Bioética aplicada à assistência de enfermagem*. Conferência apresentada no IX Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia, Porto Alegre, 1998.
- 34 MAGALHÃES, A.M.; PASKULIN, L.M.G.; ROSA, N.G.; SILVA, S.C. Implantação de um sistema de triagem em unidade de emergência. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 182-187, dez 1989.
- 35 MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O. et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- 36 MONTICELLI, M. O conceito de cultura e a prática de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 15, n. 1/2, p. 20-26, jan./dez. 1994.
- 37 MOORE, G.E. *Princípios éticos*. 4 ed. São Paulo: Abril Cultural, 1975.
- 38 MOREIN, E.H. Philosophy lessons from the clinical setting. Seven saying that used to annoy me. *Theoretical Medicine, Dordrecht*, v. 7, p. 47-48, 1986.
- 39 NEVES, M.C.P. A fundamentação antropológica da bioética. *Bioética*, Brasília, v. 4, n. 1, p. 7-16, 1996.
- 40 NOLAN, M. Towards an ethos of interdisciplinary practice. *British Medical Journal*, London, v. 311, p. 303-308, july, 1995.
- 41 NUÑEZ, C.G.; CAJAL, J.G. La familia en situación de emergencia. Aspectos éticos. *Cuadernos de Bioética*, Santiago de Compostela, v. 7, n. 28, p. 494-503, oct. /dic. 1996.
- 42 PASKULIN, L.M.G.; ROSA, N.G. Emergência: fatores que levam a população infantil a recorrer a este serviço. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 45, n.1, p. 21-27, jan./mar. 1992.
- 43 PESSINI, L. Bioética: horizonte de esperança para um novo tempo. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 259-262, set./out. 1999.
- 44 PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. Bioética: do principalismo à busca de uma perspectiva latino-americana. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Org.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 81-98.

- 45 POLIT, D.F. ; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 46 REICH, W.T. (Ed.). Care. In: _____. *Encyclopedia of bioethics*. New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995. vol. 1, p. 319-344.
- 47 _____. Historical dimensions of an ethic of care in health care. In: _____. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995. v. 1, p. 247-255.
- 48 RENNER, A.F.; PRATI, F.; GOLDIM, J.R. Dilemas éticos presentes na prática profissional de uma amostra de fisioterapeutas. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, Porto Alegre, v. 19, p. 58-59, ago. 1999. Suplemento.
- 49 ROGERS, J. H.; OSBORN, H. H; POUSADA, L. *Enfermagem de emergência: um manual prático*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- 50 SELLI, L. *Bioética na enfermagem*. São Leopoldo: Unisinos, 1998.
- 51 SGRECCIA, E. *Manual de bioética*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
- 52 SKABA, M.M.V.F. *O vício da adrenalina: etnografia da violência num hospital de emergência*. Rio de Janeiro, 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Ciências Sociais, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.
- 53 STARZONSKI, R. Ethical issues in nephrology nursing. In: AMERICAN NEPHROLOGY NURSES' ASSOCIATION. *Contemporary nephrology nursing*. New Jersey: Janel Parker, 1998. Cap. 5, p. 85-109.
- 54 THOMPSON, M. W.; MCINNES, R. R.; WILLARD, H. F. *Genetics in medicine*. 5th. ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1991.
- 55 URDANG, L. (Ed.). In: *Oxford dictionary*. New York: Oxford University, 1995.
- 56 VALLS, A.L.M. *O que é ética*. 9. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- 57 VÁSQUEZ, A.S. *Ética*. 13. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1992.
- 58 WALDOW, V.R. *Cuidado humano*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
- 59 WARNOCK, M. *A question of life*. 11th ed. Oxford: Blackwell, 1985.
- 60 WATSON, J.M. Theory of human caring in action. In: WALKER, P.H.; NEWMAN, B. *Blueprint for use of nursing models: education, research, practice & administration*. New York: NLN Press, 1996.
- 61 WENGER, A.F.Z. Learning to do a mini etnonursing research study: a doctoral student's experience. In: LEININGER, M. M. *Qualitative research methods in nursing*. Orlando: Grune & Stratton, 1985.

62 WILLIAMS, S. A. Quality and care: patients' perception. *Journal of Nursing Care Quality*. Frederick, MD., v. 12 , n. 6, p. 18-25, Aug. 1998.

ANEXOS

ANEXO A - Entrevista

Objetivo: Compreender de que modo as enfermeiras tomam decisões acerca dos dilemas éticos vivenciados no mundo do cuidar de um serviço de emergência.

Estou realizando uma pesquisa sobre os dilemas éticos vividos pelas enfermeiras no cuidado em enfermagem do serviço de emergência.

Quando falo em dilema ético, refiro-me ao conflito que surge diante de uma tomada de decisão.

Tenho observado que no dia-a-dia das enfermeiras que atuam no serviço de emergência existem várias situações que envolvem a tomada de decisão e penso que nestas situações possam surgir dilemas éticos.

Para tornar mais claro, vou citar exemplos de situações em que um conflito pode surgir:

- quando existem dúvidas sobre a forma mais adequada para abordar uma situação
- quando uma decisão é tomada, mas existe dúvida se aquela era a melhor opção
- enfim, em todas aquelas situações que te faz pensar se o que foi feito era o melhor, o mais adequado.

Diante desse contexto, gostaria que tu me falasses como é ser enfermeira de um serviço de emergência.

Roteiro de Entrevista

Triagem:

Angústia motivada pelo número de pacientes graves (superlotação)

Insegurança, incerteza, pressão para mandar o paciente embora

Ambivalência (esclarece dificuldades, mas dá esperança; manifesta desconforto, mas aparenta tranquilidade; esclarecer a realidade ou criar uma situação para o paciente decidir ir embora)

Compartilhar a tomada de decisão

Utilização de critérios técnicos na tomada de decisão:

Emergência em primeiro lugar

Avaliação inicia pelos mais graves

Critério técnico se sobrepõe ao conforto

Tomada de decisão sob pressão

Superlotação:

Exposição à infecções e acidentes

Falta de conforto e de privacidade

Preocupação com a identificação dos pacientes

Família assume cuidados

Aumento do número de enfermeiras

Adaptação da rotina:

Improviso

Reorganização constante do ambiente de trabalho (recursos humanos e materiais)

Descaracterização do serviço

Relacionamento com a equipe médica:

Bom relacionamento

Conflito (passagem do paciente da SP para a SO)

Domínio da técnica/equipamentos:

Manusear equipamentos desconhecidos

Importância da habilidade técnica

Familiaridade com as rotinas do serviço

Cuidar e ensinar

Problemas sociais:

Drogadito que precisa de abrigo, filho da paciente que precisa de comida, criança sem acompanhante, criança dependente de oxigênio, acompanhante de criança que precisa de banho.

Transferência de pacientes para a internação:

Enfermeira da internação ocupada, pacientes da emergência aguardando para deitar.

Morte:

Convivência com a morte

Ansiedade e impotência diante da morte

Dúvidas sobre o prolongamento a vida

Sentimentos dos enfermeiros:

Eterno estado de prontidão

Sensação de cuidado inacabado

Sentimento de que a situação pode piorar

Convivência com mau cheiro

Cansaço físico

Valorização do reconhecimento

ANEXO B - Fases do Método Observação-Participação * no estudo Dilemas Éticos no Mundo do Cuidar de um Serviço de Emergência

1) OBSERVAÇÃO E	1ª reunião - 14/12/99 - M	
	2ª reunião - 16/12/99 - T	
	3ª reunião - 21/12/99 - M	
	1ª observação - 4/1/00 - T - 2h	Triagem
	2ª observação - 6/1/00 - T - 1h	Sala de procedimentos ad - enfa 9
	3ª observação - 11/1/00 - M - 2h	Sala de observação ad - enfas 5 e 10
	4ª observação - 14/1/00 - T - 1h	Sala de observação ped - enfa 16
	5ª observação - 17/1/00 - 45min. (19h)	Passagem plantão sala de proc. ad - enfas 10 e 16
	6ª observação - 19/1/00 - 45min. (13h)	Passagem plantão sala obs. ad - enfas 3, 5 e 10
	7ª observação - 24/1/00 - 45min. (13h)	Passagem plantão sala obs. ped. - enfa 1
8ª observação - 26/1/00 - 30min. (13h)	Passagem plantão triagem - enfa 1	
foco - contexto cultural	Análise das observações	
OBSERVAÇÃO COM ALGUMA PARTICIPAÇÃO (continuação) E 3) PARTICIPAÇÃO COM ALGUMA OBSERVAÇÃO foco - enfermeiras no contexto cultural	9ª observação - 14/2/00 - T - 2h	Enfa 2 - SO ad
	10ª observação - 15/2/00 - T - 2h30min.	Enfa 2 - SO ad
	11ª observação - 16/2/00 - M - 1h30min.	Enfa 2 - SO ad
	12ª observação - 17/2/00 - T- 2h30min.	Enfa 11 - SO ad
	13ª observação - 18/2/00 - M - 2h	Enfa 11 - SO ad
	14ª observação - 21/2/00 - T- 2h30min.	Enfa 9 - triagem
	15ª observação - 23/2/00 - T- 2h30min.	Enfa 9 - sala proc. ad
	16ª observação - 25/2/00 - T- 2h	Enfa 12 - sala proc. ad
	17ª observação - 29/2/00 - T - 3h	Enfa 12 -SO ped
	Análise das observações	
	18ª observação - 29/3/00 - N- 2h	Enfa 18 - triagem e sala proc. ad
	19ª observação - 30/3/00- N- 2h	Enfa 16 - SO ad
	20ª observação - 3/4/00 - N - 2h20min.	Enfa 14 - SO ped
	21ª observação - 10/4/00 - N - 2h45min.	Enfa 21 - SO ad
	22ª observação - 11/4/00 - N - 2h30min.	Enfa 19 - triagem
	Análise das observações	
	Entrevistas foco - dilemas éticos das enfermeiras no contexto cultural	1ª entrevista - 6/6/00 - 1h30min.
2ª entrevista - 8/7/00 - 55 min.		Enfa 14
3ª entrevista - 9/7/00 - 1h15min.		Enfa 11
4ª entrevista - 10/7/00 - 50 min.		Enfa 16
5ª entrevista - 10/7/00 - 25 min.		Enfa 19
6ª entrevista - 11/7/00 - 1h		Enfa 10
7ª entrevista - 12/7/00 - 30 min.		Enfa 18
8ª entrevista - 13/7/00 - 55 min.		Enfa 9
Julho/ Agosto 2000 - Transcrição e Análise das Entrevistas Validação das Informações		
4) OBSERVAÇÃO REFLEXIVA foco - análise do processo	Análise e descrição do processo Setembro a dezembro 2000	

* cada fase reflete um foco dominante da pesquisa de campo e guia o processo de forma sistemática, mas na prática as fases se inter-relacionam, havendo sobreposições entre si. As atividades principais do pesquisador são a observação, a escuta e a reflexão. (Leininger, 1985)

ANEXO C - Termo de Consentimento Informado

Pesquisa: Dilemas Éticos no Mundo do Cuidar de um Serviço de Emergência Curso de Mestrado em Enfermagem - UFRGS

Ao assinar este documento, estou consentindo em participar de uma pesquisa de autoria da enf^a. Ninon Girardon da Rosa, que tem por objetivo estudar os dilemas éticos no cuidado de enfermagem em emergência.

A pesquisadora esclareceu sobre o caráter voluntário de minha participação e sobre a possibilidade de desistência em qualquer momento.

Estou ciente de que as informações coletadas não têm nenhuma relação com avaliação de desempenho profissional, sendo preservada a minha privacidade e garantido o anonimato na divulgação.

Concordo em participar de entrevista gravada e com a observação de minhas atividades no Serviço de Emergência do HCPA, podendo as informações fazerem parte desta pesquisa e serem publicadas.

As informações serão utilizadas exclusivamente para este estudo, portanto as entrevistas serão destruídas após a elaboração do relatório final de pesquisa.

.....
Informante

.....
Ninon Girardon da Rosa - Fone:
Pesquisadora

.....
Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti
Prof^ª. Orientadora

Data: