UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

VIVIANE BARRÉRE MARTIN TAFFNER

***DILEMAS ÉTICOS: A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DE
INSTITUIÇÕES DE MEDICINA DIAGNÓSTICA***

**SÃO PAULO
2005**

Catálogo na publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP

Taffner, Viviane Barrére Martin

Dilemas éticos: a percepção de enfermeiros de instituições de medicina diagnóstica / Viviane Barrére Martin Taffner. – São Paulo: V. B. M. Taffner; 2005.

108p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

1. Ética da enfermagem 2. Laboratórios. I. Título.

VIVIANE BARRÉRE MARTIN TAFFNER

***DILEMAS ÉTICOS: A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DE
INSTITUIÇÕES DE MEDICINA DIAGNÓSTICA***

**Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.**

**Orientadora:
Profª Drª Maria Cristina Komatsu Braga
Massarollo**

**SÃO PAULO
2005**

***Aos meus pais, Nelson e Doralice,
pelo amor incondicional***

***Ao meu esposo, Julio Cesar,
pelo amor, companheirismo e dedicação***

***Ao meu filho, João Pedro,
que em meu ventre,
acompanhou e participou da construção desse estudo***

AGRADECIMENTOS

À **minha família**, pela minha formação pessoal e profissional

À **Profª Drª Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo**, pela orientação, paciência, doçura e confiança

A **José Roberto Lino Filho**, por autorizar o meu ingresso no curso de Mestrado e flexibilizar minha carga horária na empresa

À **equipe de enfermagem que trabalha comigo**, por tudo o que já vivemos juntos

Aos **meus colegas de Mestrado**, por compartilharem nas disciplinas, valiosas experiências profissionais e pessoais

Às **enfermeiras e instituições participantes do estudo**, pois sem elas esse trabalho não seria possível

Taffner VBM. Dilemas éticos: a percepção de enfermeiros de instituições de medicina diagnóstica. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

RESUMO

Este estudo teve como objetivos revelar os dilemas éticos do cotidiano de enfermeiros de instituições de medicina diagnóstica, e o que consideram na tomada de decisão frente a esses dilemas. Para compreender o vivencial desses enfermeiros nesse contexto, optei pela abordagem qualitativa, vertente fenomenológica, segundo a modalidade “estrutura do fenômeno situado”. Foram realizadas nove entrevistas com duas questões norteadoras: “Em seu cotidiano, você identifica situações que envolvam dilemas éticos? Fale sobre a sua vivência.” e “Frente a um dilema ético, o que você leva em consideração para a tomada de decisão?”. Após a descrição dos discursos, foi realizada a análise ideográfica, a partir da qual surgiram sete temas: “(Não) Reconhecimento da existência de dilemas éticos”; “Falta de autonomia profissional”; “(Des) Valorização profissional”; “Fatores envolvidos na tomada de decisão”; “Humanização no relacionamento com a equipe e com o cliente”; “Postura ética” e “Valorização da dimensão técnica”. Com a análise nomotética realizada posteriormente, buscou-se revelar as convergências e divergências das unidades de significado interpretadas, com o intuito de perceber a estrutura geral do fenômeno. Com as proposições foi possível desvelar que em Medicina Diagnóstica, os dilemas éticos são percebidos como situações desencadeadas pelo cliente, família,

profissionais e instituição. As enfermeiras tomam decisões através da participação de todos os envolvidos na situação, ponderando o custo-benefício de uma ação para o cliente, agindo de forma humanizada, através de suas crenças, respeitando a hierarquia institucional e procurando respaldo médico quando sentem insegurança. A decisão para mudar uma rotina só é tomada quando existem recursos no trabalho. Cumprir normas e condutas da empresa, ser imparcial e humana com a equipe de enfermagem e cliente e ver o que é certo e errado para tomar a posição correta diante de uma situação ética, também são fatores considerados na tomada de decisão.

Palavras-chave: Ética, Dilemas, Enfermeiros, Laboratórios

Taffner VBM. Ethical dilemmas: the nurse's perception from institutions of medicine diagnostic. [dissertation]. São Paulo (SP): School of Nursing at the University of São Paulo; 2005.

ABSTRACT

This study tried to reveal the ethical dilemmas in which nurses from institutions of medicine diagnostic live every day, and what they consider when they make a decision. To understand the nurse's experience in this context, I chose the qualitative analysis, according to phenomenological orientation in which there is the modality "structure of the phenomenon situated". Nine interviews were realized with two guiding questions: "In your ordinary day, do you identify situations involving ethical dilemmas? Speak about your experience." and "In front of an ethical dilemma, what do you take into consideration for making a decision?" After describing the speeches, there was an ideographic analysis in which appeared seven themes: "(No) Acknowledgement of the existence of ethical dilemmas"; "Lack of professional autonomy"; "Professional (de) valuation"; "Factors involved in making decision"; "Humanization in the relationship with the team and the customer"; "Ethical attitude" and "Valuation of the technique dimension". The nomothetic analysis was in order to show the convergences and divergences of the units of meaning interpreted, with the purpose of understanding the general structure of the phenomenon. With the propositions it was possible to unveil that the ethical dilemmas in Medicine Diagnostic are perceived like situations created by customer, family professionals and institution. The nurses make a decisions by regarding the participation of people involved in the situation, analyse the cost-benefit of an action for the customer, humanize their actions, in their beliefs, respect the institutional hierarchy and look for a medical opinion when they feel insecurity. The only decide to change a routine when there are resources at work. Other factors are also considered for making a decision: execute rules and behaviours inside the company, be impartial and humane with the nursing team and the customer

and identify what is right and wrong to know how to make a correct decision in an ethic situation.

Keywords: Ethic, Dilemmas, Nurses, Laboratories

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 A minha trajetória.....	11
1.2 O despertar para a temática.....	13
1.3 A Medicina Diagnóstica.....	22
1.4 O enfermeiro em um Centro de Medicina Diagnóstica	25
1.5 A dimensão ética no cotidiano do enfermeiro.....	32
2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	47
2.1 A escolha da trajetória metodológica.....	47
2.2 A fenomenologia como vertente metodológica.....	47
2.3 A análise fenomenológica.....	50
2.3.1 A Análise ideográfica e nomotética.....	51
2.4 A região de inquérito e o fenômeno situado.....	52
2.5 A obtenção das descrições: coleta dos dados.....	53
2.6 A análise das descrições.....	57
3 CONSTRUINDO OS RESULTADOS.....	60
3.1 A Análise ideográfica.....	60
3.1.1 A redução fenomenológica.....	64
3.1.2 A tematização das unidades de significado.....	67
3.2 A análise nomotética.....	69
3.2.1 O agrupamento das unidades de significado interpretadas.....	69
3.2.2 A análise das convergências e divergências.....	78
4 SÍNTESE.....	95
REFERÊNCIAS.....	100
ANEXOS.....	104
Anexo I - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP.....	104
Anexo II - CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	105
Anexo III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	106
Anexo IV - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE MEDICINA DIAGNÓSTICA.....	107
Anexo V - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS.....	108

1 INTRODUÇÃO

1.1 A minha trajetória

Após refletir sobre qual seria a minha profissão, a alguns meses do vestibular, optei pela Enfermagem, acreditando que essa escolha me completaria profissionalmente, e, em 1994, ingressei no curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Durante a faculdade, procurei me dedicar às disciplinas teóricas para que tivesse embasamento científico e, assim, pudesse atuar com conhecimento e competência. Nos estágios, tentei colocar em prática a bagagem teórica adquirida para oferecer uma assistência eficiente e com qualidade.

As experiências proporcionadas pelo contato com pacientes em diferentes unidades de internação, ambulatorios e postos de saúde, fortaleceram a minha idéia de ser uma enfermeira íntegra, competente e ética, o que me desenvolveu como ser humano e profissional.

Após a formatura, em 1997, era mais uma enfermeira no mercado de trabalho, cheia de ideais e ansiosa para trabalhar, como a maioria das minhas colegas de turma. Desejava atuar em um hospital, realizar muitas técnicas, assistir muitos pacientes e atender diversas situações de emergência, pois achava que só me sentiria uma enfermeira de verdade se presenciasse e participasse dos casos mais complexos de uma Unidade de Terapia Intensiva, área que mais me chamava a atenção, principalmente na Pediatria e Neonatologia.

Já formada, iniciei uma especialização em Neonatologia. Ao término da mesma, surgiram várias propostas; após analisá-las, comecei minha carreira em um berçário e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital privado, onde permaneci por três anos.

Um convite para atuar como supervisora de enfermagem em um Centro de Medicina Diagnóstica, colocou-me à prova, e, com coragem, em 2000, deixei a Neonatologia, que tantas realizações me proporcionou, sabendo que desbravaria um campo novo em minha carreira, com a certeza de estar fazendo a escolha certa mais uma vez.

1.2 O despertar para a temática

Desempenhar novas atividades de enfermagem, desmistificou minha crença de que, para um enfermeiro, apenas habilidade e competência técnica supririam as necessidades da maioria das situações peculiares a esse setor.

Trabalhar em um Centro de Medicina Diagnóstica (CMD), me fez perceber que a realidade dessa área é bem mais complexa, e que a enfermagem, mesmo tendo um rápido contato com o cliente, quando comparado a um atendimento hospitalar, tem a oportunidade de vivenciar várias situações assistenciais e administrativas.

Após habituar-me com a rotina e as especificidades do CMD, comecei a ter mais domínio para identificar não apenas situações técnico-administrativas, mas muitas outras, com implicações éticas, que podem desencadear dilemas éticos relacionados com a privacidade, o direito à informação e a autonomia do cliente.

Um exemplo que pode acontecer é o livre acesso dos colaboradores da empresa aos resultados dos exames de quaisquer clientes via sistema informatizado. Mesmo a empresa se preocupando com a integridade dos clientes, essa rotina pode ter uma implicação ética, por existir um desrespeito à privacidade das informações do mesmo.

Privacidade é a limitação do acesso às informações de uma pessoa, à sua intimidade, à algo sigiloso, ao segredo de um determinado indivíduo. A

preservação dela deve ser característica de todos os funcionários de uma empresa, e um dever institucional (Goldim e Francisconi, 1999).

Nesse sentido, não seria mais adequado que os resultados dos clientes fossem “manipulados” apenas por aqueles que necessitassem da informação? Qual a real necessidade de todos os colaboradores terem fácil acesso a essas informações?

Seria necessário maior discussão da questão entre a instituição e os profissionais responsáveis pela entrega de resultados, objetivando maior reflexão sobre a responsabilidade em realizar esse procedimento.

Outro exemplo, que pode gerar um dilema ético, ocorre com clientes que participam de protocolos de pesquisa de laboratórios farmacêuticos. Muitos desses laboratórios, para realizarem suas pesquisas, utilizam os serviços de coleta e análise dos CMDs. Porém, os clientes participantes, sujeitos do estudo, vão ao CMD para colherem sangue cientes apenas que participam de um protocolo de pesquisa, nem sempre sabem sobre os exames a que serão submetidos e não têm acesso aos resultados dos mesmo. A enfermagem também participa desse processo, através da coleta de sangue desses clientes, sem ao menos saber quais exames está colhendo, tendo só o conhecimento dos tubos necessários para o procedimento.

Dessa forma, surge a inquietação, pois esses clientes teriam o direito de obter os esclarecimentos necessários sobre os exames a que estão sendo submetidos e aos resultados, mesmo sendo “ressarcidos” pelas indústrias farmacêuticas para a participação nos protocolos de pesquisa.

“O ser humano é um fim em si mesmo, não somente um meio de satisfação de interesses de terceiros, comerciais, industriais ou dos próprios profissionais e serviços de saúde” (Muñoz e Fortes, 1998, p. 58).

Na Cartilha dos Direitos do Paciente da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo - SES-SP (1995), elaborada a partir de estudos efetuados pelo Fórum Permanente de Patologias Crônicas e que fundamenta-se na ampliação do respeito à autonomia e aos direitos dos pacientes no cotidiano dos serviços de saúde, tem-se que:

O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório.

A Lei nº 10.241 dos Direitos dos Usuários dos Serviços e das ações de saúde de 17 de março de 1999, também diz no artigo 2º, item VI, que é direito do usuário receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre os exames solicitados, as condutas a que será submetido e a finalidade dos materiais coletados para exame (São Paulo, 1999).

Além disso, a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde – CNS (1996), dispõe que dentre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos é necessário:

Assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.
Assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto.

Outro aspecto é se a equipe de enfermagem participante desse processo não teria o direito a essa informação. Segundo o Código de Ética

dos Profissionais de Enfermagem, capítulo IV - Dos Deveres, artigo 35, cabe aos profissionais de enfermagem:

Solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em Enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar. (Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, 2000).

É um dever desses profissionais manterem os clientes informados sobre os exames a que irão ser submetidos, entretanto, observo que muitos membros da equipe não percebem essa situação, apenas coletam o material biológico necessário para o protocolo. Assim, surge o questionamento se esses profissionais teriam, em algum momento do cotidiano, refletido sobre a sua participação no protocolo de pesquisa e sobre os direitos e deveres que possuem nessa situação.

Além dos exemplos citados, quando há procedimentos de coleta de abuso de drogas na urina, como a maconha e a cocaína (entre outras), esses têm que ser realizados na presença de um colaborador da enfermagem, mesmo em casos não judiciais.

A justificativa desse procedimento padronizado é a de isentar o laboratório quanto a futuras reclamações sobre a análise do exame diante de um falso-negativo e de garantir a fidedignidade do mesmo, uma vez que um cliente pode levar a amostra de outra pessoa ou misturar água na mesma antes de entregá-la a um profissional no laboratório¹.

¹ O termo laboratório é utilizado no estudo com o mesmo significado de Centro de Medicina Diagnóstica (CMD).

Com esse procedimento institucional há clientes que permanecem por horas no CMD para tentar conseguir a amostra biológica necessária para o exame, e questionam a necessidade de uma coleta assistida.

Nessa situação, não poderia ser esclarecido o motivo da presença do colaborador, para que o cliente pudesse fazer a escolha de querer ou não realizar o exame de acordo com o procedimento do laboratório? A isenção da responsabilidade do laboratório na veracidade da amostra deve prevalecer à autonomia do cliente em coletar seu próprio exame?

Enquanto enfermeira, ciente dessa realidade, surge o conflito sobre a conduta a ser tomada. Autorizar a coleta sem a presença de um colaborador, ou continuar cumprindo a exigência da empresa?

Além dos exemplos citados, quando é solicitado pela área técnica uma coleta extra de sangue dos clientes, para que sejam realizados testes em equipamentos, o cliente não é informado à respeito desse procedimento. Ora, os clientes não deveriam ser informados e esclarecidos sobre a coleta extra de sangue para testar maquinários, e a partir desse dado, autorizar ou não tal procedimento?

Ainda há situações em que pais de adolescentes solicitam ao serviço de recepção e enfermagem que não seja divulgado ao filho, em nenhum momento da abertura da ficha e da coleta, o significado do exame, para, assim, não haver recusa do menor.

Casos como esses ocorrem quando há desconfiança sobre o uso de drogas, e o adolescente, negando tal suspeita, não autoriza a coleta do exame. Os pais acabam usando esse artifício, com o apoio dos

colaboradores da instituição, para conseguir coletar o material e, assim, provar ou não, com o resultado do exame, o envolvimento do filho com drogas.

Situações como essa são denominadas: “justa causa”, definida por Fortes (1998), como aquelas que apresentam conflitos de interesses e de direitos, e um deles deve ser sacrificado em benefício de outro, por exemplo: a privacidade de um indivíduo ser sacrificada em prol do direito à vida, à saúde de outro indivíduo ou da coletividade.

Na situação em pauta, com o direito à privacidade sendo sacrificado, como agir? Apoiar os pais, por acreditar que se está fazendo um bem para o adolescente, ou falar a verdade e esperar a decisão e autorização dele para a coleta? Além disso, qual o benefício decorrente de se coletar a amostra e proporcionar à família a descoberta da verdade? Será que haveria outra forma de lidar com essa situação sem precisar “enganar” o adolescente?

Essa situação pode ser considerada “justa causa”; entretanto, dizer a verdade ao adolescente constitui uma ameaça, ou respeito, à manifestação de sua autonomia?

Entretanto, de acordo com Leone (1998), a análise do respeito à autonomia de uma criança ou adolescente só tem sentido se existir o conhecimento da evolução de suas competências nas diferentes idades, por passar a criança por um processo de desenvolvimento progressivo, levando-a à maturidade completa por volta dos vinte anos, portanto, com autonomia crescente. Deve-se abdicar do conceito paternalista no qual a criança e o adolescente são vistos como seres incapazes, mas buscar junto deles o que

estão compreendendo frente às situações e, mediante isso, respeitar a opinião deles, mesmo que seja necessário uma série de discussões para se chegar a uma decisão justa e benéfica para eles.

Diante dessas indagações e por conversar informalmente com alguns enfermeiros da instituição sobre essas situações dilemáticas, constatei a necessidade de conhecer como isso ocorre em CMDs, uma vez que ainda não me sinto confortável e segura em conduzi-las.

Como enfermeira, sinto necessidade de oferecer suporte à equipe de enfermagem e de esclarecer criticamente essas situações, por não observar por parte de membros da equipe a percepção da existência desses questionamentos, tampouco de um posicionamento frente a eles.

Atualmente, procuro tomar decisões norteando-me pela missão da empresa (que baseia-se em excelência técnica, ética e em procedimentos voltados para as necessidades dos clientes), pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, pela Lei dos Direitos dos Usuários, contatando a gerente de enfermagem e nos meus valores. Com isso, busco exercer a conduta mais coerente, manter meu bem-estar, assim como dos demais profissionais de enfermagem da equipe e, sobretudo, do cliente.

Diante do exposto, me pergunto:

Enfermeiros responsáveis pelo serviço de enfermagem de unidades de outras instituições de medicina diagnóstica também vivenciam situações com implicações éticas e dilemas éticos? Se vivenciam, quando tomam decisões frente a essas situações, quais fatores levam em consideração?

Investigar esse contexto possibilitará desocultar ainda mais o papel do enfermeiro em um CMD, uma vez que, mesmo a enfermagem atuando fora do âmbito hospitalar e tendo diversas oportunidades no mercado de trabalho, poucos estudos retratam a realidade, as inquietações e as vivências desse profissional fora do ambiente hospitalar.

Silva (2004) assinala alguns aspectos que podem justificar a baixa produção teórica relacionada à atuação do enfermeiro em laboratórios de análises clínicas. Esses estão relacionados com o número reduzido de enfermeiros, visto que cabe a eles realizar pesquisas dentro da equipe de enfermagem. Esse número reduzido pode ser justificado pelo fato dos enfermeiros receberem melhor remuneração que o pessoal de nível médio, acarretando maiores custos à instituição, e ainda pela atuação em laboratório ser considerada uma ação de suporte à assistência, o que atrai poucos enfermeiros para essa área.

Discutir questões éticas com enfermeiros de outras instituições proporcionará a compreensão dessa temática, o que poderá diminuir conflitos pessoais e gerar melhor qualidade de vida no trabalho, por possibilitar o entendimento dessas situações e auxiliar na reflexão sobre os valores, princípios e atitudes que tangem à decisão ética.

Resgatar valores pessoais e profissionais é uma das formas que pode se dar à reorganização profissional, por trazer aos enfermeiros um melhor entendimento do seu papel junto à clientela, aos colegas, aos outros profissionais, à instituição e à sociedade. A clarificação de valores é importante na educação ética na enfermagem, pois é um processo que

possibilita identificar, ajustar e estruturar valores significativos que auxiliam na fundamentação das posições éticas adotadas (Coelho, 2000).

1.3 A Medicina Diagnóstica

O avanço e a tecnologia decorrentes de pesquisas científicas, a necessidade da Medicina em buscar alternativas mais precisas e detalhadas que permitissem o diagnóstico através de exames e técnicas menos invasivas e desconfortáveis, fizeram surgir uma especialidade médica denominada Medicina Diagnóstica.

Diagnóstico pode ser definido como o “conhecimento ou determinação de uma doença pela observação ou descrição de seus sintomas ou mediante exames diversos” (Ximenes, 2000). Ele torna possível ou não comprovar uma hipótese médica sobre a saúde de um indivíduo.

Graças a essa especialidade, que se desenvolve a cada dia, o que no passado era realizado de forma manual e impossível de ser verificado, pela inexistência de equipamentos, atualmente é realizado com rapidez e eficiência.

Submeter-se a um exame laboratorial ou de imagem diagnóstica, tornou-se algo corriqueiro e essencial para a comprovação de um diagnóstico médico, por possibilitar a detecção, comprovação e compreensão das alterações (benignas ou malignas) que estão ocorrendo no organismo humano.

No passado havia disponível apenas amostras biológicas de sangue, urina ou fezes para análise, atualmente, é possível imagens e coletas mais minuciosas para a detecção de diversas patologias, possibilitando um controle mais rigoroso dos níveis de determinados elementos no corpo, o que é fundamental para a manutenção da saúde e da qualidade de vida.

Os exames laboratoriais como métodos auxiliares ao diagnóstico médico surgiram a partir da metade do século XIX, em decorrência do progresso da Medicina e das áreas de Microbiologia, Citologia e Bioquímica. O trabalho desenvolvido em laboratório de análises clínicas vem passando por aperfeiçoamentos e observa-se que, cada vez mais, por meio da automatização, são introduzidos métodos mais rápidos e precisos, para atender a demanda do mercado (Sannazzaro,1993).

O surgimento de kits de análise (pacotes contendo os reagentes necessários para um exame), aparelhos de alta tecnologia com controle de qualidade interna e externa, a precisão e a padronização dos resultados passou a ser comum, o que deu mais segurança e tranquilidade de diagnóstico aos médicos e clientes. Além disso, a relação do laboratório com o cliente está cada vez mais próxima e os fatores de ordem pessoal que podem interferir no resultado dos exames como idade, estresse e alimentação, são levados em consideração para a realização, análise e liberação dos resultados. Há, portanto, a conciliação da tecnologia com as peculiaridades humanas.

Paralelamente a análises clínicas, o mesmo desenvolvimento ocorreu com a imagem diagnóstica que, segundo Radvany (2004), é imensurável a importância do desenvolvimento da tomografia computadorizada, que teve seu primeiro protótipo construído em 1968. Como ela, a ressonância magnética também representa um grande avanço na Medicina Diagnóstica, na medida em que auxilia uma série de diagnósticos médicos e o acompanhamento de seus tratamentos. Segundo o autor, o avanço e

desenvolvimento desse campo é tão sofisticado que tem surpreendido até mesmo as fantasias de ficção científica.

Acompanhando o crescimento da Medicina Diagnóstica, a Enfermagem, que também divide-se em especialidades e por estar sempre procurando atender às demandas de saúde do mercado, busca um aprimoramento contínuo.

Há a constante preocupação em se buscar o aperfeiçoamento de suas atividades, acompanhando o avanço tecnológico e científico disponível, para assim, promover, através de pesquisas, o avanço e desenvolvimento da profissão.

1.4 O enfermeiro em um Centro de Medicina Diagnóstica

Ser enfermeiro é ter conhecimento técnico-científico, habilidade e capacidade para assistir e cuidar de pessoas direta ou indiretamente, através da supervisão, coordenação e liderança da equipe de enfermagem, objetivando a prestação de uma assistência integral e com qualidade ao indivíduo.

Dentro da equipe de enfermagem, ele desenvolve atividades voltadas para o gerenciamento dos cuidados, da equipe e dos serviços, criando condições para que o pessoal de nível médio (auxiliares e técnicos), cujo trabalho tem características mais manuais, realizem as atividades que lhe competem e que são legalmente atribuídas as suas categorias profissionais.

Além das atividades técnico-administrativas, o enfermeiro realiza atividades voltadas ao ensino (desempenhadas internamente no local de trabalho, junto à equipe de enfermagem, através de treinamentos; e as externas, desenvolvidas em cursos de enfermagem de nível secundário e terciário), bem como atividades de pesquisa.

Segundo Trevizan (1987), o objetivo do trabalho do enfermeiro não se restringe ao atendimento direto ao paciente, ele também consegue atingí-lo através das funções administrativas que podem ser classificadas em:

- Burocráticas: quando ocorre o uso do conhecimento técnico-especializado sobre administração, visando à consecução dos objetivos da organização. A racionalidade, a eficiência e a

impessoalidade são seus elementos essenciais e seu exercício é pautado em normas e rotinas preestabelecidas pela organização.

- Não-burocráticas: além de visar aos objetivos da organização, está vinculada à competência profissional do enfermeiro e tem como perspectiva a qualidade do trabalho.

A função burocrática é comandada pelo compromisso à organização, e a não-burocrática é mais orientada pelo compromisso com a profissão.

Há alguns anos, o ramo hospitalar era um dos únicos locais de trabalho possível ao enfermeiro. Hoje cresce o número de instituições de saúde como clínicas, CMDs, serviços de consultoria e etc, as quais estão admitindo enfermeiro para o quadro de seus funcionários, por perceberem a importância desse profissional nesses setores.

Independente da área em que atua, não é descaracterizado o seu papel, apenas desempenhará suas funções, adequando-as às rotinas e necessidades da instituição a qual faz parte, como ocorre no CMD.

O CMD é uma instituição especializada (voltada para o diagnóstico médico) que realiza procedimentos de coleta e análise de material biológico, de forma a contribuir para a prevenção e tratamento de doenças, objetivando a preservação e manutenção da saúde do indivíduo.

Nesse local, o cliente permanece por pouco tempo. Ele mantém um rápido contato com os profissionais administrativos, de enfermagem, médicos, e realiza exames de análises clínicas e imagem diagnóstica.

Ele inicia seu atendimento no serviço de recepção, com a apresentação dos documentos necessários para a abertura de uma ficha de

atendimento. Em seguida aguarda a sua chamada para a coleta do material biológico solicitado pelo seu médico, submete-se à coleta por um profissional de enfermagem (auxiliar, técnico, enfermeiro), ou por um médico, quando se trata de exames de imagem ou mais complexos (broncoscopia, histeroscopia, colposcopia etc), e aguarda algumas horas, poucos dias ou semanas para a retirada do seu resultado.

Para Silva (2004), o momento da coleta do material biológico, fase pré-analítica, é extremamente importante para o encaminhamento de uma amostra de qualidade ao setor responsável pelas análises. Para isso, o profissional envolvido necessita de um conhecimento específico englobando os tipos e etapas de análises clínicas que serão utilizadas na análise; a orientação e o preparo do cliente para o exame; seleção anatômica do local; horário, técnica e materiais adequados, como também o acondicionamento, adequação e transporte para o setor de análises e obtenção de informações úteis para a realização do exame e liberação de um resultado seguro.

O profissional envolvido nesse processo precisa ter consciência e responsabilidade para realizar o momento da coleta da forma mais correta possível. Dentre os procedimentos realizados, os menos complexos (como punção venosa, coleta de secreções em geral e sondagens) são executados pelo pessoal de nível médio e os mais complexos são privativos do enfermeiro (como a gasometria arterial e a punção em cateteres de longa permanência e totalmente implantados).

Contudo, em determinados locais, ainda se vê profissionais de nível médio, não habilitados legalmente, realizando atividades que não competem a sua categoria profissional, mesmo no que se refere às ações gerenciais.

Quando se pensa no papel do enfermeiro em CMD, pensa-se somente na dimensão técnica. A competência mais cobrada pelas instituições é a garantia da qualidade da coleta do material biológico e de um exame de imagem diagnóstica. É indiscutível a importância da esfera técnica. O profissional deve saber realizar os procedimentos técnicos com competência. Porém, essa dimensão é necessária, mas não suficiente, uma vez que a atuação do enfermeiro ultrapassa o técnico. As atividades gerenciais também estão intimamente ligadas ao cotidiano desse profissional.

Cabe ao enfermeiro preparar a equipe de enfermagem para um atendimento integral, não se limitando ao biológico. A equipe, por ter um contato mais próximo do cliente, nas salas de coleta, precisa estar preparada para lidar com os sentimentos trazidos por ele, que resultam de sua história pessoal e da preocupação com o resultado do exame a que está se submetendo.

De modo geral, a atuação do enfermeiro em um CMD pode ser descrita como:

- Estar sempre presente, com sua equipe, auxiliando a todos com apoio técnico, nas questões mais complexas da coleta de material biológico e do atendimento ao cliente;

- Realizar seu trabalho com rigor, precisão e elevados padrões de qualidade, buscando sempre a atualização de conhecimentos e informações técnicas ou não, aplicáveis ao cotidiano de sua equipe;
- Trabalhar para a melhoria contínua de procedimentos e processos;
- Assistir o cliente como único, prestando uma assistência com qualidade, respeito e ética;
- Proporcionar que a coleta do material biológico dos exames do cliente estejam em condições ideais para análise;
- Estar voltado para a supervisão e coordenação de sua equipe, adequando e colocando os recursos necessários e possíveis para o atendimento ao cliente;
- Avaliar o desempenho dos colaboradores (auxiliares e técnicos de enfermagem) perante a atuação individual e em grupo, no que diz respeito às competências de suas funções, através de avaliações e acompanhamentos quando se fizerem necessários, sendo eles diários ou não;
- Incentivar sua equipe para alcançar as metas institucionais estabelecidas;
- Ser um importante canal de comunicação entre a empresa, os clientes e sua equipe;
- Agir com ética junto à equipe multiprofissional, empresa e clientes;
- Ser um educador, alguém capaz de transmitir aos outros os seus ganhos de aprendizagem, através da realização de treinamentos direcionados as necessidades da equipe;

- Prever e prover materiais identificados como necessários para a melhoria do atendimento, e responsabilizar-se pelo teste dos mesmos em sua unidade;
- Cumprir e fazer cumprir os valores e missões da empresa.

Entretanto, mais do que fazer cumprir normas e regras institucionais, existe a preocupação do enfermeiro em liderar a sua equipe para alcançar as metas e os objetivos estipulados pela empresa; garantir um atendimento com qualidade aos clientes e influenciar a equipe com habilidades e recursos pessoais, sem utilizar o poder de seu cargo.

A atuação do enfermeiro em um CMD vem ganhando espaço e sendo reconhecida por demonstrar competência no gerenciamento de recursos, equipes e assistência aos clientes. Entretanto, nota-se maior existência de profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos) do que enfermeiros trabalhando em CMD.

Nesse sentido, Silva (2004, p. 6) destaca que:

O profissional enfermeiro, paulatinamente, está inserindo-se nessa área de atuação e, em decorrência de sua formação, contribui para a garantia da qualidade da assistência prestada, bem como se responsabiliza pelo gerenciamento dos recursos humanos e materiais do laboratório, propiciando a promoção de uma interação multidisciplinar. Assim, encontra-se em condições de desenvolver as ações relativas à coleta de material biológico.

A mesma autora ainda aponta em seu estudo sobre a caracterização do trabalho de enfermagem em laboratório de análises clínicas que além do profissional dominante ser o auxiliar de enfermagem, por ser contratado no lugar de enfermeiros, em virtude da menor remuneração, outros profissionais

de nível universitário, e até mesmo outras categorias de enfermagem, ainda desempenham atividades que competem ao enfermeiro.

Frente a essa realidade, o enfermeiro tem de se manifestar continuamente pela regulação e valorização de sua profissão, independente de sua área de atuação.

1.5 A dimensão ética no cotidiano do enfermeiro

É compreensível que o enfermeiro focalize seu treinamento inicial no aprendizado das habilidades técnicas necessárias para proporcionar um atendimento seguro e competente aos pacientes. Entretanto, à medida que ganha experiência prática, os aspectos que se tornam problemáticos são os éticos e não os técnicos (Smeltzer e Bare, 1994).

Inúmeras situações do cotidiano possuem implicações éticas ou, até mesmo, desencadeiam dilemas éticos e, diante dessas, o enfermeiro necessita ultrapassar o caráter normativo e jurídico do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para tomar uma decisão.

Entre a maioria dos profissionais persiste a ideologia de que ética é um conjunto de normas e/ou orientações contidas em códigos (Oliveira e Guilhem, 2001).

Porém, ética não se restringe a isso. Ela é definida como uma reflexão profunda e rigorosa sobre valores, passando de um aprendizado simplista de cumprimento de uma regra social à reflexão sobre ela, acompanhada de opção consciente por assumi-la ou não. Enquanto a moral tem um caráter normativo, a ética investiga, pergunta pelo sentido dos valores, não indicando o que devemos fazer e sim perguntando pelos fundamentos do dever (Ponce, 2000).²

As palavras ética e moral adquiriram significados e compreensões diferentes ao longo do tempo, embora semanticamente se identifiquem.

² Ponce, BJ. Ética e vida social. Texto adaptado do capítulo IV do Guia de estudos e Manual de Trabalho (Marco Curricular) para professores de Fundamentos de Filosofia e Sociologia. São Paulo: Fundação Bradesco; 1999/2000.

Considera-se moral como um conjunto de princípios, valores e normas que regulam a conduta humana em suas relações sociais, existentes em determinado momento histórico. Moral fala do coletivo e em um mesmo contexto social existem diferentes morais, fundadas em valores e princípios diferenciados (pluralismo moral) (Fortes, 1998).

De acordo com Coelho (2000), as normas morais são definidas pela sociedade, são externas ao indivíduo e impõem regras de comportamento e de ação, punindo as práticas desviantes. A ética refere-se ao comportamento autônomo do indivíduo, a um sujeito racional, livre e capaz de estabelecer valores e respeitá-los.

Fernandes (1999, p.15-6) destaca que:

A ética é individual, cada pessoa tem a sua ética, que se baseia em princípios, valores e sentimentos que cada um traz dentro de si e a partir de sua própria escolha é possível aproximar ou se distanciar dos valores de outras pessoas. Significando que cada pessoa apresenta um modo de agir único, determinando suas condutas de acordo com aquilo que acredita e adere como verdade. Enquanto a moral vem de dentro da sociedade, com valores que já estão selecionados e determinados como “verdades”.

“Em nosso cotidiano, agimos, julgamos e somos julgados, de acordo com normas e regras que reconhecemos como necessárias, coerentes e dignas de serem seguidas e cumpridas” (Lunardi, 2000, p. 45). Porém, cada indivíduo dirigirá suas relações no trabalho e na vida pessoal de acordo com o que considerar certo ou errado, pois o que é considerado ético para uma pessoa, pode não ser para outra, devido as diferentes formas de compreender o mundo.

A ética é um elemento fundamental para o sucesso dos indivíduos e das instituições, “quando falamos em empresas éticas, estamos falando em pessoas éticas” (Jacomino, 2003, p.31). Uma ação inadequada cometida por um funcionário, seja ele de qualquer nível, pode atingir os maiores patrimônios da empresa: a marca e a imagem.

A essência do comportamento ético ou antiético não está vinculada ao segmento da instituição no mercado, ou a uma profissão. A relação entre as organizações, os profissionais e os clientes acontece independente do setor. A diferença entre eles encontra-se nas situações peculiares a cada área.

Nas empresas, por exemplo, as situações éticas estão relacionadas aos custos e aos benefícios que cada transação econômica possa trazer à empresa e ao colaborador que dela participar. A gestão está intimamente ligada ao cumprimento de metas, busca de novos clientes (quanto se trata de empresas privadas) e gerenciamento de recursos escassos.

Diante disso, Cohen (2003, p. 37 - 8) diz que:

Conflitos éticos é o que não falta no mundo dos negócios. Os objetivos da empresa em maximizar seu lucro colidem com os objetivos dos funcionários de obter a maior remuneração possível.

O mesmo autor comenta que a maioria das decisões éticas nos negócios são dilemas por serem complicadas e decorrentes do fato de que os benefícios da conduta ética são intangíveis e os custos imediatos.

Na enfermagem, de maneira geral, as questões éticas estão voltadas ao relacionamento com a equipe multiprofissional, instituição, cliente e à prestação de cuidados.

Esse cuidado afeta pessoas, portanto, cada decisão, procedimento ou ação envolve princípios e valores diversos, os quais muitas vezes são conflituosos e podem resultar em dilemas éticos (Fortes, 1994).

Weston (1997) apud Renner, Goldim e Prati (2002, p.136) define que:

Um dilema ético é uma situação na qual um profissional de saúde se depara com duas alternativas de tratamento ou condução do caso que tenham justificativas técnicas, mas com algum questionamento moral ou social.

São situações em que um indivíduo defronta-se com duas ou mais opções de escolha, como aponta Leisinger e Schimitt (2002, p. 120), “dilemas éticos são, pois, situações em que ocorre escolha não entre uma ação imposta pela ética e outra proibida, mas entre dois ou vários males.”

Mas como tomar uma decisão diante de um dilema ético?

Para Smith (1996), na enfermagem um estímulo ou um fator desencadeador inicia o processo de tomada de decisão ética. Esse pode ser interno ou externo e resulta da identificação do problema, que pode ser consciente ou inconsciente, se esforçando o enfermeiro para lidar com a variedade de dilemas e diante deles determinar a solução que considerar mais correta.

A tomada de decisão na prática da enfermagem possui particularidades decorrentes das especificidades da profissão, porém um modelo apontado por Ferrell, Fraedrich e Ferrel (2001), identificado no mundo empresarial (onde diz que o processo de reconhecimento e valorização do dilema ético inicia-se com a gravidade da questão e sofre influência de vários fatores), também pode ser percebido na realidade da enfermagem.

Além da gravidade da questão, os autores citam outros fatores interferentes no processo de tomada de decisão ética nas empresas, tais como:

- Os individuais: idade, sexo, desenvolvimento cognitivo moral (as pessoas tomam diferentes decisões em situações éticas semelhantes porque se encontram em diferentes estágios de desenvolvimento cognitivo).
- A cultura empresarial: quanto mais ética a empresa, menos provável é que sejam tomadas decisões antiéticas.
- Os terceiros significativos: pessoas que exercem influência sobre o grupo de trabalho, sejam líderes ou não. O tomador de decisões que se associa a quem tem comportamento antiético tem maior probabilidade de agir do mesmo modo.
- A oportunidade: condições que limitam ou permitem que um comportamento ético ou antiético aconteça.

Esses fatores se relacionam e influenciam avaliações e intenções, das quais resultam o comportamento ético ou antiético do empregado.

Na área hospitalar, tanto na dimensão assistencial como na administrativa, a tomada de decisão ética do enfermeiro, identificada em vários estudos, relaciona-se com os mesmos elementos citados e, mesmo recebendo denominações diferentes do contexto empresarial. Dentre eles, destacam-se a troca de experiências com outros enfermeiros, a participação da família, a identificação, valorização e participação do cliente no processo decisório (terceiros significativos), o cumprimento de normas organizacionais

(cultura empresarial), o Código de Ética Profissional e dos Direitos do paciente, as crenças e valores pessoais (individuais) e a reflexão sobre um fato ocorrido (oportunidade).

Sietsema e Spradley (1987), em uma pesquisa realizada com enfermeiros atuantes na área administrativa, através de um levantamento sobre quais seriam os três principais recursos mais utilizados na tomada de decisão, relataram que buscam auxílio em outras colegas da área administrativa, usam valores pessoais e solicitam a ajuda de enfermeiros assistenciais. Além desses recursos, outros em menor porcentagem foram citados o Código de Ética e o Comitê de Ética da instituição, sendo o Código dos Direitos do paciente o de maior destaque.

Nesse estudo americano, além dos enfermeiros enfatizarem a busca de um respaldo diante das situações éticas em seus colegas, podemos notar a valorização que a cultura americana dá aos direitos e deveres dos cidadãos, elemento não considerado no estudo brasileiro de Coelho (1993).

Coelho (1993) verificou com 24 enfermeiras que há desinformação quanto aos direitos e deveres profissionais. Quando essas foram questionadas sobre as responsabilidades ético-legais da profissão, 87,5% das entrevistadas disseram que desconhecem o Código de Ética Profissional vigente. Elas percebem sua omissão em buscar alternativas de resolução de casos de violação à autonomia e à privacidade dos clientes por parte de outros profissionais de saúde, desconhecem que cometem infrações ao Código de Ética ao assumirem responsabilidades de outros profissionais e,

por outro lado, falham em assumir responsabilidades face à expansão de seus papéis profissionais.

Borawski (1994) reaplicou o estudo de Sietsema e Spradley (1987) com algumas modificações no instrumento de coleta de dados. Enquanto na primeira pesquisa, 64% dos entrevistados utilizam o auxílio de enfermeiros administrativos, 61% dos valores pessoais e 45% enfermeiros assistenciais como recurso; no estudo de Borawski ocorre o inverso, 86% solicitam o auxílio de enfermeiros assistenciais, 83% os colegas administrativos, 31% os valores pessoais e 75% o Código dos Direitos do paciente.

Embora os sujeitos das duas pesquisas possuem diferentes graus de escolaridade e de experiência na área administrativa, os mesmos recursos foram citados, porém com ênfase diferente para cada um.

Além dos elementos citados nesses dois estudos, a família e os amigos também são considerados na pesquisa de Blancett e Sullivans (1993), como recursos para a tomada de decisão.

Para Trevizan, Mendes, Lourenço e Shinyashiki (2002), a tomada de decisão do enfermeiro é baseada nos valores da profissão, nos Códigos de Ética Profissional e dos Direitos do paciente hospitalizado, integrando cuidado humano qualificado, guiado pelo respeito, livre consentimento e promoção da autonomia do paciente, através do critério da alteridade, onde a pessoa é o fundamento da reflexão, e de sua participação no processo decisório.

Zago e Nogueira (1989) verificaram em uma pesquisa realizada com enfermeiras de centros cirúrgicos que a maioria dos profissionais não tem

consciência sobre o conceito de ética, possuem uma visão ligada apenas ao aspecto legal e ao papel de advogar pelo paciente. A dificuldade em tomar decisões éticas está relacionada à falta de conhecimento da visão global dos aspectos comportamentais que envolvem os princípios éticos relacionados com a atuação do enfermeiro para com o paciente, outros profissionais da equipe e instituição, acarretando na sua falta de autonomia.

Em um levantamento bibliográfico sobre tomada de decisão, realizado por Albuquerque (1993) foi constatado que, de modo geral, os enfermeiros ao tomarem qualquer tipo de decisão, as fazem de acordo com conhecimentos teóricos associados à experiências anteriores, perfis e autonomia profissional, sistema de valores pessoais, habilidade em processar informações e fatores ligados à personalidade, tais como: a confiança, auto-estima, dogmatismo, propensão a assumir riscos e habilidades para dissonâncias.

Todavia, para se discutir situações éticas é necessário reflexão. Soares e Lunardi (2002) apontam que a reflexão gera motivação para a tomada de decisão frente à situação “problema”. Diante de uma ação há reflexão, para ser desencadeada outra ação (ação - reflexão - ação). Ressaltam que ao lidar com pessoas, desencadeia-se um processo reflexivo, por se entrar em contato com outras percepções e realidades.

Por envolver valores, crenças e princípios, a tomada de decisão ética não pode ser aprendida nos livros, nossas experiências anteriores e o bom senso, muitas vezes, é que auxiliam a definição de uma decisão.

Jacomino (2003, p. 34) comenta que:

Ética gera questões extremamente delicadas e, na maioria das vezes, de foro íntimo. Não existe uma receita universal, pronta e completamente eficaz para resolvê-las. A decisão sempre varia de pessoa para pessoa, de consciência para consciência.

Além da experiência profissional, é possível aprender com o que ainda não se viveu. A leitura sobre determinado assunto, relacionado ao momento que o enfermeiro vivencia, ou a discussão de um dilema ético com um colega de profissão, ou cliente/família, também desencadeiam reflexões e aprendizado.

É certo que refletir sobre o que já se passou pode ser doloroso pelo resgate de sentimentos e pensamentos muitas vezes desagradáveis. Porém, isso possibilita a revisão de fatos e o repensar de condutas, aprimorando o trabalho e o relacionamento com as pessoas.

Por envolver pessoas, a associação das escolhas para a decisão se dá através da comunicação. Sadala (1999) considera a comunicação como um fator fundamental para a relação profissional/cliente. Além disso, há a necessidade, para que essa relação aconteça, do reconhecimento do outro como ator da situação ética e do processo decisório, pois é ele que nos chama para as questões éticas.

Batista (2001), em estudo realizado com enfermeiros de um hospital universitário, constatou que, para esses profissionais, a ética no cuidar em enfermagem consiste no respeito à ética profissional, na percepção de que ela faz parte da própria existência, na assistência ao paciente em sua totalidade, o que significa demonstrar preocupação, levando em conta sentimentos, afetos e refletindo o modo-de-ser do profissional na sua relação com os outros e com o ambiente hospitalar.

Percebe-se nesse trabalho a valorização do outro como algo primordial para a prestação de um cuidado de acordo com a ética.

Kalakun, Viegas e Gerhardt (1995) apontaram que a tomada de decisão concernente ao cliente com câncer, é baseada no Código de Ética Profissional, na autonomia e na participação dele nas decisões referentes ao tratamento, ou seja, em não se agir de forma paternalista, visto que existe a preocupação em se levar em consideração a opinião do cliente e da família.

A responsabilidade dos profissionais de saúde é a de facilitar a tomada de decisão do paciente, mais do que tomar uma decisão por ele, pois só os pacientes sabem o fardo que estão dispostos a carregar, quais benefícios consideram importantes para o seu tratamento e quais são seus valores e preferências (Erlen,1998).

A informação adequada instrumentaliza o cliente a exercer sua autonomia no processo decisório.

Fortes (1996, p. 49) relata que:

Informar alguém apenas tecnicamente não é esclarecer, muitas vezes é desinformar. Cabe informação simples, aproximativa, inteligível e leal, ou seja, disposta dentro de padrões de entendimento acessíveis à compreensão psicológica, intelectual e cultural do usuário, não sendo necessário precisar especificações técnicas.

A comunicação deve existir como um fator importante para a condução da situação ética, entretanto, ainda existe a superioridade de alguns profissionais detentores da informação e do resultado final desse processo. Algo que demonstra um desrespeito à autonomia de outros membros da equipe e do cliente e uma postura paternalista, o que pode levar a decisões ineficazes e que não atendam à realidade.

Mesmo diante do sofrimento e da dor, os enfermeiros, dão a oportunidade para o paciente escolher o que quer fazer após serem feitos esclarecimentos. Entretanto, no que diz respeito à decisão final, o médico ainda tem a última palavra (Leners e Beardslee, 1997).

Diversos fatores têm contribuído para manter o cliente em uma relação de obediência e dependência dos profissionais de saúde. Dentre esses fatores podemos citar a falta de informação sobre seu próprio processo saúde-doença, as diferenças de saberes e de linguagem. E apesar de tal situação, não é feito nenhum esforço para modificar essa relação assimétrica (Soares e Lunardi, 2002).

A falta de recursos materiais e humanos e a dificuldade financeira das instituições privadas e públicas também influenciam o momento da tomada de decisão.

Bocchi e Fávero (1996) relataram em uma pesquisa com enfermeiros chefes de um hospital universitário, que a falta de recursos humanos e de materiais são elementos obstaculizadores aos processos decisórios. Concluíram no estudo que o gerenciamento da assistência de enfermagem não é afetado apenas por esses fatores, mas também pela relação que estes estabelecem entre si, associados à carência de um modelo gerencial fortalecido por conhecimento e habilidade nas dimensões técnica, administrativa e psico-social, dificultando a tomada de decisão.

Além dos aspectos citados, de acordo com Silva (2000, online):

Os princípios básicos que fundamentam as reflexões éticas, no processo de tomada de decisão da conduta terapêutica, se inter-relacionam de forma dinâmica, posto que nenhum é absoluto, devendo ser moderados entre si de forma que, isoladamente, nenhum tem o poder de fundamentar a melhor opção terapêutica

em uma dada situação. São eles: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

O princípio da autonomia está relacionado à capacidade da pessoa em tomar decisões que afetem a sua vida, a sua saúde, a sua integridade físico-psíquica e as suas relações sociais, sendo considerada uma pessoa autônoma aquela que tem liberdade de pensamento e está livre de coações para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas (Muñoz e Fortes, 1998).

O princípio da beneficência é fazer o bem, prevenir danos e tem como regra norteadora da prática dos profissionais de saúde o bem do paciente, seu bem-estar e seus interesses, de acordo com os critérios do que significa bem para as profissões. O princípio da não-maleficência é definido como a obrigação de não causar danos (Kipper e Clotet, 1998).

Porém, muitos confundem beneficência com paternalismo, que é a interferência na tomada de decisão de um indivíduo eticamente capacitado, através de uma ação justificada para atingir o bem-estar e as necessidades do indivíduo e não por interesses de terceiros (Fortes, 1998).

Por fim há o princípio da justiça que, segundo Silva (2000), refere-se ao direito de todos terem de forma equitativa a oportunidade de acesso aos cuidados de saúde de que necessitam.

Chrisham (1985) apud Marquis e Huston (1999) elaborou um modelo para a tomada de decisões éticas que incorpora o processo de enfermagem e os princípios da ética biomédica. Ele é útil no esclarecimento de problemas éticos que resultem de obrigações conflitantes. Seu modelo é representado pela sigla MORAL que significa:

M – (Massage) “massageie” o dilema. Colete dados sobre o problema ético e sobre quem deve ser envolvido na tomada de decisões.

O – (Outline) delineie soluções. Identifique alternativas e analise as causas e conseqüências de cada uma delas.

R – (Review) Revise critérios e solucione. Pese as opções em relação aos valores daqueles envolvidos na decisão. Isso pode ser feito através de uma grade ou ponderação.

A – (Affirm) Confirme posições e aja. Elabore uma estratégia de implementação.

L – (Look back) Rememore. Avalie a decisão tomada.

As decisões tomadas no cotidiano do enfermeiro podem ser baseadas em princípios éticos, contudo, não há como aplicar um único princípio em toda situação ou todos os princípios de uma única vez.

Além disso, elas podem ser orientadas avaliando-se ou não as conseqüências das ações, através de duas principais correntes éticas, não para solucionar o dilema ético, mas para auxiliar o enfermeiro a clarificar suas escolhas.

A primeira é a *Deontológica ou Não Consequencialista*, que segundo Fortes (1998) é a ética dos deveres, as ações tomadas estão eticamente ajustadas quando estiverem de acordo com uma regra. O ato ético independe das conseqüências para ser julgado bom ou mal, justo ou injusto. A boa vontade é agir por dever, o ato seria certo ou errado dependendo de sua natureza e não de suas conseqüências.

A segunda é a *Utilitarista ou Consequencialista*. Wyley (1997) aponta que o conceito central do utilitarismo é a crença de que a ética será mais bem aplicada quando o maior benefício para o maior número de pessoas for levado em consideração. Essa corrente preconiza que o indivíduo aja de forma a maximizar a felicidade e minimizar a dor para o maior número de pessoas envolvidas.

Diante disso, Fortes (1998 p. 34) utilizou o direito à informação para exemplificar as duas abordagens:

Os adeptos das teorias deontológicas consideram que todas as pessoas têm direito à informação, independentemente da utilidade social ou das consequências de sua revelação. Os utilitaristas, por sua vez, justificam o direito do paciente à informação nas atividades dos profissionais de saúde, devido à produção de uma maior confiança na relação profissional de saúde-paciente. Mas entendem que o princípio de não causar dano justifica que, em certas circunstâncias, a informação possa ser sonegada ao paciente, ou mesmo que a ele seja ocultada a verdade. Legitimam que o profissional de saúde maneje qualitativamente ou quantitativamente as informações a serem fornecidas, e esteja isento de revelá-las caso possam conduzir à deteriorização do estado físico ou psíquico do paciente, afetando a tomada de decisões.

Compreende-se, portanto, com o exemplo citado, que para os utilitaristas o ato de mentir será justificável dependendo da circunstância e do que a mentira ou a verdade possam acarretar ao indivíduo. Já para os deontologistas a verdade é um dever, devendo sempre ser dita.

Embora os fatores pessoais, a reflexão, a comunicação, as relações de poder, a valorização do outro e a cultura empresarial sejam considerados pelos enfermeiros, em diversas pesquisas, como pontos interferentes na tomada de decisão frente a um dilema ético, ainda busca-se a concretização de uma relação respeitosa e justa entre o profissional, a instituição e o cliente.

Portanto, devido à importância de se conhecer a percepção dos enfermeiros sobre dilemas éticos em CMDs, como ocorre a tomada de decisão diante desses dilemas e, ainda frente à escassez de literatura nessa área objetivou-se:

- ** Desvelar os dilemas éticos no cotidiano dos enfermeiros de instituições de medicina diagnóstica;
- ** Desvelar o que eles consideram na tomada de decisão frente aos dilemas éticos.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1 A escolha da trajetória metodológica

O interesse por este estudo surgiu das minhas indagações relativas à percepção que enfermeiros de Medicina Diagnóstica possuem sobre dilemas éticos e o que consideram para a tomada de decisão ética.

Para realizar a investigação, optei pela abordagem qualitativa e pela fenomenologia como vertente, na modalidade “estrutura do fenômeno situado”, segundo o referencial de Martins e Bicudo (1989).

Como o meu propósito não é criar um protocolo, nem tampouco elaborar normas, procedimentos, mas sim, desvelar um determinado fenômeno sem buscar causas, considereei a vertente fenomenológica mais adequada para revelar minhas inquietações.

2.2 A fenomenologia como vertente metodológica

Kurcgant (1992, p. 38) descreve que:

Etimologicamente a fenomenologia é o estudo ou a ciência do fenômeno, mas como tradição filosófica, o termo passou a ser aceito, definitivamente, a partir de 1807 com a *Fenomenologia do Espírito* de Hegel. Entretanto, a forma de pensamento denominada fenomenologia que iria perpetuar-se no século XX não foi a hegeliana, mas, sim a fenomenologia de Husserl, que se caracterizou pelo rigor em considerar o sentido do ser e do fenômeno como indissociáveis.

Para Garnica (1997), vários pensadores trataram do tema e fizeram interpretações sobre a fenomenologia. Dentre eles podemos citar Husserl, Heidegger, Ricoeur, Merleau-Pont e Gadamer. Cada um deles interrogou o

tema de uma forma diferente, fazendo assim com que o mesmo assumisse faces específicas e se transformasse.

Segundo Chauí (1997), Husserl aponta que a fenomenologia está encarregada de três tarefas principais: separar psicologia e filosofia, manter o privilégio do sujeito do conhecimento ou consciência reflexiva diante dos objetos e, por fim, ampliar e renovar o conceito de fenômeno.

Chauí (1997), ainda, ressalta que Husserl ampliou a noção de fenômeno de Kant e de Hegel. Contra Kant ele afirma que tudo o que existe é fenômeno, que esse é a presença real de coisas reais diante da consciência. Contra Hegel ele afirma que a consciência possui uma essência diferente das essências dos fenômenos, pois ela é doadora de sentido às coisas e estas são receptoras de sentido.

Para Husserl, a fenomenologia é uma volta às origens do ato de conhecer, é o puro mostrar-se das coisas à consciência. O retorno à coisa mesma refere-se à volta ao mundo anterior, àquilo que ainda não foi refletido, ou seja, o mundo vivido.

Heidegger e Merleau-Ponty criaram, apoiados nas idéias de Husserl, uma nova ontologia. Para eles, há uma relação de mútua dependência entre a consciência e o objeto, não sendo possível eliminar nenhum deles, pois se isso acontecer nada sobrar.

Peres (1995, p.13 - 4) diz que:

[...] a fenomenologia é o estudo das essências, compreendendo essência como sendo a própria existência. É uma volta ao mundo da experiência, ao mundo da vida, isto é, ao mundo no qual o Ser vive e que se constitui a base de toda operação de conhecimento e de toda determinação científica. Propõe-se a revelar este *Mundo-Vida*, onde o Ser se relaciona com o outro, onde se dá suas ações, seus engajamentos, suas decisões, enfim, onde se descortina sua história.

Segundo Martins e Bicudo (1989), a maneira de se conhecer uma experiência não pode ser a mesma pela qual se conhece em uma ciência exata. É necessário um método próprio, que focalize a experiência vivida e sua significação, não sendo possível explicá-la por uma relação de causa e efeito, reduzindo-a a leis, princípios ou conceitos, mas somente se pode descrevê-la na sua singularidade, tal como ela se apresenta na consciência do sujeito que a expressa através do discurso falado, escrito e gestual.

De acordo com esses autores, fenomenologia é uma atitude, uma postura, um modo de compreender o mundo. Ela não é uma ciência ou uma teoria, mas, sim, uma filosofia que busca a essência de uma experiência vivida através de um fenômeno. Este, por sua vez, pode ser definido como tudo aquilo que surge em nossa consciência através de uma interrogação.

Na trajetória fenomenológica, a questão central é a reflexão sobre o mundo vivido, é uma abordagem que visa a compreensão do ser humano, buscando o conteúdo de sua existência, uma reflexão sobre determinada experiência, pois para a fenomenologia não há consciência se não houver mundo e não há mundo sem consciência.

Assim, na pesquisa, os dados não são coletados como fatos. Não se busca uma relação de causalidade, mas significados atribuídos ao fenômeno estudado.

Dessa forma a fenomenologia possibilita desvelar o comportamento ético dos enfermeiros que vivenciam o cotidiano de uma unidade de um centro de medicina diagnóstica, no que tange à percepção dos dilemas éticos e às decisões a serem tomadas frente aos dilemas.

2.3 A análise fenomenológica

Para o exame das experiências vividas e dos significados a elas atribuídos, a fenomenologia como metodologia de pesquisa é caracterizada pela descrição, redução e compreensão (Martins e Bicudo, 1989).

O investigador inicia sua pesquisa não com um problema, mas com uma indagação, uma inquietação, pois na fenomenologia, segundo Martins, Boemer e Ferraz (1990), o pesquisador não tem um problema para pesquisar, e, sim, dúvidas sobre alguma coisa e quando há dúvidas, por isso interroga.

A **descrição fenomenológica**, primeira fase da trajetória, é resultado da interação do pesquisador com os sujeitos da pesquisa através dos discursos, obtidos pelos questionamentos realizados. São as experiências dos sujeitos mostradas através da fala, que irão clarificar ao pesquisador o que está oculto, possibilitando o desvelamento do fenômeno em sua essência. Ela dá indicativos de como o sujeito percebe o fenômeno.

A **redução fenomenológica**, segunda fase da trajetória, é um procedimento planejado, que se inicia após criteriosa leitura dos discursos, a fim de identificar e clarificar as considerações essenciais ao pesquisador. Seleciona, portanto, o que é considerado essencial para desocultar o fenômeno, o que emerge da consciência dos sujeitos. O encontro entre pesquisador e fenômeno segue uma trajetória onde o fenômeno é colocado em suspensão (*epoché*) e está diante dos olhos, para que seja visto de forma atenta.

Para Garnica (1997) no momento de *epoché*, o fenômeno é posto em suspensão, o pesquisador se despe de referenciais teóricos prévios, ficando apenas os pressupostos vivenciais, o pré-vivido, o pré-reflexivo, que ligam o pesquisador e o pesquisado.

É o olhar do pesquisador para o fenômeno, libertando-se de qualquer crença ou teoria, apenas um retornar à experiência vivida pelo pesquisado. O pesquisador busca conhecer e descobrir as vivências descritas pelos sujeitos, refletindo sobre o seu mundo vivido, atribuindo significados a partir do contexto inserido no cotidiano.

Situado o fenômeno e realizadas as descrições, a terceira e última fase dessa trajetória, é a **compreensão fenomenológica**. Nessa o pesquisador atribui expressões próprias aos discursos para representar aquilo que está buscando. É o que foi compreendido pelo pesquisador nos discursos dos sujeitos, contemplado pelas análises ideográficas e nomotéticas.

2.3.1 A Análise ideográfica e nomotética

A análise ideográfica refere-se à análise individual dos discursos, buscando os significados, a representação do fenômeno para cada sujeito participante da pesquisa.

“É assim chamada porque busca tornar visível a ideologia presente na descrição ingênua dos sujeitos, podendo para isso lançar mão de ideograma ou símbolos expressando idéias” (Garnica, 1997, p.115).

Já a análise nomotética é a análise do geral. É o que se pode desvelar com a pesquisa. É uma reflexão sobre o fenômeno. Nela as convergências e divergências dos discursos individuais são agrupadas para desvelar as idéias comuns do fenômeno interrogado.

2.4 A região de inquérito e o fenômeno situado

Nesse estudo, procurei situar o fenômeno e realizar o inquérito no contexto onde ele acontece.

É necessário primeiro compreender o lugar em que o fenômeno se manifesta e alcançar a verdade do ser, que não existe no vazio, necessita de um lugar para acontecer (Fernandes, 1999).

Desse modo, a região onde o fenômeno foi inquerido é constituída por enfermeiras responsáveis pelos serviços de enfermagem de unidades de CMDs.

Essas atuam em unidades de CMDs do município de São Paulo e Santo André. Em princípio, pensei em investigar enfermeiros do Grande ABC, mais precisamente das cidades de Santo André, São Caetano do Sul e São Bernardo do Campo, entretanto, pela ausência desse profissional na grande maioria das empresas contatadas, fez-se necessário expandir o estudo para o município de São Paulo.

Apenas uma instituição contatada na cidade de Santo André possui enfermeira responsável pelo serviço de enfermagem da unidade laboratorial,

as demais possuem como responsáveis médicos, biomédicos, técnicos de enfermagem e de patologia clínica.

Todos os CMDs envolvidos na pesquisa possuem diversas unidades de atendimento, com diferentes enfermeiras responsáveis pelo serviço de enfermagem dessas mesmas unidades. Vale salientar que apenas um dos CMDs participantes teve três unidades de atendimento inclusas no estudo. E apesar de se encontrarem alocadas em hospitais particulares do município de São Paulo, são independentes dos mesmos, apenas prestam serviços aos hospitais. Tal localização dentro dos hospitais não descaracterizou essas unidades das demais unidades envolvidas na pesquisa.

2.5 A obtenção das descrições

O número de sujeitos para a pesquisa, na vertente fenomenológica, deve ser estipulado pelo pesquisador, considerando que as unidades significativas na descrição tenham uma variação que o possibilite ver o que é essencial (Martins e Bicudo, 1989).

Assim, esse número não foi definido antes da realização das entrevistas, mas, sim, com a ocorrência de repetição nos discursos. Dessa forma, participaram do estudo nove enfermeiras, após ser constatado que seriam suficientes para responder as indagações existentes. As entrevistas foram realizadas nos meses de abril a julho de 2004.

O primeiro contato da pesquisadora com as enfermeiras responsáveis pelos serviços de enfermagem das unidades dos CMDs foi feito por telefone,

para agendamento de um encontro. Nesse contato, resumidamente, foram passadas as informações sobre o estudo e questionado o interesse em participar do mesmo.

Manifestado o interesse na participação, foi verificado com as enfermeiras o trâmite necessário na instituição onde trabalham para a realização das entrevistas e a necessidade do envio de uma carta de solicitação de autorização à instituição (Anexo II), sendo acatada a informação fornecida por todas as participantes que não haveria necessidade de envio.

Também foi esclarecido que o projeto já havia sido aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo I).

As entrevistas foram marcadas em horário, dia e local, de acordo com a conveniência das enfermeiras.

No encontro com elas foram esclarecidos, novamente, os objetivos do trabalho, solucionadas as dúvidas e quaisquer questionamentos porventura feitos, sendo garantida a voluntariedade de participação, o anonimato, retorno dos resultados às participantes e divulgação dos mesmos em eventos e publicações.

Após o consentimento delas para participar do estudo e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III), foram realizadas as entrevistas.

Cabe ressaltar que antecedendo as entrevistas, foram aplicados dois questionários de caracterização, relacionados às instituições (Anexo IV) e às enfermeiras (Anexo V).

Quanto às instituições não foi estabelecido qualquer critério para a inclusão das mesmas no estudo, sendo considerada apenas a condição de oferecerem serviços de Medicina Diagnóstica (análises clínicas ou imagem diagnóstica como ultrassonografia, mamografia, tomografia, ressonância magnética, endoscopia, colonoscopia, dentre outras especialidades). Não foi exigido que, além de análises clínicas, tivessem imagem diagnóstica, mas sim, que apenas oferecessem ao usuário algum tipo de análise diagnóstica.

O questionário de caracterização das instituições permitiu identificar que das nove unidades integrantes do estudo, apenas uma encontrava-se no município de Santo André, as oito demais no município de São Paulo. Dessas oito, três localizavam-se dentro de hospitais privados. Todas as unidades pertencem a instituições privadas e, dentre elas apenas uma atende também clientes do SUS.

Várias instituições possuem unidades no município de São Paulo e algumas até mesmo em outros estados como Rio de Janeiro e Paraná.

Quanto ao tipo de serviço oferecido ao usuário, as nove unidades dispõem de análises clínicas e cinco delas oferecem também imagem diagnóstica.

Com relação ao quadro de enfermagem, apenas três instituições possuem técnicos de enfermagem e esses em número reduzido. Os auxiliares de enfermagem compõem a maioria do quadro de funcionários.

Dessas, somente uma instituição possui atendente de enfermagem, entretanto esse não lida diretamente com o cliente, mas apenas realizava atividades de triagem como direcionar os clientes às salas de coleta.

Nas outras seis unidades, não foi possível obter com exatidão o quadro de enfermagem, pois apenas duas enfermeiras souberam especificá-lo e, mesmo assim, aproximadamente. O grande número de unidades que as instituições possuem e o pouco contato das enfermeiras com essas unidades, não permitiu que se identificasse com exatidão o quadro de enfermagem.

O questionário que objetivou caracterizar as enfermeiras que vivenciam o fenômeno constou de:

- tempo de formado;
- tempo de ocupação no cargo;
- tempo de atuação na área de Medicina Diagnóstica.

Foram convidadas enfermeiras que tivessem no mínimo um ano de formada, seis meses de experiência como responsáveis pelo serviço de enfermagem da unidade e um ano de atuação na área de Medicina Diagnóstica. Estes critérios foram utilizados por se acreditar que seriam esses os prazos necessários para um profissional poder identificar o contexto no qual está inserido e suas respectivas especificidades, enriquecendo dessa forma o estudo.

Dos participantes, 100% eram do sexo feminino, com idade variando entre 24 e 42 anos (predominando a faixa etária dos 25 anos), em média

com 3 anos de formada, de atuação em Medicina Diagnóstica e como responsáveis pelo serviço de enfermagem da unidade da sua empresa.

A entrevista foi realizada por mim, utilizando duas questões norteadoras: **“Em seu cotidiano, você identifica situações que envolvam dilemas éticos? Fale sobre sua vivência. “Frente a um dilema ético, o que você leva em consideração para a tomada de decisão?”**

Com o consentimento por escrito das enfermeiras, as entrevistas foram gravadas, visando garantir o máximo de fidedignidade dos discursos.

2.6 A análise das descrições

Para a análise dos discursos foi seguido o percurso metodológico de Martins e Bicudo (1989), seguindo as etapas propostas não de forma mecanizada, mas como um direcionamento para a compreensão do fenômeno investigado.

As etapas apresentadas a seguir foram realizadas com os nove discursos coletados.

A primeira delas é denominada **análise ideográfica**. Nesta fase os discursos foram enumerados de I a IX e lidos de forma criteriosa e completa. Após, os discursos foram divididos por unidades de significado (recorte julgado significativo pelo pesquisador), sendo essas sublinhadas e numeradas em seqüência numérica crescente com algarismo arábico e sobrescritos ao final das mesmas, para dessa forma possibilitar a análise individual de cada discurso.

Para o momento da “redução fenomenológica” foram extraídas dos discursos as unidades de significado com a mesma numeração, respeitando a linguagem dos sujeitos, colocando-as ao lado esquerdo de uma coluna, para serem reduzidas do lado direito e transformar as expressões das enfermeiras na linguagem da pesquisadora. Essas transformações ocorreram após intensa reflexão e análise, objetivando compreender o seu sentido.

Posteriormente, as unidades de significado interpretadas foram identificadas e agrupadas em um tema em comum. Desse agrupamento que tem como finalidade formar grupos de pensamentos semelhantes, surgiram sete temas denominados de: “(Não) reconhecimento da existência de dilemas éticos”, “Falta de autonomia profissional”, “(Des) valorização profissional”, “Fatores envolvidos na tomada de decisão”, “Humanização no relacionamento com a equipe e com o cliente”, “Postura ética” e “Valorização da dimensão técnica”.

Cabe ressaltar que o (não) reconhecimento e a (des) valorização, referem-se também ao reconhecimento e à valorização, respectivamente.

No quadro das convergências denominado de “tematização das unidades de significado”, na coluna da esquerda encontram-se as unidades de significado reduzidas fenomenologicamente e, na coluna da direita, encontram-se as interpretações dessas unidades, agrupadas de acordo com a semelhança dos temas, identificadas entre parênteses com numeração romana, quanto ao discurso a que pertencem, e com números arábicos quanto à unidade de significado do discurso.

A segunda etapa, realizada após a análise ideográfica é denominada de **análise nomotética**. Nessa fase, foram agrupadas as unidades de significados dos nove discursos, interpretadas de acordo com as suas categorias, dando-se um número seqüencial a todas elas e mantendo-se a numeração em algarismo romano, para se identificar o discurso ao qual pertence, e em algarismo arábico, para identificar a origem da unidade de significado do discurso correspondente.

As unidades de significado interpretadas demonstraram as idéias gerais dos discursos que, após atenciosa análise, proporcionaram a compreensão das convergências e divergências encontradas nas descrições.

O último passo realizado constituiu-se na **síntese**. Nesse momento esboçou-se de forma geral o desvelamento do fenômeno estudado.

3 CONSTRUINDO OS RESULTADOS

3.1 A Análise ideográfica

A seguir, encontra-se um discurso obtido em uma entrevista e sua respectiva análise ideográfica, objetivando exemplificar como se deu a construção dos resultados.

Após a análise ideográfica, foi realizada a análise geral denominada nomotética, para assim ser desvelado o fenômeno *Dilemas éticos: a percepção de enfermeiros de instituições de medicina diagnóstica*.

Discurso I

“Em seu cotidiano, você identifica situações que envolvam dilemas éticos? Fale sobre sua vivência.”

“Frente a um dilema ético, o que você leva em consideração para a tomada de decisão?”

Aqui na minha realidade tem principalmente pacientes oncológicos. A gente tem muita vivência com processos éticos assim, com dilemas éticos porque dentro dessa unidade também tem pesquisa clínica.¹

Eu participo de todas as reuniões de pesquisa clínica, tem todo um termo de consentimento, o paciente, para ser incluído nos protocolos. Então, começa desde aí os dilemas éticos, se ele vai se incluir no protocolo ou não, se aquele tipo de medicação vai influenciar ou não na patologia dele, na vida dele. Eu participo de toda reunião, a gente tem tudo acordado, o que pode ser feito e o que não pode.²

Dentro das outras especialidades que a gente atende aqui dentro do laboratório, a gente vê dilemas éticos. Por exemplo, eu tenho mães que vêm com os seus filhos colher, que existe um mau-trato e aí? Como eu vou me portar, enfermeira dessa unidade, frente a um mau-trato de uma mãe? Tanto é que a gente levantou isso aqui dentro porque eu vivi essa situação. A gente comunicou a equipe médica que cuidava dessa paciente, a equipe médica, sentou com essa mãe e encaminhou ela para o psicólogo. Ela chegava no box de coleta e na hora da punção ela virava para a filha e falava: “o dia que você jogar o seu saquinho, o potinho de açúcar no chão é a dor que você vai sentir.” Então, assim, tudo o que ela fazia de arte em casa, entre aspas, né? porque criança é sapeca, ela colocava dessa forma. Não adianta conversar com a mãe. Uma vez ela tentou quase me bater, então foi passado para a equipe médica e para a equipe multidisciplinar lá do ambulatório de pediatria, que encaminhou ela para o psicólogo.³

Não só isso acontece, como outras coisas. No Líquor, por exemplo, às vezes tem intratecal, muitas vezes, está agendado para aquele dia, aí a mãe: “Não, eu não gosto desse médico, eu não vou fazer intratecal no meu filho!” É a administração de quimioterápico através do líquido cefalorraquidiano. Então, por exemplo, eu sei que tem que ser a quimioterapia naquele dia, naquele momento, naquela situação. Uma LLA, uma leucemia, por exemplo, que tem fase de manutenção tem que ser naquele dia, porque um quimioterápico é todo programado. Então, como agir nesse tipo de caso, por exemplo? (risos). A gente sempre conversa com a equipe médica, envolve desde o neuro que colhe o líquido, conversa com a mãe, tenta.⁴ Então, assim, todo dia eu tenho um dilema ético.⁵(risos)

Tem outros casos também, que nossa..., que eu lembre agora... Então assim, qual a posição do enfermeiro frente a isso? Ele tem que olhar o lado da criança, o lado da mãe, se aquela decisão vai fazer mal ou não para a criança.⁶ É difícil trabalhar com dilema ético porque tem toda a parte de cultura da pessoa, o nível social, tem outros fatores que interferem⁷, é difícil. Então, por exemplo, você sabe que um medicamento é necessário e a mãe não quer fazer. Como trabalhar com essa parte? Como enfrentar essa

situação? Você sabe que é importante para a criança, mas a mãe não quer fazer. Será que a decisão da mãe tem que prevalecer? Será que a gente tem que impor porque a gente sabe do custo-benefício para aquele paciente?⁸ É isso. Sabe..., você tem que ver todo o processo, a decisão da mãe, o custo benefício dessa ação para o paciente, tem que também ver toda a parte médica envolvida. Trabalha aqui uma equipe multidisciplinar, você também tem que levar conhecimento, que discutir junto tudo isso, porque não é... A gente fala hoje tanto em humanização, então, a gente tem que trabalhar também “Oh, vamos ver, a mãe não quer isso, então vamos tentar resolver de uma outra forma, em que todos saiam beneficiados com a decisão que a gente toma.”⁹

Tem tanto coisa, eu não consigo lembrar na hora... Não consigo... Ah! por exemplo, administração de medicamento, às vezes, muitas provas funcionais, não são feitas pela nossa equipe, às vezes envolve médico e outros profissionais.

De repente, você observa que uma medicação foi feita em uma dosagem inadequada, falar ou não para o médico? De que forma falar isso já que foi ele quem prescreveu e que administrou tudo isso? Já aconteceu comigo da gente ter que chamar o colega, né? da equipe e ter que falar “olha...” e o paciente chegou a ter hipoglicemia, uma glicose de 20 mg/dL, né? uma hipoglicemia severa que você pode até perder o paciente, entrar em coma e dentro de um laboratório onde você muitas vezes, o que tem para reanimar um paciente? uma maletinha de primeiros socorros, não é sempre assim? Então, a gente conversou com o médico, a gente falou, ele foi estudar mais sobre, conhecer como era uma seringa de insulina porque pode acontecer, claro que pode acontecer com qualquer um. E a gente chamou... tanto é que quem observou isso, eu não estava em sala, foi o meu funcionário. Ele já viu na hora porque ele tem experiência de hospital. Viu, já correu, veio atrás de mim e falou: “Olha foi isso...” e a gente chamou o médico avisou e aí ele tomou as medidas. Porque assim... é uma pessoa que trabalha comigo todo dia e é super maleável. Então assim, ele aceitou. A gente discutiu o procedimento, reviu o procedimento, tanto é que quem

passou a orientação foi o nosso auxiliar de enfermagem que tem experiência e foi mostrar para ele quantas unidades eram para ser administradas. Assim..., a gente não teve nenhuma resistência porque é amigo de trabalho, agora não sei se de repente fosse um outro tipo de pessoa o que poderia ter acontecido. Não sei se teria aceitado.¹⁰

Lh, tem um monte de coisas... Você vê..., quando um médico dá um diagnóstico de câncer, por exemplo, de repente a família não opta, não vai investir, então você imagina esse médico, né? como ele deve ficar? Eu sei que se eu tratar dessa forma vai acontecer isso, isso e isso, é benéfico, posso prorrogar a vida em tantos meses, em tantos anos e a família não quer isso. Então, você imagina a situação? É que eu nunca peguei nenhum caso aqui, porque eu não trabalho diretamente com a parte de diagnóstico da doença, eu não estou em unidade de internação, nada, mas eu fico pensando, né? Então, como agir nesses casos, né? Você coloca o benefício e a família não quer. “Ah, porque o quimioterápico, o tratamento é muito invasivo”. “Ah, não! Vai perder o cabelo.” “Ah vai, não sei o quê, vou ter que amputar uma perna...” Imagino, que conduta tomar nesse tipo de dilema! Eu fico imaginando como deve ser difícil, por isso que tenho que fazer Psicooncologia.¹¹ (risos) Acho que é isso, está bom.

A partir do momento da **redução fenomenológica**, optei em utilizar o termo *biomédico* e *enfermeira* nas descrições, independente do gênero citado nas entrevistas, com o intuito de impossibilitar a identificação dos sujeitos participantes do estudo e das instituições da qual fazem parte. Do mesmo modo, a partir da redução fenomenológica, o termo *cliente* é também utilizado no lugar do termo paciente para se manter uma linguagem padronizada e única.

3.1.1 A redução fenomenológica

Unidades de significado

(1) Aqui na minha realidade tem principalmente pacientes oncológicos. A gente tem muita vivência (...) com dilemas éticos porque dentro dessa unidade também tem pesquisa clínica.

(2) (...) tem todo um termo de consentimento, o paciente, para ser incluído nos protocolos. (...) começa desde aí os dilemas éticos, se ele vai se incluir no protocolo ou não, se aquele tipo de medicação vai influenciar ou não na patologia dele, na vida dele. Eu participo de toda reunião, a gente tem tudo acordado, o que pode ser feito e o que não pode.

(3) Dentro das outras especialidades que a gente atende aqui dentro do laboratório, a gente vê dilemas éticos. Por exemplo, (...) mães que vêm com os seus filhos colher, que existe um mau-trato (...) Como eu vou me portar, enfermeira dessa unidade, frente a um mau-trato de uma mãe? (...) Não adianta conversar com a mãe. Uma vez ela tentou quase me bater, então foi passado para a equipe médica e para a equipe multidisciplinar lá do ambulatório de pediatria, que encaminhou ela para o psicólogo.

(4) No Líquor (...) às vezes tem intratecal, muitas vezes, está agendado para aquele dia, aí a mãe: "não, eu não gosto desse médico, eu não vou fazer intratecal no meu filho!" (...) Uma LLA, uma leucemia (...) que tem fase de manutenção tem que ser naquele dia, porque um quimioterápico é todo programado. (...) como agir nesse tipo de caso? (...) A gente sempre conversa com a equipe médica, envolve desde o neuro que colhe o líquido, conversa com a mãe, tenta.

(5) (...) todo dia eu tenho um dilema ético.

(6) (...) qual a posição do enfermeiro frente a isso? Ele tem que olhar o lado da criança, o lado da mãe, se aquela decisão vai fazer mal ou não para a criança.

Redução fenomenológica

(1) Há muita vivência com dilemas éticos na unidade em que a enfermeira trabalha porque além de serem assistidos clientes oncológicos também são realizadas pesquisas clínicas.

(2) Há um termo de consentimento e critérios pré-definidos para a inclusão do cliente com doença oncológica no protocolo de pesquisa e apesar disso, surgem dilemas referentes à inclusão ou não dele no protocolo e a influência da medicação em estudo na doença e vida dele.

(3) Há outros dilemas no laboratório além dos relativos a clientes oncológicos, como os maus-tratos de mães com os filhos. Surge a dúvida de como se portar frente a essas situações. A mãe se torna agressiva com a enfermeira, quando ela tenta conversar sobre o mau-trato ocorrido. Casos como esses são levados à equipe multidisciplinar do ambulatório de pediatria, que encaminha a mãe ao psicólogo.

(4) Existe a dúvida de como lidar com a mãe frente às exigências que ela faz nos dias de administração do quimioterápico, pois se essas são atendidas inviabilizam o tratamento. A equipe tenta conversar e esclarecer a mãe sobre a importância da administração do quimioterápico no dia correto, para que essa contribua com a realização do procedimento.

(5) Os dilemas éticos são diários.

(6) É um dilema não saber se deve-se considerar a criança ou a mãe no momento de uma tomada de decisão e se a decisão tomada será benéfica ou não para a criança.

- (7) É difícil trabalhar com dilema ético porque tem toda a parte de cultura da pessoa, o nível social, tem outros fatores que interferem (...)
- (7) Vários fatores interferem em um dilema ético, como os culturais e sociais.
- (8) (...) você sabe que um medicamento é necessário e a mãe não quer fazer. Como trabalhar com essa parte? Como enfrentar essa situação? Você sabe que é importante para a criança, mas a mãe não quer fazer. Será que a decisão da mãe tem que prevalecer? Será que a gente tem que impôr porque a gente sabe do custo benefício para aquele paciente?
- (8) É considerado um dilema ético impor ou não para a mãe da criança a realização do tratamento quimioterápico no dia estabelecido.
- (9) (...) você tem que ver todo o processo, a decisão da mãe, o custo-benefício dessa ação para o paciente. Tem que também ver toda a parte médica envolvida. Trabalha aqui uma equipe multidisciplinar, você também tem que levar conhecimento, que discutir junto tudo isso (...) A gente fala hoje tanto em humanização, então, a gente tem que trabalhar também “Oh, vamos ver, a mãe não quer isso, então vamos tentar resolver de uma outra forma, em que todos saiam beneficiados com a decisão que a gente toma.
- (9) Considera-se importante para tentar resolver uma situação dilemática ponderar a decisão da família, da equipe médica envolvida, da enfermeira, o custo-benefício para o cliente e agir de forma humanizada para que todos saiam beneficiados com a decisão tomada.
- (10) (...) você observa que uma medicação foi feita em uma dosagem inadequada, falar ou não para o médico? De que forma falar isso já que foi ele quem prescreveu e que administrou (...) Já aconteceu comigo (...) ter que chamar o colega, né? da equipe e ter que falar “olha...” e o paciente chegou a ter hipoglicemia, uma glicose de 20 mg/dL, né? uma hipoglicemia severa que você pode até perder o paciente, entrar em coma e dentro de um laboratório onde você (...) o que tem para reanimar um paciente? uma maletinha de primeiros socorros (...) a gente conversou com o médico (...) ele foi estudar mais sobre, conhecer como era uma seringa de insulina (...) a gente chamou o médico avisou e aí ele tomou as medidas (...) é uma pessoa que trabalha comigo todo dia e é super maleável. (...) ele aceitou. A gente discutiu o procedimento, reviu (...) quem passou a orientação foi o nosso auxiliar de enfermagem que tem experiência e foi mostrar para ele quantas unidades eram para ser administradas. (...) a gente não teve nenhuma resistência porque é amigo de trabalho, agora não sei se de repente fosse um outro tipo de pessoa o que poderia ter acontecido. Não sei se teria aceitado.
- (10) Surge o dilema de falar ou não para o médico quando é identificado que ele cometeu um erro grave que coloca em risco a vida do cliente. Também é considerado preocupante a falta de materiais e equipamentos para o atendimento em casos de emergência. Entretanto, quando o médico envolvido é maleável, a aceitação e resolução da situação é mais fácil, pois não há resistência dele em ouvir a equipe de enfermagem, assumir o erro cometido e tomar as decisões beneficiando o bem-estar do cliente. É observado que quando esse não é maleável ou próximo à equipe de enfermagem a aceitação é mais difícil.

(11) (...) quando um médico dá um diagnóstico de câncer (...) de repente a família não opta, não vai investir (...) você imagina esse médico, né? como ele deve ficar? Eu sei que se eu tratar dessa forma vai acontecer isso, isso e isso, é benéfico, posso prorrogar a vida em tantos meses, em tantos anos e a família não quer isso. Então você imagina a situação? (...) eu não trabalho diretamente com a parte de diagnóstico da doença, eu não estou em unidade de internação (...) mas eu fico pensando, né? (...) como agir nesses casos, né? Você coloca o benefício e a família não quer, “ah, porque o quimioterápico, o tratamento é muito invasivo”. “Ah não! vai perder o cabelo.” “Ah vai, não sei o quê, vou ter que amputar uma perna...” Imagino, que conduta tomar nesse tipo de dilema! Eu fico imaginando como deve ser difícil, por isso que tenho que fazer Psicooncologia.

(11) A enfermeira considera que para o médico deve ser difícil trabalhar com o diagnóstico e prognóstico de doenças, uma vez que a família pode optar pela não realização do tratamento que poderia ser benéfico para o cliente e questiona como se deveria agir nesses casos. Refere a necessidade de estudar Psicooncologia na possibilidade de resolver essas situações.

3.1.2 A tematização das unidades de significado

Tema

Interpretação

(Não) Reconhecimento da existência de dilemas éticos

(1) Há muita vivência com dilemas éticos na unidade em que a enfermeira trabalha porque além de serem assistidos clientes oncológicos também são realizadas pesquisas clínicas.

(2) Há um termo de consentimento e critérios pré-definidos para a inclusão do cliente com doença oncológica no protocolo de pesquisa e apesar disso, surgem dilemas referentes à inclusão ou não do paciente no protocolo e a influência da medicação em estudo na doença e na vida dele.

(3) Há outros dilemas no laboratório além dos relativos a pacientes oncológicos, como os maus-tratos de mães com os filhos. Surge a dúvida de como se portar frente a essas situações. A mãe se torna agressiva com a enfermeira, quando essa tenta conversar sobre o mau-trato ocorrido. Casos como esses são levados à equipe multidisciplinar do ambulatório de pediatria, que encaminha a mãe ao psicólogo.

(4) Existe a dúvida de como lidar com a mãe frente às exigências que ela faz nos dias de administração do quimioterápico, pois se essas são atendidas inviabilizam o tratamento. A equipe tenta conversar e esclarecer a mãe sobre a importância da administração do quimioterápico no dia correto, para que essa contribua com a realização do procedimento.

(5) Os dilemas éticos são diários.

(6) É um dilema não saber se deve-se considerar a criança ou a mãe no momento de uma tomada de decisão e se a decisão tomada será benéfica ou não para a criança.

(7) Vários fatores interferem em um dilema ético, como os culturais e sociais.

(8) É considerado um dilema ético impor ou

(Não) Reconhecimento da existência de dilemas éticos

A ocorrência de dilemas éticos é considerada diária e sofre influência de fatores culturais e sociais. A assistência a clientes oncológicos e a realização de pesquisas clínicas, faz surgir questionamentos referentes à inclusão ou não do cliente no protocolo e a repercussão da medicação em estudo na vida e na doença dele. Além desses dilemas, aparece a dúvida de como se portar frente a maus-tratos de mães para com os filhos e como atender as exigências de mães nos dias de administração do quimioterápico. Há também o dilema de como abordar um médico sobre um erro que ele cometeu, julga-se mais fácil lidar com essa situação nos casos em que o médico é mais maleável. A enfermeira relata a sua preocupação quanto à falta de materiais e equipamentos para os atendimentos de emergência. Considera também a dificuldade que o médico deve ter frente ao prognóstico e diagnóstico de doenças nos casos em que a família não concorda em realizar o tratamento que poderia ser benéfico ao cliente. Como proposta para resolver essas questões a enfermeira refere à necessidade que ela tem em estudar Psicooncologia. (I, 1,2,3,4,5,6,7,8,10,11)

não para a mãe da criança, a realização do tratamento quimioterápico no dia estabelecido.

(10) Surge o dilema de falar ou não para o médico quando é identificado que ele cometeu um erro grave que coloca em risco a vida do cliente. Também é considerado preocupante a falta de materiais e equipamentos para o atendimento em casos de emergência. Entretanto, quando o médico envolvido é maleável, a aceitação e resolução da situação é mais fácil, pois não há resistência dele em ouvir a equipe de enfermagem, assumir o erro cometido e tomar as decisões beneficiando o bem-estar do cliente. É observado que quando esse não é maleável ou próximo à equipe de enfermagem a aceitação é mais difícil.

(11) A enfermeira considera que para o médico deve ser difícil trabalhar com o diagnóstico e prognóstico de doenças, uma vez que a família pode optar pela não realização do tratamento que poderia ser benéfico para o paciente e questiona como se deveria agir nesses casos. Refere a necessidade de estudar Psicooncologia na possibilidade de resolver essas situações.

Fatores envolvidos na tomada de decisão

(9) Considera-se importante para tentar resolver uma situação dilemática ponderar a decisão da família, da equipe médica envolvida, da enfermeira, o custo-benefício para o cliente e agir de forma humanizada para que todos saiam beneficiados com a decisão tomada.

Fatores envolvidos na tomada de decisão

Para a tomada de decisão frente a um dilema envolvendo uma criança leva-se em consideração a decisão da família, da equipe médica envolvida, da enfermeira e o custo-benefício para o cliente. Agir de forma humanizada também é necessário para que todos sejam beneficiados com a decisão final tomada. (1,9)

3.2 A análise nomotética

Após a realização da análise ideográfica dos nove discursos, iniciou-se a análise nomotética, que se deu pelo agrupamento das unidades de significado interpretadas nos respectivos temas e análise das convergências e divergências dessas unidades, interpretadas por tema.

3.2.1 O agrupamento das unidades de significado interpretadas

Temas

(Não) Reconhecimento da existência de dilemas éticos

1) A ocorrência de dilemas éticos é considerada diária e sofre influência de fatores culturais e sociais. A assistência a clientes oncológicos e a realização de pesquisas clínicas faz surgir questionamentos referentes à inclusão ou não do cliente no protocolo e à repercussão da medicação em estudo na vida e na doença dele. Além desses dilemas, aparece a dúvida de como se portar frente a maus-tratos de mães para com os filhos e como atender as exigências de mães nos dias de administração do quimioterápico. Há também o dilema de como abordar um médico sobre o erro que ele cometeu. Julga-se mais fácil lidar com essa situação nos casos em que o profissional é mais maleável. A enfermeira preocupa-se com a falta de materiais e equipamentos para os atendimentos de emergência. Considera também a dificuldade que o médico deve ter frente ao prognóstico e

diagnóstico de doenças nos casos em que a família não concorda em realizar o tratamento que poderia ser benéfico ao cliente. Como proposta para resolver essas questões, a enfermeira refere a necessidade que ela tem em estudar Psicooncologia. (I 1,2,3,4,5,6,7,8,10,11)

2) Os dilemas éticos definidos pela enfermeira seriam coletar exames de um menor que necessitasse de autorização e se negasse a realizar um exame, ter que intervir quando um cliente não quer realizar um exame ou não concorda com algum preparo, ter que solicitar assinatura em termo de responsabilidade e insistir para o cliente não fazer o exame devido ao preparo inadequado. Entretanto, esses dilemas não ocorrem pela equipe multiprofissional realizar um bom trabalho com o cliente. A enfermeira acredita que o tipo de serviço oferecido ao usuário, a rotatividade, a curta permanência dele na instituição e a proteção divina, favorecem a ausência de dilemas éticos. Além disso, a orientação correta do cliente para a coleta, o bom treinamento e orientação dos funcionários e o embasamento sobre ética que ela traz para a sua rotina podem prevenir o aparecimento de dilemas. (II, 1,2,3,4,5,6,7,8)

3) Não há dilemas éticos na unidade em que a enfermeira trabalha porque há a ISO e todos seguem o mesmo padrão ético de atendimento ao cliente. Existem situações com implicações éticas que ocorrem no serviço de recepção relacionadas à pedidos médicos errados e informações burocráticas incorretas dadas ao cliente. Na enfermagem há mais problemas com o exame de curva glicêmica. Na coleta não há problemas porque o

pessoal de enfermagem é treinado e tem ajuda da enfermeira diante das dificuldades. (III, 1,2,3,10)

4) A enfermeira não lembra de ter vivido dilemas éticos em seu trabalho, porque em Medicina Diagnóstica o tipo de serviço oferecido ao usuário é diferente do serviço de hospital. Há rotatividade e um curto tempo de permanência do cliente na instituição. Por estar voltada ao setor de análises clínicas, as situações que gerariam dilemas éticos nos setores específicos não são comunicadas à enfermeira e são resolvidas entre os chefes das áreas e diretoria médica. (IV, 1,6,7)

5) Existem dilemas éticos no laboratório porque se atende a muitos clientes com doenças crônicas. (V, 1)

6) Os dilemas éticos são diários, surgem novos a cada dia em virtude de situações novas sempre acontecerem. Existem dilemas éticos no contato com a equipe multiprofissional, principalmente com o biomédico, devido ao fato de que os profissionais não conhecem o seu papel, os direitos e os deveres de sua profissão e confundem com os de outros profissionais. A enfermeira também questiona suas atribuições profissionais, e sugere que uma disciplina direcionada a laboratório seja incluída na grade curricular da graduação em Enfermagem, com a finalidade de facilitar o cotidiano dos que atuam em laboratório. (VI, 1,2,5,6)

7) O contato com dilemas éticos é diário, o cliente traz esses dilemas e a enfermeira deve sempre passar à equipe a necessidade de se fazer o melhor por ele. (VIII, 1,3)

8) Os dilemas éticos existentes estão relacionados à responsabilidade da enfermeira em administrar vários setores sozinha. (IX, 1)

Falta de autonomia profissional

9) A enfermeira não tem autonomia para tomar uma decisão sozinha, quem decide as situações com o cliente é o biomédico. Ela acredita que trabalharia com mais liberdade se o biomédico não permanecesse no atendimento ao cliente, e sim ficasse emitindo laudos, analisando exames, portanto, se mantesse fora do atendimento ao cliente. Com a possível venda do laboratório, a enfermeira acha que terá maior autonomia. (III, 4,13,14)

10) O médico do hospital acredita que a enfermeira não tem autonomia para passar um resultado de forma verbal ou orientar um cliente para um exame. Já a enfermeira considera que tem autonomia para realizar tais procedimentos. No laboratório, o biomédico tem mais autonomia para desempenhar o seu papel que a enfermeira. Diante disso, torna-se necessário a ela o conhecimento sobre o seu papel para agir com segurança, habilidade, lidar com diversas situações e atuar com conhecimento e embasamento científico. (VI,3,4, 8,12)

(Des) Valorização profissional

11) O biomédico quer tomar certas decisões, mas não sabe como fazer e não tem o conhecimento que a enfermagem possui para solucionar

determinadas situações. Ele não toma decisões efetivas em uma emergência, apenas delega procedimentos à área de enfermagem e conversa com o cliente. Também não confia na conduta da enfermeira em interromper o exame a que o cliente é submetido, em virtude do mesmo passar mal e confirma a decisão dela na central médica por achar que enfermeira não sabe quase nada. A enfermeira ainda está conquistando seu espaço para trabalhar em laboratório. É difícil essa conquista para quem está começando a atuar nessa área, pois toda enfermeira é preparada para trabalhar em hospital. Tanto que as que possuem mais experiência profissional preferem trabalhar nesse local, por terem suas decisões mais valorizadas e não precisarem conviver com o biomédico. Além disso, a enfermeira considera que ter experiência anterior em laboratório pode facilitar o convívio e o lidar com as interferências do biomédico na atuação dela. No laboratório que trabalhou anteriormente só passou a ser valorizada quando perceberam a importância do seu papel no desempenhar das atividades e resolução de problemas de enfermagem. (III, 5, 8,11,12,15,16,17,18,19)

12) A enfermeira assume a discussão dos resultados dos exames com a equipe médica do hospital, quando os responsáveis pelo laboratório (médico e biomédico) não estão. Entretanto, nem sempre o médico das unidades de internação confia e acredita no conhecimento da enfermeira para discutir um caso. Muitas vezes, acha que a enfermeira não sabe fazer isso, o que gera atrito e solicita que os responsáveis pelo laboratório discutam o caso com ele. (VI, 7,11)

13) Em laboratório, os médicos valorizam o trabalho da enfermeira, que tem autonomia e responsabilidade sobre o que faz, dando certo ou não o resultado de suas escolhas. Por acreditarem no seu desempenho e competência profissional, delegam a ela várias atribuições. Esses motivos fazem a enfermeira não querer voltar a trabalhar em hospital. (IX, 2,3,5)

Fatores envolvidos na tomada de decisão

14) Para a tomada de decisão frente um dilema ético pondera-se a decisão da família, da equipe médica envolvida, da enfermeira e o custo-benefício para o cliente. Agir de forma humanizada também é necessário para que todos saiam beneficiados com a decisão tomada. (I, 9)

15) A enfermeira avalia o cliente com hipoglicemia e comunica o biomédico, que faz questionamentos inadequados frente à situação. Diante disso, ela assume o caso tomando a iniciativa de interromper o exame a que o cliente está se submetendo. Em uma emergência, ela também precisa comunicar o biomédico. Caso ele não concorde com a conduta escolhida por ela, ela assiste o cliente e somente depois discute com ele os motivos de sua tomada de decisão. (III, 6,7,9)

16) Em casos graves, a enfermeira, por não sentir segurança para assumir uma decisão sozinha e também por respeitar a hierarquia, busca respaldo do médico responsável pelo laboratório para comunicar o resultado ao médico do cliente, mesmo nos casos em que ela tem conhecimento sobre a decisão que irá tomar. (VI,9,10)

17) As empresas possuem normas e padrões definidos e ao saber que algo estabelecido pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) não está sendo cumprido, a enfermeira preocupa-se. Porém, não toma uma atitude para tentar resolver um problema dessa origem (auxiliares colherem um exame em que não estão habilitados legalmente e serem autorizados pela diretoria do hospital para isso), quando não há recursos em sua rotina. A busca pela solução dessa questão partiu da enfermeira responsável pelas unidades do hospital e por ela ter solucionado a questão e cumprido a norma do COREN, a enfermeira ficou com a consciência mais tranqüila. (VII, 1)

18) Mesmo considerando as normas e as condutas da instituição, no momento da tomada de decisão a enfermeira é imparcial e humana, para não cometer injustiças ou fazer um tratamento desumanizado com sua equipe em benefício do cliente, uma vez que esse é o foco da empresa. Além disso, é importante ver o que é certo ou errado em uma situação para tomar uma posição correta. (IX,6)

Humanização no relacionamento com a equipe e com o cliente

19) A enfermeira precisa ter habilidade para conversar com um funcionário diante de um erro cometido para evitar conflitos, convencê-lo a seguir o padrão da instituição e fazer o correto para beneficiar o cliente. (III,20)

20) Em empresas particulares o cliente sempre tem razão e diante dessa filosofia, a enfermeira precisa ser imparcial para não cometer injustiças com a sua equipe. Deve saber lidar, falar e auxiliar os clientes, no momento em

que estão alterados devido a problemas com o convênio e com a recepção. Tenta fazer o melhor, deixando os clientes desabafar e pondera a situação. Com essa atitude muitos clientes se desculparam pelo que fizeram ou disseram ao profissional que os atendeu. Saber falar com um cliente envolve ética e o mesmo deve ser feito com os funcionários, porque estes também ficam inibidos, alterados e chocados diante de clientes nervosos. (V, 2, 3,4)

21) Saber lidar e falar de forma adequada com um funcionário ou com um cliente, principalmente quando ele tem dificuldade devido problemas burocráticos para realizar um exame, envolve um princípio ético. (IX,4)

Postura ética

22) Há dúvida se mentir para um cliente sobre a coleta de um exame quando um erro é ocasionado pelo laboratório é um dilema ético. Em casos como esse, justifica-se o ocorrido com uma mentira, para se evitar a descrença do cliente quanto à idoneidade da instituição. Tomar essa decisão não incomoda a enfermeira, pois ela concorda com essa norma estabelecida pela empresa. Prefere manter o cliente com uma mentira, do que dizer a verdade e talvez perdê-lo ao concorrente. Como rotina, mesmo que as consequências sejam desagradáveis para o laboratório, usa-se falar a verdade apenas nos casos graves e que desencadeariam coletas mais complexas: como no caso de se ter de refazer uma biópsia em uma endoscopia, ou quando um erro não é ocasionado pelo laboratório (formação de coágulos no tubo de coleta, por problemas do cliente) ou quando um fato pode interferir diretamente no diagnóstico e na saúde do cliente. (IV, 2,3,4,5)

Valorização da dimensão técnica

23) A destreza do funcionário na realização do técnico é uma questão que aflige a enfermeira e quando ela observa que ocorreu um erro, treina e acompanha diretamente o profissional envolvido, com o objetivo de corrigi-lo e de prevenir erros futuros. (VII,2,3)

24) A enfermeira acredita que é necessário confiança mútua para prevenir erros e a desconfiança do cliente quanto à competência do profissional. É também preciso muita atenção na realização dos procedimentos para não haver erros ou troca de materiais e a necessidade de constante orientação à equipe para realizar sempre de forma correta os procedimentos. Tais cuidados são importantes principalmente com o funcionário que cometeu um erro. (VIII, 2,4,5)

3.2.2 A análise das convergências e divergências

(Não) Reconhecimento da existência de dilemas éticos

O tema “(Não) Reconhecimento da existência de dilemas éticos” desvela que **os dilemas éticos em Medicina Diagnóstica são diários¹**, que **sofrem influência de fatores culturais e sociais²** e estão **relacionados com o cliente, a sua patologia, a realização de pesquisas clínicas, em presenciar maus-tratos de mães para com os filhos durante a coleta de um exame, a situação de conviver com outros profissionais e em ter a responsabilidade de administrar vários setores sozinha³**. Essas considerações são apresentadas nas unidades 1,5,6,7,8, como mostram os discursos abaixo:

(...) A gente tem muita vivência (...) com dilemas éticos porque dentro dessa unidade também tem pesquisa clínica. (I,1)

Por exemplo, (...) mães que vêm com os seus filhos colher, que existe um mau-trato (...) (I,3)

(...) todo dia eu tenho um dilema ético. (I, 5)

É difícil trabalhar com dilema ético porque tem toda a parte de cultura da pessoa, o nível social, tem outros fatores que interferem (...) (I, 7)

(...) aqui no laboratório a gente tem muito dilema ético porque (...) a gente lida com muito paciente (...) Já vem com uma sobrecarga, com alguma doença convivida com ele. (V,1)

(...)Existe, com certeza existe, tanto no contato com a equipe do hospital, frente a equipe médica, equipe de auxiliares de enfermagem, de enfermeiros e mesmo dentro do laboratório porque a gente tem um contato grande com biomédicos, biólogos. (...) (VI,1)

(...) cada dia que passa entra uma coisa nova que faz surgir mais dilemas (...) (VI,5)

(...) acho que existe todos os dias um dilema. (VI,6)

(...) no dia a dia a gente lida toda hora, né? O próprio paciente nos traz esses dilemas (...) (VIII,1)

(...) tem bastante em relação a nossa responsabilidade aqui dentro porque tem só uma enfermeira para cuidar de vários setores (...) (IX,1)

Além disso, na unidade 1, também é desvelado que **a ocorrência de falhas por parte de outro profissional é mais fácil de ser abordada quando ele é maleável**⁴. O profissional aceita os seus erros, tenta corrigí-los de forma mais fácil quando é acessível e a equipe de enfermagem possui mais liberdade para discutir com ele o fato ocorrido, como relata a seguinte fala:

(...) você observa que uma medicação foi feita em uma dosagem inadequada, falar ou não para o médico? De que forma falar isso, já que foi ele quem prescreveu e que administrou (...) a gente chamou o médico avisou e aí ele tomou as medidas (...) é uma pessoa que trabalha comigo todo dia e é super maleável.(...) (I,10)

Essa unidade revela, ainda, que **é preciso se capacitar para o enfrentamento dos dilemas do cotidiano em Oncologia**⁵. Ter embasamento teórico sobre Psicooncologia pode ser um facilitador para o profissional que atua diretamente em Oncologia a lidar com os dilemas relativos a essa área, como também a repercussão da medicação em uso na vida e doença do cliente, a dificuldade de decidir sobre a inclusão ou não do cliente nos protocolos de pesquisa e em como atender as exigências das mães nos dias de administração dos quimioterápicos. Ainda é revelado que **deve ser difícil para o médico lidar com o prognóstico e diagnóstico de doenças, uma vez que a família pode optar pela não realização do tratamento que poderia ser benéfico ao cliente**⁶, como é explicitado a seguir:

No líquido (...) às vezes tem intratecal, muitas vezes está agendado para aquele dia, aí a mãe: "Não, eu não gosto desse médico, eu não vou fazer intratecal no meu filho!" (...) Uma LLA, uma leucemia (...) que tem fase de manutenção tem que ser naquele dia, porque um quimioterápico é todo programado. (...) (I,4)

(...) quando um médico dá um diagnóstico de câncer (...) de repente a família não opta, não vai investir (...) você imagina esse médico, né? como ele deve ficar?(...) (I,11)

(...) Você coloca o benefício e a família não quer (...) Imagino, que conduta tomar nesse tipo de dilema! Eu fico imaginando como deve ser difícil, por isso que tenho que fazer Psicooncologia. (I,11)

As unidades 2 e 4 apontam divergências em relação às demais unidades desse tema, por revelarem que **não há dilemas éticos em Medicina Diagnóstica**⁷. O fato de não ter enfrentado situações como: ter que coletar exames de um menor sem autorização, que se negue a realizá-los, ter que intervir para que um cliente realize um exame, embora não concorde com o preparo, ou ainda, ter que solicitar a assinatura em termo de responsabilidade ou insistir para que o cliente não faça o exame caso esteja com o preparo inadequado, faz com que a enfermeira tenha a sensação de não existir dilemas éticos em Medicina Diagnóstica. Essas unidades desvelam, ainda, que **a ausência de dilemas éticos decorre do tipo de serviço oferecido ao usuário, a grande rotatividade dos clientes, ao curto tempo de permanência deles na instituição, ao bom trabalho desempenhado pela equipe e à proteção divina**⁸, como revelam as seguintes falas:

Normalmente não. (...) eu não encontrei, não tive nenhum dilema ético, nenhum mesmo. (II,1)

(...) um dilema ético seria uma pessoa de menor que a gente tivesse que coletar algum exame (...) que tivesse que ter autorização, que tivesse negado ou que implica (...) em ética. Eu não enfrentei nenhum problema. Já enfrentei (...) problemas normais de enfermagem (...) mas nada ético (...) (II,2)

(...) na minha carreira não enfrentei nenhum problema ético ainda. Nenhum mesmo, graças a Deus. De ter que assinar termo de responsabilidade, de ter que insistir com o paciente porque ele está fora do preparo e quer fazer o exame. Não tive nenhum tipo de problema aqui ainda. (II,4)

(...) eu acredito que seja isso (...) a enfermagem mesmo em si, dentro do laboratório, da Medicina Diagnóstica, talvez realmente não dá mesmo, não tem como estar acontecendo esses problemas éticos, talvez por ser mesmo mais Medicina Diagnóstica (...) E também, talvez, pela rotatividade do paciente chegar, só fazer o exame e ir embora e vêm sempre muito bem preparado, né? (II,5)

(...) Enfim, isso é um fato, o paciente passar mais rapidamente aqui e pelo tipo de serviço também. (IV,6).

Também é desvelado na unidade 4 que **o não aparecimento de dilemas éticos se dá pela diferença existente entre o trabalho em ambiente hospitalar e em laboratório⁹**. Essas diferenças são apontadas pelos profissionais e servem de justificativas para o não aparecimento dos dilemas éticos, embora haja a hipótese da ocorrência de situações dilemáticas em setores específicos do laboratório. Todavia, se ocorrem, não chegam ao conhecimento dos demais, por serem resolvidas diretamente pelos chefes das áreas e da diretoria médica da instituição, como demonstram as seguintes falas:

Não vejo dilemas éticos (...) em Medicina Diagnóstica pelo próprio serviço prestado em si... É diferente você estar dentro de um hospital, você está tratando do paciente 24 hs por dia. Ele está internado sob sua responsabilidade, enfim. Isso é um fato, o paciente passar mais rapidamente aqui e pelo tipo de serviço também. (IV,6)

(...) se acontecer alguma coisa, muitas vezes eu não fico sabendo, porque o chefe da equipe vai tratar direto com a diretoria médica, eu tenho mais contato mesmo com a parte de análises clínicas, de coleta envolvendo o profissional e o paciente. (IV,7)

A unidade 2 mostra, ainda, que **orientar corretamente o cliente para a coleta e ter embasamento sobre ética previnem o aparecimento de dilemas éticos¹⁰**. A orientação ao cliente realizada pela equipe

multiprofissional é considerada bem feita e é constatada quando ele se apresenta devidamente preparado para a realização dos exames, como revelam as seguintes falas:

(...) tem um pessoal trabalhando super treinado para conversar, para estar orientando. Um pessoal que faz o que gosta, que trabalha com vontade. (...) (II,5)

(...) uma equipe multiprofissional que trabalha bem e talvez eu possa relacionar essa ausência de problemas éticos até por isso mesmo, pelo paciente que já vem muito bem orientado. Pode ser, né? (...) (II,6)

Nós como enfermeiras procuramos atuando em Medicina Diagnóstica (...) trazer todo aquele conhecimento, aquele embasamento que você tem sobre ética para o seu dia a dia, para estar evitando que aconteça, né? essas coisas, né? que aconteça esses problemas, né? (II,7)

É também desvelado nas unidades 2 e 3 que **orientar e treinar adequadamente o funcionário previnem o aparecimento de dilemas éticos¹¹**, por proporcionar a realização correta dos procedimentos, evitando, assim, a ocorrência de erros e problemas éticos no setor de enfermagem, como desvelam as falas abaixo:

(...) Manter, evitar, falar com a funcionária, treinar antes, conversar antes, você não espera, né? às vezes acontecer, né? (...) (II,8)

(...) talvez, a gente trabalhando com a prevenção, né? a gente já evita, né? muitos problemas (...) (II,8)

(...) nós não temos tanto problema porque o pessoal é treinado e se a gente vê que tem alguma dificuldade, aí eu vou e ajudo. (III,10)

A unidade 3 revela, ainda, que **seguir o mesmo padrão de atendimento ao cliente impede o aparecimento de dilemas éticos¹²**. Ter ISO na instituição faz com que todos os funcionários realizem da mesma forma o atendimento e os procedimentos junto ao cliente, impedindo, dessa forma, o surgimento de dilemas. As poucas situações éticas que possam

surgir estão ligadas ao setor de recepção, em razão de problemas relativos à informações burocráticas incorretas ou pedidos médicos errados, como mostram as falas:

(...) em relação eticamente ao paciente, nós temos a ISO, né? então a gente tem que seguir sempre os padrões da ISO (...) (III, 1)

Aqui é difícil situação ética. Ocorre mais por parte da recepção (...) Muitas vezes, o paciente (...) é mal informado (...) eles chegam aqui e fazem um escândalo, né? porque tá com o pedido errado e querem ser atendidos (...) (III, 2)

Aqui não tem tanto problema no sentido ético, porque o pessoal, todo mundo segue o mesmo padrão. (III, 3)

A unidade 6 revela que **o desconhecimento sobre as atribuições, direitos e deveres profissionais desencadeiam dilemas éticos**¹³. Há o constante questionamento das enfermeiras sobre as atribuições e o papel de cada profissão, por divergirem no momento de atuação junto aos demais membros da equipe multiprofissional, principalmente com o biomédico.

É também desocultado nessa unidade que **ter uma disciplina sobre Medicina Diagnóstica na graduação em Enfermagem pode facilitar o cotidiano do profissional**¹⁴, o que converge com a proposição 5 desse mesmo tema, a qual mostra a necessidade de capacitação do enfermeiro para o enfrentamento dos dilemas em Oncologia. É considerado importante se ter noções, ainda na graduação, sobre o trabalho que o enfermeiro desenvolve em Medicina Diagnóstica, para não haver dúvidas quanto ao modo de atuar nesse setor durante a prática profissional, como ilustram as seguintes falas:

(...) Acho que existe sim. Às vezes, as pessoas não sabem onde começa ou termina e até onde você tem respaldo ou não. (VI, 1)

Eu acredito que as enfermeiras, na graduação em Enfermagem não tem nada relativo a laboratório. (...) No início você não sabe,

não consegue identificar a sua função. Você aprende no dia a dia. Com isso você entra em dilemas éticos (...) (VI,2)

Falta de autonomia profissional

O tema “Falta de autonomia profissional” desvela nas unidades 9 e 10 que **em laboratório a autonomia profissional difere de uma categoria profissional para outra¹⁵** e que **a enfermeira não tem autonomia para tomar uma decisão sozinha¹⁶**, quem decide tudo, e tem mais autonomia para desempenhar o seu papel, é o biomédico. Por essa razão é desvelado também na unidade 9 que **a enfermeira trabalharia com mais liberdade se o biomédico permanecesse analisando e emitindo laudos de exames.¹⁷** O biomédico, quando fora do atendimento ao cliente, tende a não interferir na atuação da enfermeira. A unidade 10 mostra, ainda, que **diante da maior autonomia do biomédico, a enfermeira deve conhecer o seu papel e agir com segurança¹⁸**, para assim conseguir lidar com as diversas situações, demonstrando seu conhecimento e embasamento científico, como demonstram as falas:

Tem outros laboratórios, que a enfermeira tem mais autonomia, né? Aqui a enfermeira não tem tanto, porque tudo os auxiliares se reportam a enfermeira, mas só que é assim, qualquer aval quem tem que tomar a decisão é o biomédico. O ruim disso aqui é o biomédico. (III,4)

(...) Existem laboratórios que o biomédico fica na área de análise, na parte de instruções, de laudo, de analisar laudo. Aqui não é assim, a última opinião é do biomédico. (III,13)

Nosso laboratório está quase sendo vendido (...) se isso acontecer o enfermeiro vai ter mais autonomia (...) porque os biomédicos tomam a frente de tudo. (...) (III,14)

A unidade 10 também revela que **a autonomia da enfermeira é desrespeitada por outro profissional, mesmo no desempenho de atividades corriqueiras e simples do cotidiano**¹⁹, como, por exemplo, passar um resultado de forma verbal e orientar um cliente para a coleta de um exame. O médico acha que ela não tem autonomia para isso e ela acha que tem. Desvela, ainda, que **o médico não reconhece a autonomia que a enfermeira considera ter**²⁰, como mostram a seguinte fala:

O médico acha que você não tem autonomia para estar passando um resultado verbal e você tem autonomia para isso, ou mesmo de estar interpretando e orientando um paciente frente a um exame e você tem autonomia para isso. (VI,3)

(Des) Valorização profissional

O tema “(Des) Valorização profissional” revela, na unidade 11, que **um profissional despreparado, mas com maior poder decisório, atrapalha a atuação do profissional preparado**²¹. Alguns profissionais (como o biomédico) atuam desrespeitando o trabalho e as funções da enfermeira, não reconhecem a competência e o conhecimento científico que ela possui e mostram não ter conhecimento suficiente para atuar efetivamente em situações de emergência. Mesmo assim atrapalham o desempenho dos demais nessas ocasiões, como é verificado através da seguinte fala:

(...) Por exemplo, se eu falo: “Não vamos continuar porque esse paciente não está no estado de continuar esse exame da curva glicêmica”, ela fala: “Não. Vamos forçar um pouquinho, vamos ver se ele consegue,” e eu falo: “Não, é melhor parar” e o paciente acaba passando mal, né? E muitas vezes eu encerro a curva e falo: “Olha, o paciente não está em condições de fazer a curva glicêmica” e ela fala: “Você tinha que ter pedido a minha opinião, entendeu?” Eticamente em relação a isso ela quer tomar a frente mesmo ela não sabendo e eu acho que para a gente agir a gente

tem que saber. (...) ela fica parada e pede para os auxiliares (...) verem a pressão (...) mas ela mesma, se mexer, ela não consegue. A única coisa que ela consegue fazer, é conversar com o paciente. (III,5)

Ainda é desvelado nessa unidade que **toda enfermeira é preparada para trabalhar em hospital²²**, que **ela ainda está conquistando seu espaço em laboratório²³** e que **é difícil para a enfermeira que está começando atuar em laboratório²⁴**, em virtude do desrespeito e da desvalorização da enfermagem por parte de alguns profissionais, como o biomédico, que não está acostumado a trabalhar com enfermeira e acha que ela não sabe quase nada. Portanto, **ter alguma experiência anterior em laboratório ajuda no convívio com o biomédico²⁵**, por isso ajudar a enfermeira a lidar melhor com as interferências dele.

Também é revelado que **a enfermeira que já possui experiência prefere trabalhar em hospital²⁶**, por ser um campo de atuação em que a enfermeira já tem domínio, segurança, sabe como desempenhar suas atividades e não precisa conviver com os biomédicos desvalorizando sua profissão, como seguem as falas:

(...) todo enfermeiro é preparado para trabalhar em hospital e por eu ter vivenciado nove anos em laboratório, a gente acaba conhecendo vários macetes, né? (III,11)

De todas as enfermeiras que passaram aqui poucas ficaram por causa dos biomédicos (...) eu sou a que mais tempo estou aqui porque eu já tenho conhecimento disso. (III,16)

O enfermeiro que já tem experiência prefere trabalhar em hospital, não em laboratório. (III,17)

O enfermeiro está começando, eu estou tentando criar o meu espaço. É difícil. É muito difícil mesmo. (III,18)

É mostrado, ainda, na unidade 11 que **para a enfermeira ser valorizada é importante que os outros reconheçam o seu papel²⁷**.

Quando nota-se que certas funções só cabem à enfermeira, o que impede que outros profissionais as desempenhem, passam a valorizá-la. **O biomédico não valoriza as decisões tomadas pela enfermeira**²⁸. As dúvidas do biomédico para com a atuação da enfermeira são sempre confirmadas com a central médica, como é verificado a seguir:

(...) ela ficou em dúvida entre cancelar e não cancelar, mas tomou uma atitude, ligou para a nossa central médica e lá eles autorizaram. (III,8)

(...) No outro que eu trabalhei tinha um sistema que eu achava errado e eu não tinha autonomia para mudar esse sistema lá dentro. Só depois que eu saí, para você ter uma idéia, eles me ligaram e pediram para voltar porque a coisa não andava. (III,19)

A unidade 12 desvela que na ausência dos responsáveis pelo laboratório (médico e biomédico), a enfermeira assume a discussão dos casos com os médicos das unidades de internação do hospital, mas ela não tem seu conhecimento valorizado, o que gera atrito. É revelado ainda, que **o médico do cliente só confia no conhecimento científico dos responsáveis pelo laboratório**²⁹. Entretanto, a enfermeira na ausência dos responsáveis discute determinados casos com o médico do cliente, como segue a fala abaixo:

(...) Muitas vezes, o biomédico não está, e quem acaba passando o resultado e ou discutindo com a equipe médica do hospital é a enfermeira e na verdade a equipe médica acaba achando que você não tem... e isso acaba em um atrito.(...) (VI,7)

A unidade 13 diverge das unidades 11 e 12. Nessa é mostrado que **a enfermeira sente-se reconhecida quando tem autonomia e responsabilidade sobre o que faz**³⁰, dando certo ou não suas escolhas, e que **ser valorizada é receber atribuições de outros profissionais**³¹, como

controlar os horários e o trabalho dos demais junto ao cliente, como demonstram as falas abaixo:

(...) É muito gostoso, o pessoal respeita o trabalho. Enfermeiro aqui tem vez, é bem respeitado (...) (IX,2)

(...) a gente tem muito vínculo com a biomédica, que é responsável pela unidade, e é ela que passa determinadas coisas para gente (...) (IX,3)

(...) Eles aqui respeitam o que a gente faz, a gente tem voz ativa para responder muita coisa (...) (IX,5)

Fatores envolvidos na tomada de decisão

O tema “Fatores envolvidos na tomada de decisão” revela através da unidade 14, que **frente a um dilema ético é necessário a participação de todos os envolvidos na situação para a tomada de decisão³²**. A decisão da família, da equipe médica envolvida e da enfermeira são fundamentais no processo decisório. Ainda é mostrado que **ponderar o custo-benefício para o cliente e agir de forma humanizada permite que todos saiam beneficiados com uma decisão³³**, como revela a fala a seguir:

(...) você tem que ver todo o processo, a decisão da mãe, o custo-benefício dessa ação para o paciente. Tem que também ver toda a parte médica envolvida. Trabalha aqui uma equipe multidisciplinar, você também tem que levar conhecimento, que discutir junto tudo isso (...) A gente fala hoje tanto em humanização, então, a gente tem que trabalhar também, “Oh, vamos ver, a mãe não quer isso, então vamos tentar resolver de uma outra forma, em que todos saiam beneficiados com a decisão que a gente toma. (I,9)

A unidade 15 desvela que **diante de uma emergência a enfermeira desconsidera o impedimento de sua atuação por parte de outro profissional e toma a decisão de acordo com o que acredita³⁴**. Quando há casos de emergência, a enfermeira não leva em consideração a tentativa

de bloqueio de sua decisão, colocando em prática seu conhecimento, priorizando o atendimento ao cliente e discutindo a posteriori a tomada de sua decisão com o biomédico, como mostram as falas abaixo:

(...) vi que o paciente não estava bem, fui, fiz o dextro do paciente. Ele estava com 49 de glicose. Aí ela falou (...) “Ah, vê se ele consegue continuar”, eu falei “Mas não dá e se ele...,né? se descer mais, ele pode até entrar em coma aqui, está muito baixo.” Eu falei para encerrar a curva. (III,6)

(...) Se eu visse que o paciente iria chocar aqui ou acontecer algo com ele, eu iria tomar a decisão, depois a gente ia ver o que iria fazer, sentar junto, conversar. (...) (III,9)

A unidade 16 revela que **em casos graves, o médico é procurado pela enfermeira para tomar uma decisão, por insegurança e necessidade de respeitar uma hierarquia**³⁵. A insegurança em assumir uma decisão e a necessidade de respeitar uma hierarquia diante de um caso grave faz a enfermeira procurar o médico responsável pelo laboratório para que ele dê seu respaldo e discuta o resultado de um exame com o médico do cliente, como revelam as seguintes falas:

(...) se for algo grave, alguma alteração que o médico queira discutir, a gente acaba entrando em contato com o médico do laboratório para soltar. Mesmo que ele te passe alguma orientação via telefone ou qualquer outro contato, você tem um respaldo médico. (...) Você tem que ter jogo de cintura para tomar a decisão certa no momento. (VI,9)

(...) tem que ter postura de saber respeitar a hierarquia (...) muitas vezes a gente sabe muito, mas você tem que respeitar e estar passando o caso para frente. Infelizmente, a gente, às vezes, não responde ou a gente não tem respaldo para responder. (VI,10)

A unidade 17 mostra que **a tomada de decisão para mudar uma rotina só acontece quando existem recursos no trabalho**³⁶. Por não tomar uma decisão, devido à falta de possibilidades e recursos em seu cotidiano, **a rotina impossibilita a enfermeira de realizar as atividades que lhe são legalmente atribuídas**³⁷. Por outro lado, **os profissionais de**

enfermagem não habilitados legalmente realizam procedimentos com autorização da diretoria³⁸. Cumprir os horários da rotina do hospital para as coletas de um determinado exame, como a gasometria arterial, torna-se inviável a enfermeira. Mesmo preocupada com esse fato e ciente de estar em desacordo com a legislação profissional, não impede que outros profissionais da equipe de enfermagem, não habilitados legalmente, realizem o procedimento, por não ter como realizá-lo em sua rotina e a diretoria dar seu aval para esses profissionais. A enfermeira esperou que a solução dessa situação viesse da enfermeira responsável pelas unidades do hospital, e com a adoção de medidas autorizadas pelo COREN, ficou com a consciência tranqüila, como é demonstrado através da fala a seguir:

(...) coleta de gasometria arterial, acho que eticamente, é a enfermeira que tem que colher, né? e os auxiliares colhem e tem o aval da diretoria. (...) é uma coisa que a gente não pode se envolver, mesmo se eu falar para você: “eu vou realizar todas as coletas”, eu tenho uma rotina às cinco da manhã que são todos os pacientes ... Só que agora a enfermeira responsável das unidades conseguiu autorização do COREN para que o técnico possa fazer a coleta de gaso, pelo menos eu já fico com a consciência mais tranqüila, né? (VII,1)

A unidade 18 revela que **para tomar uma decisão é necessário cumprir as normas e as condutas da empresa³⁹.** Também é **preciso ser imparcial e humana na tomada de decisão com a equipe de enfermagem e com o cliente⁴⁰.** Na tomada de decisão, mesmo considerando as normas e as condutas da empresa, as quais são baseadas no cliente como foco do atendimento, a imparcialidade e a justiça para com a equipe de enfermagem e o cliente são essenciais, além de **ver o que é certo e errado para tomar uma posição correta⁴¹,** como revela a fala a seguir:

Eu tento ouvir as duas partes e não me envolvo, tento ser neutra e tomo a decisão de acordo com as condutas e as normas da empresa porque a gente tem determinadas regras e a gente vai de acordo com... não deixando o lado humano para trás porque acontece muita coisa. Se a gente vê que tem uma reclamação, se o cliente reclama de uma posição do funcionário, está certo, o cliente é o principal, o foco está no cliente, mas a gente tem que ver o que é certo ou errado para tomar a posição correta, né? e não fazer injustiças. (IX,6)

Humanização no relacionamento com a equipe e com o cliente

O tema “Humanização no relacionamento com a equipe e com o cliente” revela que **é necessário habilidade para lidar de forma humanizada com a equipe de enfermagem diante de um erro**⁴². A habilidade em conversar com a equipe diante de um erro evita conflitos e possibilita convencer o funcionário a fazer o correto para não prejudicar o cliente. Essa consideração é evidenciada na unidade 19, como segue:

(...) acho também muito importante a gente está vendo que está errado. Não adianta a gente falar com grosseria, gritar. Acho que sempre tem uma forma de conversar com as pessoas, com os auxiliares. Se você não sabe como conversar, você cria conflitos. Isso tanto em hospital quanto em laboratório. Se você não consegue falar adequadamente e também na linguagem deles e tenta falar de uma forma diferente, você não consegue convencer. Você tem que arrumar artifícios para que eles possam seguir realmente o padrão ou da instituição ou algumas coisas que estiverem erradas estar consertando e eles vêm para que eles possam interpretar e ver o que é correto e acabar fazendo de uma forma que não prejudique o paciente acima de tudo. (III,20)

A unidade 20 desvela que **saber falar e ouvir um cliente ou um funcionário envolve ética**⁴³ e que **há ética em saber lidar com o cliente nos momentos em que ele encontra-se alterado em virtude de problemas burocráticos que dificultam a realização de um exame**⁴⁴. No momento, em que o cliente encontra dificuldade para realizar um exame, ele acaba transferindo sua raiva para o profissional que está lhe atendendo. O

profissional consegue reverter a situação acalmando o cliente e ponderando com ele o que lhe causou o nervosismo. A mesma atitude é necessária com o funcionário porque esse fica inibido, alterado e chocado diante de clientes nervosos, como evidenciam as falas abaixo:

(...) Não só com os pacientes, saber ponderar também com os funcionários, porque nesse caso, altera também os funcionários, deixando eles um pouco inibidos (...) (V,2)

(...) se o paciente tentar gritar com você, você tem que amenizar essa situação com ele, né? Falar, tentar explicar para ele, se ele quiser desabafar, deixa ele desabafar. (V, 3)

Há uma ética em nossa empresa, acho que em todo lugar particular, que o cliente sempre tem razão.(...) (V, 4)

(...) Às vezes você chega, senta, num sorriso, numa calma, alguma coisa assim, você acaba ponderando a situação e levando essas coisas mais adiante com ele. (...) (V, 4)

(...) a gente tem que saber exatamente como falar, como lidar com os funcionários, também envolve um princípio ético, ne? (IX,4)

Postura ética

O tema “Postura ética” desvela que **é preciso mentir ao cliente para garantir a idoneidade do laboratório diante de um erro cometido pela instituição**⁴⁵. Essa postura gera dúvida à enfermeira quanto a possibilidade de ser ou não um dilema ético. **Quando há uma norma estabelecida pela empresa, não é demonstrado incômodo em mentir**⁴⁶. Essa conduta ocorre nos casos de recoletas de exames ocasionadas por um erro de procedimento ou análise da amostra no laboratório. **Falta-se com a verdade para manter o cliente fiel à instituição e não perdê-lo para o concorrente**⁴⁷. Essa consideração é vista na unidade 22, como demonstrado abaixo:

(...) dependendo da situação, da ocorrência você não pode falar. (...) porque se não gera uma desconfiança grande nele depois. Ele nunca mais vai poder confiar nesse laboratório e ele sempre vai ficar com isso na cabeça (...) a gente faz, mas não que isso perturbe a gente, a gente não está (...) transgredindo nenhuma ética. (...) antes você falar isso para ele do que você realmente contar o que aconteceu. (IV, 2)

Além disso, a unidade 22 também revela que **só se deve contar a verdade ao cliente, sobre a necessidade de uma coleta de um exame, em casos graves**⁴⁸. Há casos complexos em que não se permite falar uma mentira, como, por exemplo, a repetição de uma biópsia de uma endoscopia. Não há como mentir sobre a existência do material necessário para a análise. Ou existe o fragmento em condições para a liberação do resultado, ou não; como é mostrado a seguir pelas falas:

(...) tem outros casos (...) que realmente a gente fala “Olha, a gente, está solicitando uma nova amostra para confirmação de resultados mesmo, porque tem pequenos coágulos no seu tubo, isso algumas vezes pode acontecer. (...) tem casos que a gente fala a verdade, outros não. (IV,3)

(...) quando acontece algum fato que vá interferir diretamente no resultado do paciente ou na saúde do paciente, a gente age dentro da ética mesmo, mesmo que isso traga consequências horríveis para a gente mais tarde, mas a gente vai até o fim com a verdade, isso a gente faz. (IV,4)

(...) digamos que extraviou a biópsia de um paciente na endoscopia (...) não tem como passar (...) por cima disso, fingir que nada aconteceu não (...) (IV, 5)

Valorização da dimensão técnica

O tema “Valorização da dimensão técnica” desvela nas unidades 23 e 24, que **a prevenção e a correção de um erro da equipe de enfermagem, considerado algo ético, se dá através de orientação, treinamento e acompanhamento do funcionário**⁴⁹. É motivo de preocupação a prevenção

e a correção dos erros cometidos pela equipe, sendo necessário o constante acompanhamento para não ocorrer troca de materiais ou de identificação dos clientes, seus respectivos exames e a realização de procedimentos de forma errada. Orientar, treinar e acompanhar um funcionário garante a prevenção de erros, como é constatado pelas seguintes falas:

(...) até você acompanhar cada um e ver a destreza e a habilidade, o que cada um sabe e o quanto sabe leva um tempo, né? (VII, 2)

O que eu faço é acompanhar a coleta, vê como está a habilidade. Se eu olhar e ver que ele não sabe, a gente tenta treinar, né? (...) (VII, 3)

Tem que estar conversando sempre com a equipe, principalmente com o auxiliar que fez o ato em si, de mostrar a importância do certo naquilo que está sendo feito (...) (VIII,5)

A unidade 24 revela que **a relação de confiança entre o cliente e o profissional é necessária para que não haja dúvida quanto à competência do profissional⁵⁰**. A confiança do cliente no profissional e a demonstração de segurança passada por ele durante a realização de um procedimento é fundamental para a prevenção de um descontentamento do cliente, principalmente no setor de pediatria, onde a exigência da família é maior para o sucesso do procedimento, como mostra o discurso a seguir:

(...) na pediatria (...) a mãe chega e fala (...) “será que sabem colher?” e se você erra a veia da criança, uma vez que seja, ela já acha que ... já fica em dúvida sobre o teu profissional. Eu acho isso um dilema e tanto! (...) Tanto a gente tem que passar confiança, como eles terem confiança no profissional que está atendendo, né? porque errar é humano (...) (VIII,4)

4 SÍNTESE

O fenômeno desvelado neste estudo é a vivência de enfermeiras de instituições de medicina diagnóstica quanto a dilemas éticos.

Através das proposições que emergiram, quanto ao (não) reconhecimento da existência de dilemas éticos, foi revelado que os dilemas são diários, sofrem influência de fatores culturais e sociais e estão relacionados com o cliente, a sua patologia, a realização de pesquisas clínicas, a situação de presenciar maus-tratos de mães para com os filhos, a situação de conviver com outros profissionais, assim como ter a responsabilidade de administrar vários setores sozinha.

Entretanto, ainda foi desvelado, que não há dilemas éticos em Medicina Diagnóstica pelo tipo de serviço oferecido, curto tempo de permanência do cliente na instituição, sua grande rotatividade, por proteção divina, pela diferença existente entre o trabalho do profissional em hospital e em laboratório, e que quando ocorrem situações dilemáticas, ocorrem em setores específicos da empresa, porém não chegam ao conhecimento das pessoas que não atuam nesses setores, por serem resolvidas diretamente entre os chefes das áreas e diretoria médica.

A inexistência dos dilemas também está relacionada com a orientação correta de um exame ao cliente, o embasamento sobre ética que o profissional possui, o adequado treinamento e orientação do funcionário por proporcionar a realização correta dos procedimentos evitando erros e problemas éticos no setor de enfermagem, bem como, o seguimento de um

mesmo padrão de atendimento ao cliente, obtido com a existência da ISO na empresa.

A ocorrência de falhas por parte de outro profissional é mais fácil de ser abordada quando ele é maleável. A Psicooncologia pode capacitar a enfermeira para o enfrentamento e a resolução dos dilemas em Oncologia. Além disso, deve ser difícil para o médico lidar com o diagnóstico e prognóstico de doenças, uma vez que a família pode optar pela não realização do tratamento, que é, muitas vezes, benéfico ao cliente.

O constante questionamento das enfermeiras sobre as atribuições, direitos e deveres profissionais de cada profissão, sugere a necessidade de uma disciplina na graduação em Enfermagem relativa à Medicina Diagnóstica, que esclareça as funções e as atividades desempenhadas em laboratório, impedindo a troca de papéis no momento da prática profissional.

Em relação à falta de autonomia profissional, foi desvelado que em laboratório a autonomia difere de uma categoria profissional para outra e que a enfermeira não tem autonomia para tomar uma decisão sozinha; com isso revelou-se que ela trabalharia melhor se o biomédico permanecesse analisando e emitindo laudos de exames, para não interferir em sua atuação. Frente à maior autonomia do biomédico, ela deve conhecer seu papel e agir com segurança, para assim, com conhecimento e embasamento científico, lidar com as diversas situações do cotidiano. A autonomia da enfermeira é desrespeitada mesmo no desempenho das atividades corriqueiras e simples do cotidiano, e o médico não reconhece a autonomia que ela considera ter.

Quanto à (des) valorização profissional, foi mostrado que um profissional despreparado, mas com maior poder decisório, atrapalha a atuação do profissional preparado, fato evidenciado nas situações de emergência. Além disso, toda enfermeira é preparada e prefere trabalhar em hospital quando já possui experiência, pois seu espaço em laboratório está sendo conquistado e é difícil para quem está começando atuar nessa área, decorrente da desvalorização vinda do biomédico. O convívio diário com o biomédico só é facilitado quando a enfermeira já trabalhou com esse profissional anteriormente e sabe como lidar com as interferências dele em sua atuação.

Para a enfermeira ser valorizada é importante que outros profissionais reconheçam o seu papel. Entretanto, em muitos casos, como nas discussões de casos e resultados de exames, o próprio médico do cliente só confia no conhecimento científico dos responsáveis pelo laboratório.

Todavia, a enfermeira se sente reconhecida quando tem autonomia e responsabilidade no que faz, mesmo que suas escolhas não dêem certo e para ela ser valorizada é receber delegações de outros profissionais para cumprir.

Referente aos fatores envolvidos na tomada de decisão, foi revelado que se deve considerar a participação de todos os envolvidos na situação: família, equipe médica e enfermeira, e ponderar o custo-benefício de uma ação para o cliente, como também agir de forma humanizada para que todos saiam beneficiados com a decisão tomada.

Outro fator relacionado a tomada de decisão se refere às crenças da enfermeira. Essas são colocadas em primeiro plano, principalmente quando se trata de uma situação de emergência. Porém, há casos em que a enfermeira, por insegurança e necessidade de respeitar uma hierarquia, procura o médico para ser o seu respaldo.

Quando há a necessidade de mudar uma rotina, a decisão só é tomada se existir recursos no trabalho, pois muitas vezes existe a impossibilidade da enfermeira realizar as atividades que lhe são legalmente atribuídas, o que leva a diretoria da instituição a autorizar a realização das mesmas atividades por profissionais de enfermagem não habilitados legalmente. Cumprir normas e condutas da empresa, ser imparcial e humana com a equipe de enfermagem e cliente e ver o que é certo e errado para que se possa tomar uma posição correta diante de uma determinada situação, também são fatores considerados na tomada de decisão.

Quanto à humanização no relacionamento com a equipe e com o cliente, foi desvelado que é necessário ter habilidade para lidar de forma humanizada com a equipe de enfermagem diante de um erro. Essa habilidade evita conflitos e possibilita convencer o funcionário a fazer o correto em benefício do cliente. Saber ouvir e falar com um funcionário ou cliente nos momentos em que eles encontram-se alterados, envolve ética.

Quanto à postura ética, foi mostrado que é preciso mentir ao cliente nas recoletas geradas por um erro do laboratório para garantir a idoneidade da instituição. A enfermeira tem dúvida se agir dessa forma seria um dilema ético, mas não sente incômodo em mentir, por ser uma norma estabelecida

pela empresa nesses casos. Só se fala a verdade em casos graves e re coletas complexas, como biópsias de endoscopias, onde a necessidade de uma nova amostra torna-se essencial para a liberação do resultado.

Em relação à valorização da dimensão técnica, foi revelado que a prevenção e a correção de um erro da equipe de enfermagem, considerado algo ético, se dá através de orientação e treinamento do funcionário. A relação de confiança entre o cliente e o profissional é fundamental para que não haja dúvida quanto à competência do profissional durante um atendimento, principalmente no setor de pediatria, onde é maior a preocupação e exigência da família.

Portanto, essa pesquisa permitiu compreender a vivência que enfermeiras de instituições de medicina diagnóstica possuem frente a dilemas éticos e quais fatores são considerados para a tomada de decisão, evidenciando que os dilemas éticos nem sempre são percebidos, que existe falta de autonomia e desvalorização profissional na atuação do enfermeiro, que é valorizada a dimensão técnica e à humanização no relacionamento com a equipe e com o cliente e que existem vários fatores envolvidos na tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

Albuquerque GL de. Decisões tomadas pelos enfermeiros: um levantamento bibliográfico. Cienc Saude 1993; 12(2):16-28.

Batista PSS. Ética no cuidar em enfermagem: discurso de enfermeiros assistenciais. [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2001.

Blancett S, Sullivan P. Ethics survey results. J Nurs Adm 1993; 23(3):9-13.

Bocchi SCM, Fávero N. O processo decisório do enfermeiro no gerenciamento da assistência de enfermagem em um hospital universitário. Texto Contexto Enferm 1996; 5(2):218-46.

Borawski DB. Resources used by nurse administrators in ethical decision-making. J Nurs Adm 1994; 24(3):17-22.

Chauí M, editora. Convite à filosofia. 8ª ed. São Paulo: Ática; 1997. A antologia contemporânea; p.235-46.

Coelho LCD. Percepção das enfermeiras acerca da responsabilidade ético-legal no exercício profissional. [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1993.

Coelho LCD. Fundamentação dos juízos morais na enfermagem. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.

Cohen D. Ética o que se fala no mundo corporativo e os verdadeiros dilemas, que pouca gente enxerga. Exame 2003; 37(10):34-43.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 160/2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN – SP). Documentos básicos de Enfermagem: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares. São Paulo; 2001. p. 105 –7.

Erlen JA. Treatment decision making. Who should decide? Orthop Nurs 1998; 17 (4):60-4.

Fernandes MFP. Conflitos éticos da enfermeira: uma abordagem heideggeriana. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Ferrell OC, Fraedrich J, Ferrell L. Ética empresarial: dilemas, tomadas de decisões e casos. 4ª ed. Rio de Janeiro: Reichamnn & Affonso; 2001. Modelo estrutural para compreender as tomadas de decisão na empresa; p. 91-107.

Fortes PAC. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. Bioética 1994; 2(2):129-35.

Fortes PAC. Ética, cidadania e busca da qualidade na administração dos serviços de saúde. Saúde Deb 1996; (49-50):48-52.

Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.

Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e Privacidade. In: Ferreira SI, Oselka G, Garrafa V. organizadores. Iniciação a bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 269-84.

Garnica AVM. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. Interface comum. Saúde Educ 1997; 1(1):109-22.

Jacomino D. Você é um profissional ético? Você S.A. 2000; 3(7):28-37.

Kalakun L, Viegas MAV, Gerhardt LM. A ética, o cliente com câncer e o enfermeiro. Texto Contexto Enferm 1995; 4(2):38-47.

Kipper DJ, Clotet J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: Ferreira SI, Oselka G, Garrafa V. organizadores. Iniciação a bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 37-51.

Kurcgant P. A liderança na administração do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática em hospital. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1992.

Leisinger KM, Schmitt K. Ética empresarial: responsabilidade global e gerenciamento moderno. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

Leners D, Beardslee NQ. Suffering and ethical caring: incompatible entities. Nurs Ethics 1997; 4 (5):361-9.

Leone C. A criança, o adolescente e a autonomia. Bioética 1998; 6(1):51-4.

Lunardi VL. Autonomia e liberdade como condição para o cuidado de si e do outro. Rev Enferm UERJ 2000; 8 (1):45-9.

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. Questões éticas; p.474-96.

Martin J, Boemer MG, Ferraz CA. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa algumas considerações. Rev Esc Enferm USP 1990; 24(1):139-47.

Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes;1989.

Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Ferreira SI, Oselka G, Garrafa V. organizadores. Iniciação a bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 53-70.

Oliveira de MLC, Guilhem D. O agir ético na prática profissional cotidiana das enfermeiras. Rev Bras Enferm 2001; 54(1):63-73.

Peres HHC. O fenômeno recrutamento e seleção de enfermeiros em hospitais: um enfoque fenomenológico. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1995.

Radvany J. Ressonância: prêmio Nobel magnetizado. Ser Médico 2004; 6(26):17-9.

Renner AF, Goldim JR, Prati FM. Dilemas éticos presentes na prática do fisioterapeuta. Rev Bras Fisioter 2002; 6(3):135-8.

Sadala MLA. A alteridade como critério. Rev Esc Enferm USP 1999; 33(4):355-7.

Sannazzaro CAC. Contribuição para o estudo dos custos unitários de análises bioquímicas quantitativas realizadas pelo processo manual e pelo processo automático no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em 1989. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1993.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. In: Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de Bioética. 7ª ed. São Paulo: Loyola; 2005. p. 455-8.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Cartilha dos direitos do paciente. São Paulo; 1995.

Sietsema M, Spradley B. Ethics and administrative decision making. J Nurs Adm 1987; 17(4):28-32.

Silva, LMG. Aspectos éticos e cuidados paliativos. RSBC [periódico online] 2000; 3(10). Disponível em: <
<http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/10Suplemento.asp?nrev=Nº10>> (20 nov.2000).

Silva, AM. Caracterização do trabalho da enfermagem em laboratório de análises clínicas. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

Smeltzer CS, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994. Problemas éticos na enfermagem médico-cirúrgica; p. 45-55.

Smith KV. Ethical decision-making by staff nurses. Nurs Ethics 1996; 3 (1):17-25.

Soares NV, Lunardi VL. Os direitos do cliente como uma questão ética. Rev Bras Enferm 2002; 55(1):64-9.

Trevizan MA. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. Rev Bras Enferm 1987; 40 (4):204-9.

Trevizan MA, Mendes IAC, Lourenço MR, Shinyashiki GT. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. Rev Lat Am Enferm 2002; 10(1):85-9.

Wiley C. O ABC da ética empresarial. Industrial Management 1997; 1(1):28-32.

Ximenes S. Minidicionário da língua portuguesa. 2ª ed. São Paulo: Ediouro, 2000. p. 322.

Zago MMF, Nogueiro MS. A decisão ética dos enfermeiros em Centro Cirúrgico. In: Anais da 3ª Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Estado de São Paulo; 1989 jul. 5-7; Ribeirão Preto. Ribeirão Preto; 1989. 350-62.

ANEXOS

ANEXO I

CARTA DE APROVAÇÃO DO ESTUDO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone: 3066-7548 - Fax: 280-8213

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 20 de janeiro de 2004

Ilm.^a Sr.^a

Viviane Barrère Martin Taffner

Ref. Processo nº 325/2003/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação de V.Sa., referente à análise do projeto de pesquisa “DILEMAS ÉTICOS: A PERCEPÇÃO DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO DE MEDICINA DIAGNÓSTICA PRIVADO”, por ter sido alterado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa desta Escola, informamos que as modificações apresentadas foram aprovadas por este Comitê, em sessão de 16/12/2003, inclusive alteração do título do projeto para “Dilemas éticos: a percepção de enfermeiros de Instituições de Medicina Diagnóstica”

Prof.ª Dr.ª Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO II

CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

À instituição: _____

Eu, Viviane Barrére Martin Taffner, aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo o projeto intitulado *Dilemas éticos: a percepção de enfermeiros de instituições de Medicina Diagnóstica*. Nesse sentido, gostaria de solicitar autorização para realizar uma entrevista com a enfermeira responsável pelo serviço de enfermagem de uma unidade dessa Instituição.

Este estudo tem como objetivos desvelar os dilemas éticos do cotidiano de enfermeiros de instituições de Medicina Diagnóstica e conhecer o que consideram para a tomada de decisão frente a esses dilemas. Informo que este projeto já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Asseguro que a identidade da instituição e do enfermeiro não serão reveladas e que será dado conhecimento dos resultados após a conclusão da pesquisa.

No aguardo de uma resposta, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos e, desde já, agradeço a atenção dispensada a esta solicitação.

Viviane Barrére Martin Taffner
(Pesquisadora)
vivitaffner@ig.com.br

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Viviane Barrére Martin Taffner, aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sou enfermeira de um Centro de Medicina Diagnóstica e gostaria de convidá-lo para participar do estudo *Dilemas éticos: a percepção de enfermeiros de instituições de medicina diagnóstica*, que tem como objetivos desvelar os dilemas éticos do cotidiano de enfermeiros de instituições de Medicina Diagnóstica e conhecer o que consideram para a tomada de decisão frente a esses dilemas.

A coleta de dados será realizada através de uma entrevista individual, que será gravada para manter a fidedignidade do conteúdo. Caso consinta sua participação, asseguro que sua identidade não será revelada e que as fitas serão guardadas em local seguro, as quais serão destruídas após o término da pesquisa.

Você é livre para participar ou não desse estudo, e a sua decisão não implicará em qualquer penalidade para você ou para a instituição.

Este termo de consentimento livre e esclarecido será feito em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra arquivada comigo.

Após a conclusão e finalização do trabalho, ele será divulgado através de publicações e apresentação em eventos. Caso você tenha alguma dúvida, estarei à disposição para esclarecimentos sobre o estudo, em meu e-mail: vivitaaffner@ig.com.br

Assinatura do(a) participante

Viviane Barrére Martin Taffner
(Pesquisadora)

ANEXO IV

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE MEDICINA DIAGNÓSTICA

≡ N° da entrevista:

≡ Município em que está localizada a instituição:

1) A instituição em que você trabalha é:

() pública

() privada

2) Qual o quadro de enfermagem da unidade em que você trabalha?

() enfermeiros

() técnicos de enfermagem

() auxiliares de enfermagem

() atendentes de enfermagem

3) A instituição possui outras unidades? Se sim, quantas?

4) Qual o quadro de pessoal de enfermagem das outras unidades da instituição? (Quando houver).

() enfermeiros

() técnicos de enfermagem

() auxiliares de enfermagem

() atendentes de enfermagem

ANEXO V

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

≡ Nº da entrevista:

≡ Sexo:

≡ Idade:

1. Quanto tempo você tem de formado?
2. Há quanto tempo você trabalha em Medicina Diagnóstica?
3. E nessa instituição?
4. Há quanto tempo você está como responsável pelo serviço de enfermagem desta instituição?