UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEBORAH ELAINE CARISTO SANTIAGO DE FARIAS

**CONFLITOS ÉTICOS NO GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM:
DA PERCEPÇÃO À TOMADA DE DECISÃO**

**SÃO PAULO
2015**

DEBORAH ELAINE CARISTO SANTIAGO DE FARIAS

**CONFLITOS ÉTICOS NO GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM:
DA PERCEPÇÃO À TOMADA DE DECISÃO.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

Orientadora: Profª Drª Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

Coorientadora: Profª Drª Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

**SÃO PAULO
2015**

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Farias, Deborah Elaine Caristo Santiago de

Conflitos éticos no gerenciamento em enfermagem: da percepção à tomada de decisão / Deborah Elaine Caristo Santiago de Farias. São Paulo, 2015.

222 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Ética – enfermagem. 2. Equipe de enfermagem.
3. Administração em enfermagem. 4. Tomada de decisão. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Deborah Elaine Caristo Santiago de Farias.

Título: Conflitos éticos no gerenciamento de enfermagem: da percepção à tomada de decisão.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutora em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA ESPECIAL

“Há pessoas que nos ensinam tanto e são tão importantes, que marcam nossas vidas, de um amor tão grande com tanta dedicação e entrega, que o tamanho nem consegue ser medido. São tão especiais que quando essa pessoa não está mais presente..., seus ensinamentos, seus valores, seu amor grandioso, ficam em nossos corações e fazem toda a diferença para continuarmos vivendo ”.

Por isso, esperei este dia especial,

Para te dedicar a conquista deste trabalho e agradecer todos os valores e ensinamentos que você deixou, como a coisa mais importante da minha vida e que me fazem ser

a pessoa que sou.

A minha MÃE , Neide (in memoriam)

“Na vida temos pessoas lutadoras e guerreiras e que abrigam corações gigantes”

Ao você pai, Leonardo

Também dedico esta conquista

Exemplo de garra, carinho, amor e presença constante, com palavras de estímulo e afeto.

Te amo.

DEDICATÓRIA

“Nossa vida é um “auê” você sem mim, eu sem você...
Para quem ama não existe jamais...”

A você Rui,

Sem você, seus mimos, sua presença e seu amor, nada teria sentido.
Te amo muito.

“Chegou assim sem ter ocasião, dizendo mesmo que vinha pra ficar...
cheia de razão, acho mesmo que vamos ter que aprender a Brunar....”

“Ela é Bárbara, vejam vocês que coisa mais linda que Deus fez...
segunda ser primeira outra vez...”

(Rui Santiago, músicas).

A vocês, Bárbara e Bruna,
razão do meu viver.

Quando Deus me deu vocês ganhei verdadeiros diamantes.
São jóias muito valiosas que duram para sempre. É assim também o meu amor por vocês.

Obrigada pela ajuda e participação comprometida na construção deste trabalho:
Bruna, você é uma assistente muito especial.
Bárbara, você deixou este trabalho mais belo.

AGRADECIMENTOS

Minha carinhosa gratidão,

À orientadora, professora Dr^a. Maria Cristina Komatsu Braga Massarolo, pela atenção, confiança, paciência, dedicação, competência e apoio carinhoso nos meus momentos difíceis e de angústia.

À coorientadora, professora Dr^a. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, pela paciência, dedicação, competência e ajuda nos ensinamentos, em que aprendi o que é a virtude da prudência.

Minha gratidão àqueles que não me deixaram só,

Agradeço primeiramente a Deus, pela força e saúde nesta trajetória.

A minha família, Rui, Bruna e Bárbara, pelo apoio e amor incondicional de vocês, pela preciosa ajuda na construção deste trabalho, pelas palavras de estímulo e força nas minhas dúvidas e dificuldades, pela enorme paciência e pela compreensão dos meus momentos de ausência.

Ao meu pai, pelo afeto e amor dedicado e por compreender meus breves afastamentos, na fase mais difícil de nossas vidas, mas que lutamos juntos sempre.

Ao “núcleo duro”, Neide, Iara, Eduardo, Maria Helena e Riedson pela alegria quando nos reunimos que recarregaram minhas energias, pela ajuda constante, incondicional nas dificuldades do dia a dia.

A minha amiga Sueli, pela grande “equipe” que formamos juntas, por acreditar em mim e pela ajuda que sei que sempre poderei contar e ao estagiário Wellington, pela presteza, atenção e alegria contagiante.

As minhas parceiras de disciplina Andréia, Maria Aparecida e Josiane pela grande amizade que construímos e pelo enorme auxílio nas minhas atividades.

A minha Coordenadora Rosiani, pela amizade, pelas palavras de estímulo nas conversas eletrônicas da madrugada e pela disposição sempre presente em me ajudar.

As professoras amigas Raquel, Hilda, Solange, Sandra, Priscila, Maria Otília, Ana Paula, Maria Ângela, Michele e ainda Marlene e Elizete (*in memoriam*) que me estimularam na realização desta escalaça.

A equipe de coordenação do grupo focal, pela atenção e pronta disponibilidade em me ajudar. Sem vocês esta empreitada não chegaria ao seu término.

A todos os enfermeiros participantes desta pesquisa, pela prontidão em compartilhar suas experiências, pelo compromisso e fidelidade dedicados e pela grande contribuição para a concretização deste estudo.

Aos mestres da EEUSP que contribuíram de forma significativa na ampliação dos meus conhecimentos.

Aos colaboradores da EEUSP pela cortesia e atenção nas minhas dúvidas e questionamentos.

*“Ouvir só por ter ouvido
não vai te levar a lugar nenhum
sorrir sem ter a alegria
de saber o seu real valor...
preste atenção no cenário
o relógio no espelho gira
ao contrário...”*

*(Rui Santiago)
(Música: Cenário da Sensibilidade)*

Farias DECS. Conflitos éticos no gerenciamento de enfermagem: da percepção à tomada de decisão. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: Os conflitos éticos na saúde, geralmente, ocorrem entre os atores envolvidos na ação assistencial. Essa ação, no entanto, é realizada em estruturas organizacionais, sofrendo implicações desse ambiente. Dependendo da organização do trabalho e das metas institucionais pode haver maior ou menor intensidade dessas interferências. Assim, não raro os enfermeiros atuantes no gerenciamento se deparam com situações que apresentam problemas éticos nessa área. **Objetivos:** Identificar conflitos éticos na percepção de enfermeiros com vivência no gerenciamento de Serviços de Enfermagem hospitalar e analisar como os enfermeiros com vivência no gerenciamento em enfermagem tomam decisões frente a conflitos éticos. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados do primeiro objetivo, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foram entrevistados 20 enfermeiros, com vivência profissional na área gerencial hospitalar, constituindo uma amostra intencional, através da técnica “bola de neve” (*snow ball*). As entrevistas gravadas foram realizadas através de uma pergunta norteadora: “*Conte-me a respeito de conflitos éticos que tenha vivido na sua atuação gerencial*”. A coleta de dados do segundo objetivo foi realizada através da técnica de grupo focal, sendo utilizado um caso fictício (caso-conflito), contendo uma situação gerencial hipotética para o debate sobre a decisão. No caso-conflito os dois valores éticos situaram-se nos “cursos de ação” extremos: prestar assistência de enfermagem segura e atender ordem institucional de redução de quadro de pessoal para viabilizar a sobrevivência financeira do hospital. Os discursos foram analisados segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin, balizados pelo referencial metodológico-conceitual do procedimento da Teoria de Deliberação Moral de Diego Gracia. **Resultados:** Emergiram inicialmente três categorias: igualdade na distribuição da carga de trabalho; autonomia profissional nas decisões gerenciais e justiça e prudência nas decisões gerenciais. Evidenciou-se que os conflitos éticos no gerenciamento em enfermagem decorreram da percepção dos valores confrontados, presentes no problema ético. Os conflitos éticos materializam-se na gestão de recursos em saúde, nas relações de poder no ambiente de trabalho, nas relações interpessoais, na organização do trabalho e nas determinações da política institucional, como partes da conjuntura que constitui a assistência ao paciente, visando à proteção e manutenção de sua dignidade. Na decisão realizada coletivamente, em geral, os cursos de ação tendenciaram para o curso médio, considerados prudentes, indicando conciliar os valores em conflito do caso, ordem e cuidado. Entretanto, mesmo com tendência para o espaço da prudência, a maioria das argumentações dos “cursos de ação”, se situou privilegiando a preservação do cuidado de enfermagem. **Conclusão:** Os enfermeiros-gerentes, diante de fatos impositivos das determinações organizacionais, elegem a assistência de enfermagem como prioridade, mas tentam uma conciliação das partes. A prudência, como resultado do debate colegiado dos enfermeiros, revela a necessidade de investimentos em espaços grupais de discussão (bio)ética e na capacitação dos profissionais, expandido os diálogos éticos, inclusive interinstitucionalmente. Vislumbra-se um “terreno fértil” a ser explorado, que possibilite debates e deliberação sobre os problemas éticos que afligem os enfermeiros, contribuindo para amenizar momentos de angústia e, até, de sofrimento moral presentes nos conflitos de valores desses profissionais.

PALAVRAS-CHAVES: Ética em enfermagem. Serviço de Enfermagem. Enfermeiros Administradores. Gerência. Análise ética. Tomada de decisão.

Farias DECS. Ethical conflicts in Nursing Management: from perception to the decision taking. [Thesis]. São Paulo: Nursing School, Universidade de São Paulo; 2015

ABSTRACT

Introduction: The ethical conflicts in health, generally, occur between the actors involved in care action. This action, however, is performed in organizational structures, suffering implications of this environment. Depending on work organization and institutional goals there may be greater or lesser intensity of these interference. So often the nurses working in management are faced with situations that present ethical problems in this area. **Objectives:** Identifying ethical conflicts in the perception of nurses with experience in hospital Nursing Services management and analyzing how nurses with experience in nursing management take decisions before the ethical conflicts. **Method:** This is an exploratory, descriptive study of qualitative approach. For collecting the data of the first objective, after the Research Ethics Committee approval, 20 nurses, with professional experience in hospital management area were interviewed, constituting an intentional sample, through "snowball" technique. Recorded interviews were conducted by a guiding question: *"Tell me about ethical conflicts that you have lived in your managerial acting."* The data collection of the second objective was performed through the focus group technique, and used a fictitious case (case-conflict), containing a hypothetical managerial situation to the debate on the decision. In the case-conflict both ethical values stood in extreme "courses of action": provide safe nursing care and meet institutional order for staff reduction to enable the financial survival of the hospital. The speeches were analyzed according to content analysis proposed by Bardin, marked by methodological and conceptual framework of the Moral Deliberation Theory procedure of Diego Gracia. **Results:** First emerged three categories: equal in the distribution of the workload; professional autonomy in management decisions and justice and prudence in management decisions. It was evident that the ethical conflicts in nursing management resulted from the perception of values confronted, present in ethical problem. Ethical conflicts materialize in health resource management, in power relations in the workplace, in interpersonal relationships, work organization and in the determinations of institutional policy, as part of the environment that is patient care, aimed at protecting and maintaining its dignity. In the collectively held decision, in general, courses of action lean toward the middle course, considered prudent, indicating reconcile the conflicting values of the case, order and care. However, even with a tendency for the space of prudence, most of the arguments of "courses of action", stood favoring the preservation of nursing care. **Conclusion:** Nurses-managers, before impositions facts of organizational determinations, elect nursing care as a priority, but try a reconciliation of the parties. Prudence, as a result of collegiate debate of nurses, reveals the need for investment in group spaces for (bio)ethics discussion and professional training, expanded the ethical dialogue, including inter-institutionally. It glimpses a "breeding ground" to be exploited, which allow debates and deliberation on the ethical problems that afflict nurses, contributing to soften moments of anguish and even of moral suffering present in value conflicts of these professionals.

KEY WORDS: Ethics in nursing. Nursing Service. Nurses Administrators. Management. Ethical analysis. Decision taking.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1-	Apresentação dos valores em conflito no respeito às solicitações de folgas dos membros da equipe.....	81
Figura 2-	Apresentação dos valores em conflito na prestação de assistência de qualidade com recursos escassos.....	85
Figura 3-	Apresentação dos valores em conflito no respeito às limitações da capacidade laborativa da equipe.....	91
Figura 4-	Apresentação dos valores em conflito no respeito às determinações da política institucional.....	94
Figura 5-	Apresentação dos valores em conflito na manutenção da lealdade à categoria profissional.....	103
Figura 6-	Apresentação dos valores em conflito no respeito às relações profissionais de trabalho.....	107
Figura 7 -	Apresentação dos valores em conflito relativo à responsabilidade pelas consequência na decisão.....	118
Figura 8 -	A percepção da atuação gerencial para o enfermeiro nas competências gerenciais.....	151
Figura 9 -	Aspectos importantes na decisão gerencial frente a conflitos éticos.....	156
Figura 10-	Apresentação dos valores em conflito na situação proposta pelo caso-conflito.....	158
Figura 11-	Apresentação dos cursos de ação extremos a partir dos valores em conflito no caso.....	170
Figura 12-	Tendência dos cursos de ação para tomada de decisão a partir dos discursos dos enfermeiros.....	174

QUADROS

Quadro 1-	Apresentação dos cursos de especialização (<i>lato Sensu</i>) realizados pelos enfermeiros entrevistados.....	77
Quadro 2-	Apresentação das categorias e subcategorias relativas à identificação dos conflitos éticos dos enfermeiros na ação gerencial.	80
Quadro 3-	Apresentação dos cursos de ação indicados pelos enfermeiros referente à situação do caso-conflito.....	171

LISTA DE TABELA

Tabela 1-	Distribuição dos enfermeiros entrevistados conforme a faixa etária.....	75
Tabela 2-	Distribuição dos enfermeiros entrevistados conforme o tempo de formação.....	76
Tabela 3-	Distribuição dos enfermeiros entrevistados conforme o tempo de atividade profissional na área gerencial.....	76

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E O TEMA DO ESTUDO.....	14
2	APORTE TEÓRICO.....	19
2.1	MUDANÇAS NO TRABALHO NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR, A ENFERMAGEM E A TOMADA DE DECISÃO GERENCIAL.....	19
2.2	A TOMADA DE DECISÃO ÉTICA DO ENFERMEIRO NA ÁREA GERENCIAL.....	28
2.3	(BIO)ÉTICA E CONFLITOS ÉTICOS NA TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NA ÁREA GERENCIAL.....	32
2.4	A TOMADA DE DECISÃO DOS ENFERMEIROS NA ÁREA GERENCIAL MEDIANTE CONFLITOS ÉTICOS – O OBJETO DO ESTUDO.....	48
3	O REFERENCIAL METODOLÓGICO-CONCEITUAL.....	52
3.1	CONCEPÇÕES SOBRE A DELIBERAÇÃO MORAL, SEGUNDO DIEGO GRACIA.....	52
3.2	DELIBERAÇÃO MORAL COMO PROCEDIMENTO PARA TOMADA DE DECISÃO FRENTE A CONFLITO ÉTICO, SEGUNDO DIEGO GRACIA.....	55
4	OBJETIVOS.....	64
5	O CAMINHO METODOLÓGICO.....	65
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	65
5.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	65
5.3	DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	66
5.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	73
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	75
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PRIMEIRA FASE DO ESTUDO.....	75
6.2	A PERCEPÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	77
6.3	IDENTIFICAÇÃO DOS CONFLITOS ÉTICOS GERENCIAIS DOS ENFERMEIROS.....	79
6.3.1	Categoria: Igualdade na distribuição da carga de trabalho.....	80
6.3.1.1	Subcategoria: Respeito às solicitações de folgas dos membros da equipe.....	81
6.3.1.2	Subcategoria: Prestação de assistência de qualidade com recursos escassos..	85
6.3.1.3	Subcategoria: Respeito às limitações da capacidade laborativa da equipe.....	91

6.3.2	Categoria: Autonomia profissional para a tomada de decisão.....	93
6.3.2.1	Subcategoria: Respeito às determinações da política institucional.....	93
6.3.2.2	Subcategoria: Manutenção da lealdade à categoria profissional.....	103
6.3.3	Categoria: Justiça e prudência nas decisões gerenciais.....	107
6.3.3.1	Subcategoria: Respeito às relações profissionais de trabalho.....	107
6.3.3.2	Subcategoria: Responsabilidade pelas consequências da decisão.....	118
6.4	ANÁLISE DA TOMADA DE DECISÃO GERENCIAL DO ENFERMEIRO FRENTE A CONFLITO ÉTICO.....	135
6.4.1	Os encontros.....	136
6.4.1.1	Temáticas discutidas no primeiro encontro.....	136
6.4.1.1.1	Análise e discussão das temáticas do primeiro encontro.....	146
6.4.1.2	Temática do segundo encontro – A decisão do enfermeiro diante do conflito ético gerencial.....	156
6.4.1.2.1	Análise do segundo encontro – Deliberando sobre os dados relativos à tomada de decisão gerencial: Segundo a proposta de Diego Gracia.....	169
6.4.1.2.2	Discussão do segundo encontro – Tomada de decisão frente a conflitos éticos na atuação gerencial do enfermeiro.....	175
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	183
8	REFERÊNCIAS.....	189
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	201
	APÊNDICE B – FASE 1- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	202
	APÊNDICE C – FASE 2- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	203
	APÊNDICE D - PARECER CONSUBSTANCIADO- CEP.....	204
	APÊNDICE E - Imagens escolhidas pelos participantes do grupo focal para a técnica projetiva do primeiro encontro, conforme ordem de análise.....	207
	APÊNDICE F – DINÂMICA DE AQUECIMENTO DO GRUPO FOCAL	218
	APÊNDICE G – CASO-CONFLITO.....	219
	APÊNDICE H – Apresentação dos cursos de ação correspondentes às unidades de registro encontradas nos relatos dos participantes na tomada de decisão frente a conflitos éticos.....	220

1 INTRODUÇÃO

1.1 A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E O TEMA DO ESTUDO

Vários momentos, muitos deles vitoriosos, porém outros difíceis e desafiadores, fizeram parte da minha trajetória profissional como enfermeira. O contato com a enfermagem ocorreu aos 17 anos de idade ao ingressar no Curso de Graduação. Em função da pouca idade, a escolha profissional foi um dos momentos mais conflitantes de minha vida, porém altamente estimulada por um primo, da área da saúde, que me mostrou a importância dessa profissão.

Recém-formada e com habilitação na área de enfermagem obstétrica passei a exercer a profissão de enfermeira em um Centro Obstétrico, onde permaneci por quase cinco anos. Durante esse período fui convidada para lecionar em um curso para atendentes de enfermagem, ainda existente na época em que emergiu a identificação com o ato de ensinar, fato que me estimulou a continuar atuando como professora e, oportunamente, como supervisora de estágio em outras escolas técnicas/auxiliares de enfermagem. Assim, surgiram os meus primeiros passos na docência em enfermagem.

O ensinar fez-me lembrar os preceitos aprendidos no Curso de Licenciatura em Enfermagem, realizado durante a graduação. A Licenciatura propiciou-me refletir sobre o processo de ensino-aprendizagem e o contato com os conteúdos pertinentes às questões pedagógicas estimularam-me a gostar do ato de ensinar.

No ano de 1992, tive a oportunidade de assumir a função de docente em uma faculdade privada, atuando na supervisão de grupos de alunos em estágios curriculares do curso de Enfermagem. Fato esse que se mostrou altamente desafiador, pois, apesar da minha experiência profissional como enfermeira e como docente de cursos técnicos/auxiliares de enfermagem, questionava-me sobre o meu real preparo para assumir o peso da responsabilidade na formação de futuros enfermeiros.

Durante aproximadamente dezesseis anos conciliei as atividades de enfermeira em unidades hospitalares e de professora na área da enfermagem. Entendi a riqueza que a vivência e a experiência do campo assistencial ofereciam-me, entretanto, também avaliei que era o momento de escolha profissional. Assim, a partir do ano 2001, procurei direcionar minha carreira profissional para a área da docência.

Nesta época de dúvidas, transições, escolhas e procura por novos horizontes profissionais, realizei um curso de especialização em Administração Hospitalar. A administração sempre me pareceu um campo muito interessante a ser explorado,

principalmente pelo fato de ter vivenciado cargos hierárquicos na coordenação e supervisão em alguns hospitais.

O curso de Administração Hospitalar permitiu-me obter conhecimento amplo do funcionamento das organizações de saúde e interpretar as dificuldades nesse setor, com base nos aspectos sociais, políticos e econômicos. Além de propiciar uma visão crítica e reflexiva das estruturas e processos de trabalho em saúde. O curso ofereceu-me uma base teórica consistente, propiciando um melhor desenvolvimento na minha atuação docente.

Ao mesmo tempo em que obtive algumas respostas e melhor compreensão sobre os obstáculos estruturais da Instituição Hospitalar, os aspectos relativos às mudanças sociais em meados dos anos 90, que apresentavam uma nova concepção do hospital, compreendida a partir de então, como empresa de saúde, causaram-me inquietações. Sentimento que originou questionamentos frente aos princípios e valores apreendidos na graduação em enfermagem. Questões essas, que se conflitavam entre as ações relativas ao cuidado humano, enquanto ação do enfermeiro, e as novas exigências empresariais da organização hospitalar da época. Questionava-me até que ponto tais mudanças na área hospitalar, oriundas das transformações globais do novo milênio, que traziam como proposta outros modelos de gestão em saúde, estavam de alguma forma alterando a relação humana do cuidado enfermeiro-paciente.

Percebi que todas essas reflexões sobre o comportamento do enfermeiro frente ao cuidado humano face às mudanças, conduziam-me ao campo da ética. Dimensão ética que acreditava ser a mola propulsora do trabalho do enfermeiro, voltada para os aspectos humanos da assistência que me impulsionou a buscar o Mestrado na área da Bioética.

O estudo da bioética se descortinou como uma área contagiante e de profunda reflexão sobre os valores da vida humana e assim, no desenvolvimento da dissertação do mestrado, tive a oportunidade de propor um estudo sobre o entrelaçamento a luz da bioética, do exercício profissional do enfermeiro no enfoque humanístico do cuidar e as exigências propostas pela gestão da qualidade total. Assim, a busca pela bioética e da linha de pesquisa no mestrado foram estimuladas pelas vivências de minha trajetória como enfermeira hospitalar.

Atualmente, como docente em uma Universidade privada há mais de 10 anos, no Curso de Graduação em Enfermagem, exerço funções divididas em horas aulas destinadas ao ensino, na disciplina de Gerenciamento em Enfermagem, e horas intituladas como administrativas, mais especificamente, realizando atividades na Coordenação Adjunta de Práticas Clínicas e Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem.

Uma das atividades destinada à Coordenação Adjunta é pactuação de parcerias de campos de estágios das instituições de saúde com a Universidade. Essa atividade propicia próximo contato com as instituições de saúde, principalmente na área hospitalar. Em reuniões nos hospitais parceiros, muitas vezes, os gerentes de enfermagem, assim como, os enfermeiros do setor de Educação Continuada/Permanente e alguns supervisores e coordenadores de enfermagem revelam algumas dificuldades vivenciadas por eles. Durante essas conversas percebi que emergiam conflitos de ordem ética, referentes à atividade gerencial desses enfermeiros.

Os enfermeiros de maneira geral pontuam variados problemas, desde dificuldades na gestão de recursos como: falta de material, medicamentos, pessoal; condições de trabalho insuficientes, com sobrecarga de atividades e baixos salários; dificuldades de relacionamento interpessoal junto à equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, incluindo também problemas de relações humanas que envolvem as diferentes expectativas dos profissionais de enfermagem e o paciente/cliente e família. Tais problemas interferem diretamente na manutenção da qualidade de assistência e envolvem um pluralismo de valores dos profissionais e de quem é assistido. Acresce-se aos relatos, as exigências do desempenho dos enfermeiros relativos às pressões das novas formas de gestão e as determinações das metas organizacionais, sendo esses uns dos fatores de potente conflito ético.

Na investigação da dissertação no mestrado, o objeto de estudo foi o conflito ético do enfermeiro frente à gestão de qualidade. Atuando na área educativa, ao ouvir os desabafos dos enfermeiros que atuam na área gerencial nos hospitais, deparei-me com um novo universo de conflitos de valores. Considerando assim, a importância e relevância das condutas e tomada de decisão desses enfermeiros em suas estruturas organizacionais, alguns questionamentos se desencadearam: Quais seriam os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros hospitalares na área gerencial? Como esses enfermeiros tomam suas decisões frente a conflitos éticos?

Afinando tais inquietações, este estudo apresenta como primeira proposta identificar situações ou problemas éticos, como possíveis fatores geradores de conflitos presentes no cotidiano dos enfermeiros com atuação no gerenciamento na área hospitalar e, como segunda proposta, pretende-se analisar de que forma esses enfermeiros fundamentam suas decisões mediante conflitos éticos. Assim, configuram-se os dois objetivos desta pesquisa.

Para tanto, ao buscar na literatura o suporte teórico percebi poucos estudos realizados sobre a temática em questão - problemas éticos geradores de conflitos no gerenciamento em enfermagem e a tomada de decisão. Identifiquei que as pesquisas se direcionavam aos conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros e por outros profissionais da saúde,

especialmente, na relação junto ao paciente, no exercício da prática clínico-assistencial. Paralelamente, apreendi que os preceitos das teorias éticas e os métodos de resolução de conflitos ético-morais, também apresentavam um foco voltado para a área clínica. Esses levantamentos instigaram-me ainda mais a querer desvelar minhas inquietações relativas aos conflitos éticos na área gerencial de enfermagem, no sentido de tentar preencher essa lacuna.

Durante as leituras tive a oportunidade de me aproximar do modelo de Deliberação Moral proposto pelo bioeticista espanhol Diego Gracia. Dentre outros métodos propostos para análise e resolução de problemas éticos, verifiquei que a amplitude e a linha compreensiva contida na proposta deliberativa poderia ser utilizada neste estudo, apesar desse método também apresentar uma aplicabilidade direcionada à área da bioética clínica. Assim, através de um recorte dos pressupostos da Teoria da Deliberação Moral, a partir do método descrito por Diego Gracia foi utilizado este constructo, como referencial metodológico-conceitual, tendo em vista subsidiar a análise da tomada de decisão dos enfermeiros diante de conflitos éticos na área gerencial. Referencial teórico que mais explorado no decorrer deste estudo.

Assim, a trama da temática a ser tecida neste estudo justifica-se por contribuir para a reflexão de uma prática gerencial de enfermagem em que a tomada de decisão mediante conflitos éticos seja alicerçada em valores como respeito à pessoa, justiça, honestidade, veracidade, sigilo, beneficência, entre outros, enfim, voltada para os aspectos humanísticos da profissão. Valores esses consolidados na enfermagem enquanto ciência, porém nem sempre presentes na sua práxis. Além disso, como docente da disciplina de gestão em enfermagem, acredito que os resultados obtidos neste estudo poderão contribuir para um ensino do exercício profissional do enfermeiro pautado em valores éticos, possibilitando ainda, oferecer mecanismos facilitadores, aos futuros enfermeiros e aos profissionais, por meio da utilização de estratégias deliberativas nos conflitos éticos, para subsidiar suas decisões gerenciais. Dessa forma, diante das situações que envolvem resolução de problemas éticos no cotidiano, poder contribuir para que as decisões desses enfermeiros ocorram através de condutas “mais justas”, sensatas e ponderadas nas relações profissionais e para com os pacientes.

Soma-se aos aspectos delineados que os enfermeiros, ao atuarem no gerenciamento de enfermagem nas organizações hospitalares, são diuturnamente desafiados em um mundo de trabalho que se apresenta em constante mudança, o que implica, muitas vezes, em tentar tomar decisões consideradas “certas”, em um mundo considerado incerto.

Para um melhor entendimento das mudanças do mundo do trabalho e suas implicações no processo de tomada de decisão do enfermeiro hospitalar na área gerencial, faz-se necessário realizar inicialmente um aporte teórico sobre esse assunto neste estudo. Desse

modo, será abordado sobre a importância da tomada de decisão do enfermeiro estar fundamentada na ética e ainda, delinear sobre a (bio)ética, os conflitos éticos, os métodos de tomada de decisão ética e suas relações na ação gerencial do enfermeiro. Por fim, tratar sobre o objeto deste estudo, a tomada de decisão desses enfermeiros mediante conflitos éticos.

2 APORTE TEÓRICO

2.1 MUDANÇAS NO TRABALHO DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR, A ENFERMAGEM E A TOMADA DE DECISÃO GERENCIAL

A história nos mostra que a cada época, no mundo do trabalho, desenvolve-se um tipo específico de gestão em decorrência das características do cenário econômico, político e tecnológico. Desde a revolução agrícola até o contemporâneo modelo econômico, as instituições precedem mudanças em suas filosofias, gerencial e organizacional, visando melhores condições de sobreviver e competir nos contextos sócio-político-econômicos. A cada período histórico imperam determinados padrões gerenciais que são completados ou questionados por conceitos, que incorporam novas variáveis extraídas da prática da empresas (Bork et al., 2003).

As empresas, de modo geral, estão exigindo cada vez mais profissionais qualificados e que tenham abarcado ao longo de suas vidas um acúmulo de conhecimentos que os prepare de maneira ímpar para função a ser exercida. Observa-se que as mudanças que ocorreram nas últimas décadas tiveram como consequência social uma transformação da forma de pensar em relação ao significado do trabalho, passando da busca por emprego com o propósito de sustento familiar, para a atual, conquista de uma carreira profissional.

A organização, na atualidade, é um espaço físico que integra os trabalhadores e envolve cultura, tradições, usos, rituais, rotinas, normas e valores, possibilitando a construção de uma identidade da empresa. Neste contexto de mudanças, o perfil exigido das pessoas também sofreu alterações, uma vez que as empresas necessitam de trabalhadores que possam ser ágeis, através de adaptação às novas situações, flexíveis e que possuam a capacidade de ser relacionar e assumir desafios, como requisitos imprescindíveis neste novo milênio (Cunha, Ximenes Neto, 2006).

Fato também observado por Peduzzi (2003) ao constatar que essas transformações no mundo do trabalho impõem novas relações no mercado, marcadas, sobretudo, por desregulação das relações de trabalho, novos modelos de gestão e exigência de novos perfis profissionais. Esses perfis são caracterizados pela ampliação das dimensões intelectuais do trabalho e pela polivalência e multifuncionalidade do trabalhador.

Nesta ótica também se encontra a instituição hospitalar. Historicamente, os hospitais sempre acolheram doentes. No período anterior a medicina científica e seus grandes avanços teóricos e tecnológicos, o hospital era basicamente um depósito de gente doente, onde pobres,

sem condições de se tratar em casa, procuravam instituições como, as Santas Casas de Misericórdia, para se recuperar ou morrer, conforme a vontade de Deus. Com a profissionalização e a evolução do paradigma científico do hospital, o modelo empresarial de administração hospitalar começou a se implantar (Martin, 2003).

Dueñas Padrón (2009) destaca essa nova concepção de empresa ajustada à filosofia do setor de saúde ao relatar que, atualmente, não se pode conceber a elaboração e a gestão do desenvolvimento dos hospitais isoladamente do contexto do enfoque empresarial. O setor de saúde sob a concepção de empresa marca um evento histórico, pois rompe com o velho esquema da assistência social mal compreendida, para um modelo que o autor considera conciliador e inovador.

Diante das mudanças ocorridas no final do século XX e início do novo século percebe-se que a área de saúde sofreu os impactos das transformações sociais, portanto, para se manter viva frente a um mercado competitivo, as instituições hospitalares necessitaram adotar essa lógica do modelo empresarial.

Moldelos tradicionais de gestão cederam espaço ao desenvolvimento de abordagens e práticas que buscam contribuir para a melhoria da capacitação gerencial das empresas, através de novos modelos gerenciais. Assim, nas chamadas, Era da Qualidade e Era da Competitividade, implementaram-se alguns novos modelos de gestão que incluem a Administração Japonesa, a Administração Participativa e a Administração Empreendedora (Bork et al., 2003).

Frente a este contexto, avalia-se que estamos vivendo um mundo cada vez mais complexo e competitivo, com maiores pressões para que se consiga um bom desempenho no trabalho e decidir de um modo assertivo. As decisões tomadas podem ser a chave para o sucesso ou insucesso pessoal e profissional. Diante dessas situações complexas, não é possível arriscar ao tomar decisões simplesmente pelo processo de acerto ou erro (Ciampone, Melleiro, 2010).

Todavia, a instituição hospitalar, mesmo sob a lógica empresarial em um mercado concorrencial, ainda abarca traços dos modelos mecanicistas e enrijecidos de organização do trabalho, sob influência das tradicionais teorias administrativas clássicas e científicas, podendo também ser um gerador de conflitos de valores organizacionais na área. Conforme cita Kurcgant (2005), que a estrutura organizacional da maioria das Instituições hospitalares, ainda hoje, é rígida, com níveis hierárquicos bem definidos, organogramas piramidais, com níveis decisórios dos quais no ápice está o grupo que delibera e na base o grupo que executa.

Consequentemente essas transformações na área da saúde atingiram os profissionais, com influência marcante sobre a equipe de enfermagem. Sabe-se que a enfermagem, enquanto profissão apresenta como característica em sua dinâmica de trabalho, um maior tempo de prestação de assistência junto ao paciente, além de um número percentualmente expressivo de trabalhadores em comparação aos outros profissionais de saúde, presentes nas organizações hospitalares. Tais características podem representar maior exposição dos profissionais em relação às mudanças.

Este cenário contribui significativamente para as mudanças dos valores organizacionais, o que interfere nos valores de seus membros, podendo ocasionar conflitos de valores.

Desde os primórdios de sua história profissional, os valores éticos e morais sempre permearam as ações dos enfermeiros. No contexto histórico, a enfermagem sempre foi uma profissão pautada em ações tradicionalistas, assim valores como dedicação e o devotamento marcaram a profissão ao longo de sua existência. Como resultado, emerge a figura da enfermeira voltada à valores, como obediência e a subserviência, com enrijecidas condutas morais e ações fundamentadas nos bons princípios.

As instituições hospitalares atuais, no entanto, visualizadas como empresas, iniciaram um processo de adesão das pessoas a uma cultura organizacional mais flexível, baseada na negociação, na redução de custos, na gestão de qualidade total e no crescimento profissional. Nessa ótica, a enfermagem também foi influenciada, alterando o perfil do enfermeiro que passou a ser exigido pelo mercado de trabalho, como profissional líder, crítico, reflexivo, criativo e seguro na tomada de decisões (Amestoy et al., 2009).

Em relação às dimensões e potencialidades humanas desejadas nesse processo de desenvolvimento empresarial hospitalar, Dueñas Padrón (2009) sinaliza que outrora, antes de transcender esse “enfoque empresarial”, os indivíduos podiam se acomodar em uma postura burocrática, rotineira, até chegar à aposentadoria. Hoje, esse perfil tornou-se obsoleto, o homem diante do conceito axiológico e técnico-científico do desenvolvimento precisa recuperar e ativar três dimensões: a capacidade de pensador, através de um processo que lhe permite ser criativo, imaginativo, intuitivo e sonhador; a potencialidade de gerar ação, ao encarar o trabalho como uma realização agradável e feliz, em um serviço que eleva a sua auto-estima; a capacidade de ser social, que leva o homem a trabalhar em equipe, a escutar, compartilhar, discutir, discordar e chegar a consensos, antecipar problemas, negociar e tentar harmonizar eticamente os conflitos.

Esse traçado histórico em que se aliam as transformações da organização hospitalar e novas dimensões no perfil dos profissionais de saúde pressupõe mudanças no perfil do enfermeiro no gerenciamento dos serviços de enfermagem, o que vêm alterar a forma de atuação desse profissional.

A enfermagem detém hoje um corpo de conhecimentos e espaços de atuação que lhes são próprios, com um movimento crescente para ampliar sua autonomia de decisão e intervenção. No exercício profissional reconhecem-se quatro grandes áreas de competência do enfermeiro: o assistir, vinculado ao exercício da prática clínica; o educar, que enfoca as interações/ações que transmitem e favorecem os conhecimentos; o gerenciar, que envolve a administração de recursos organizacionais e de custo no cuidado; o pesquisar, que focaliza a identificação de evidências científicas para a prática profissional (Pessini, Wernet, Lorencette, 2005).

Esses quatro processos de trabalho são considerados essenciais para o enfermeiro, entretanto, não podem ser desenvolvidos separadamente, pois a intersecção entre eles é de suma importância para prestar uma assistência de enfermagem de forma segura e livre de riscos (Spagnol, 2005). Destaca-se que o enfermeiro possui processos de trabalho complexos, porém esses se orientam para uma mesma finalidade, o cuidado ao ser humano (Leopardi, Gelbecke, Ramos, 2001).

No Serviço de Enfermagem, o profissional responsável legalmente para assumir o processo de trabalho gerencial é o enfermeiro, a quem compete à coordenação da equipe de enfermagem, condução e viabilização do processo cuidativo, tendo como princípio norteador de suas ações o direito da população à saúde integral, a ser realizada de forma digna, segura e ética (Spagnol, 2005).

No processo de trabalho gerencial, os objetos de trabalho dos enfermeiros são: a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Para sua execução é utilizado um conjunto de instrumentos técnicos: o planejamento, o dimensionamento de pessoal, o recrutamento e seleção, a educação permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho e outros. Também se utilizam meios como a força de trabalho, os materiais, equipamentos e instalações, além dos diferentes saberes administrativos (Felli, Peduzzi, 2010).

Direcionando este estudo ao processo de trabalho gerenciar/administrar, encontram-se os enfermeiros que atuam como dirigentes em cargos hierárquicos que recebem denominações variadas nas organizações de saúde, como: diretores, chefes, gerentes, supervisores, coordenadores, entre outros.

Um gerente é aquele que se responsabiliza pelo desenvolvimento do trabalho das pessoas em uma organização. Atua em posições com uma variedade de títulos como supervisor, diretor, coordenador, chefe de divisão, administrador, entre outros. Geralmente são pessoas a quem outros membros da organização se reportam, considerados importantes e essenciais à organização e de forma geral, utilizam os recursos disponíveis para produzir bens e serviços. Sua tarefa é ajudar a organização a alcançar alto desempenho e altos níveis de satisfação entre as pessoas (Schermerhorn Jr., 2007).

Na área da saúde a gerência constitui um importante instrumento para a efetivação das políticas de saúde ao incorporar um caráter articulador e integrativo, em que a ação gerencial é considerada determinada e determinante do processo de organização dos serviços de saúde (Ciampone, Kurcgant, 2004).

O ato de gerenciar em enfermagem apresenta sua legitimidade através da Lei nº. 7.498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem em seu Art.11, que confere ao Enfermeiro exercer todas as atividades cabendo-lhe privativamente: a direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; a organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem; a consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem (Brasil, 1987).

O trabalho do enfermeiro na área gerencial exige conhecimentos e competências que o habilitam participar dos processos decisórios e assumir papel relevante no direcionamento das políticas de recursos humanos nas instituições (Freitas, Fugulin, Fernandes, 2006). Avalia-se que o processo de trabalho gerencial é complexo e requer desses enfermeiros intensa responsabilidade nas tomadas de decisão, pois as mesmas poderão repercutir em diversos níveis e áreas organizacionais.

Decidir significa ir além do momento da escolha, da decisão em si, significa necessariamente escolher entre uma ou mais alternativas ou opções, com vistas a alcançar um resultado esperado (Ciampone, 2005).

Tomar decisões faz parte do cotidiano da vida das pessoas. No âmbito individual, a todo o momento fazemos escolhas. Essas escolhas podem ser difíceis ou fáceis dependendo dos aspectos envolvidos. As decisões pessoais ocorrem desde uma simples situação, como a escolha da cor da roupa a vestir, até situações mais complexas como as utilizadas para direcionar os rumos em nossas vidas. Entretanto, no âmbito profissional as escolhas envolvem

aspectos relativos à complexa composição de diversificados elementos, fatos e circunstâncias que fazem parte do dia a dia das organizações.

Chiavenato (2011) conceitua o processo decisório como análise e escolha, entre várias alternativas disponíveis em relação ao curso de ação que a pessoa deverá seguir. A decisão envolve os critérios utilizados pelo administrador para fazer sua escolha pessoal. Assim, o que uma pessoa deseja e aprecia pode influenciar aquilo que ela vê e interpreta. Neste contexto, Ciampone (2005) descreve que o processo de tomada de decisão (TD) gerencial envolve fenômenos, tanto individuais como sociais, baseado em fatos e valores, que inclui a escolha de um comportamento, dentre uma ou mais alternativas, com a intenção de aproximar-se do objetivo desejado.

No cotidiano do trabalho do enfermeiro, a tomada de decisão é uma constante para tentar resolver problemas e solucionar ou minimizar conflitos, e assim, garantir a homogeneidade, permitindo a harmonia do grupo de trabalho (Balsamelli, Feldman, Ruthes, 2008).

É importante que a tomada de decisão esteja fundamentada em habilidades de raciocínio crítico, surgindo a necessidade de um método estruturado, entendido como a melhor forma de aprender a tomar decisões de qualidade, uma vez que elimina a prática de tentativa e erro, permitindo a aprendizagem mediante um processo comprovado. Para o aperfeiçoamento da capacidade de decidir é importante a utilização de um método apropriado e com aporte teórico. Dentre os modelos sistematizados para tomada de decisão gerencial tem-se: o processo tradicional e o modelo intuitivo. O processo tradicional estabelece as seguintes etapas: 1ª. estabelecer objetivos, 2ª. buscar alternativas, 3ª. avaliar as alternativas, 4ª. escolher, 5ª. implementar e 6ª. acompanhar e controlar. O modelo intuitivo, apesar de críticas de alguns autores, é considerado útil hoje em dia, para evitar que as emoções venham a nublar a tomada de decisão, (a intuição pode ter um acréscimo excessivo de emoções). No modelo intuitivo, a pessoa que decide incorpora, conscientemente, o ato de recordar ou o conhecimento acumulado, que provém da educação formal ou informal e da experiência, no planejamento da decisão (Marquis, Huston, 2010).

Decisão intuitiva é definida como um processo inconsciente criado a partir de um refinamento de experiência, porém esse processo não opera necessariamente de um modo independente da análise racional, mais precisamente, os dois se complementam entre si. (Robbins, 2008).

Atualmente os gerentes diante dos diversos processos decisórios necessitam desse suporte (científico) para que a tomada de decisão ocorra de uma forma mais satisfatória.

Esse processo deve ser bem compreendido e ferramentas, métodos e modelos precisam estar disponíveis no momento da tomada de decisão (Santos, Wagner, 2008).

Com o objetivo de organizar o processo decisório, o autor Herbert Alexander Simon, ganhador do prêmio Nobel de Economia em 1978, foi o precursor, ao propor a tomada de decisão na área administrativa em etapas, em 1945, no seu livro intitulado: *Comportamento Administrativo*. A primeira etapa do processo decisório consiste no relacionamento de todas as possíveis estratégias que poderão ser adotadas (a estratégia representa o conjunto de decisões que determinam o comportamento a ser seguido em um período de tempo). A segunda etapa consiste na determinação de todas as consequências decorrentes da adoção de cada estratégia. Na terceira e última etapa, a avaliação comparativa de cada grupo de consequências e escolha de uma alternativa entre várias disponíveis, a partir de valores pessoais e organizacionais (Simon, 1970).

A partir de Simon, surgiu a formulação de uma teoria administrativa que permitia analisar e descrever a estrutura e funcionamento da organização, por meio de mecanismos que influenciassem essas decisões e o comportamento das pessoas na organização. Dessa forma, caberia ao administrador definir quem tomaria as decisões e a maneira de comunicá-las ao nível executor das atividades, permitindo o alcance dos objetivos organizacionais (Albuquerque, Escrivão Filho, 2005).

Outros autores também desenvolveram métodos para serem utilizados como instrumentos facilitadores na tomada de decisão administrativa. Dentre eles, Montana e Charnov (2010) propõem as seguintes fases: análise situacional, estabelecimento de padrões de desempenho, geração das alternativas, avaliação das consequências, teste-piloto e implementação total. Os autores definem a primeira etapa como o exame dos dados disponíveis em que se analisam os pontos fortes, oportunidades, pontos fracos e ameaças (análise FOFA, termo usado no Brasil). Na segunda etapa, estabelecem-se padrões de desempenho que precisam ser realistas, baseados em comportamentos, observáveis e quantificáveis. Após geram-se alternativas, fase a qual, técnicas como *brainstorming* podem ser utilizadas. As alternativas terão suas consequências avaliadas na quarta etapa. Na última etapa, propõe-se a realização de um teste-piloto com a implementação das alternativas testando-as em pequena escala, como um instrumento de *feedback* e, por fim, o curso de ação escolhido é totalmente implementado.

O estudo de Marcon (2006), ao analisar as etapas de diferentes modelos de TD, concluiu que em geral, esses modelos apresentam um formato semelhante. Sintetizando os modelos estudados, o autor considerou as seguintes etapas: a identificação do problema,

seguido da criação de alternativas, escolha de alternativa, implementação e controle das consequências. Quanto às estruturas, verificou que existem etapas unidas a outras, às vezes, dissociadas entre alguns dos modelos. A autora destacou, por fim, a importância da utilização de um modelo de processo decisório, através de novas construções e adaptações às diversas realidades organizacionais, a fim de que as soluções possam ser analisadas da melhor forma possível.

Ademais ao denominado “tomador de decisão” recomenda-se que para fundamentar e até recriar o processo de tomada de decisão, esse poderá lançar mão, além de seus hábitos, das experiências vivenciadas e rotinas pré-existentes, também de outras fontes, como revisões bibliográficas, consultas a especialistas e exploração de diversificadas opiniões (Ciampone, 2005).

A explanação de todo esse arcabouço teórico nos leva a repensar sobre a complexidade do desenvolvimento de competências necessárias ao enfermeiro relativas ao processo de tomada de decisão administrativa. Entende-se que tomada de decisão é uma competência a ser requerida pelos enfermeiros, enquanto papel de coordenador da assistência e do serviço de enfermagem. O desenvolvimento dessa competência deve ser iniciado no âmbito da educação profissional, para posteriormente ser articulada, mobilizada e colocada em ação no mundo do trabalho da enfermagem.

Assim, conforme preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em Enfermagem, o trabalho dos profissionais de saúde, além de outras competências, como a atenção à saúde, comunicação, liderança, trabalho em equipe, entre outras, também deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para esse fim, os enfermeiros devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas (Brasil, 2001). Dentre as habilidades do enfermeiro para a tomada de decisão é necessário o desenvolvimento do pensamento crítico sobre as situações, com base em análise e julgamento das perspectivas de cada proposta de ação e de seus desdobramentos. Assim, o raciocínio lógico e intuitivo e a avaliação permeiam esse processo. Já dentre os conhecimentos necessários da área de administração a serem adquiridos pelos enfermeiros estão: o conhecimento da cultura e das estruturas de poder das organizações e o processo gerencial da tomada de decisão (Peres, Ciampone, 2006).

A partir dessas concepções nota-se o quão importante é compreender a tomada de decisão como uma ação estruturada cientificamente e sistematizada, tendo em vista

fundamentar as condutas gerenciais do enfermeiro. Essa complexidade aumenta, ao considerar que as organizações são compostas de pessoas com valores, convicções, crenças e preferências diversas. Essa diversidade pode gerar conflitos, por vezes de ordem ética, na dinâmica das decisões organizacionais.

Tais conflitos também podem ser oriundos dos efeitos da relação de poder na organização. “Pessoas poderosas” acham-se mais capacitadas para tomar decisões (por elas e pelos empregados) coerentes com suas preferências e valores. Considera-se importante que estas questões sejam refletidas pelos enfermeiros, pois o que se observa na prática é um distanciamento entre os que tomam as decisões (“chefes”) e os que devem por em execução as decisões tomadas. Implica, por vezes, que as decisões não correspondem às reais necessidades do grupo operacional, impedindo o desenvolvimento de uma prática profissional de modo autônomo e criativo (Ciampone, 2005; Marquis, Huston, 2010).

A partir dos aspectos apresentados, avalia-se a consistência dos estudos que propõem a utilização de técnicas e ferramentas facilitadoras, contribuindo para tomadas de decisões mais qualitativas no campo administrativo.

Os enfermeiros hospitalares com atuação na área gerencial se deparam com as exigências e demandas de sua posição na instituição e com as responsabilidades em atender as atuais premissas e metas organizacionais hospitalar, exigindo tomada de decisões frequentes e de qualidade, em detrimento, muitas vezes, de suas crenças e valores pessoais e profissionais, situações que pressupõe originar conflitos de ordem ética para esse profissional.

Infere-se a pertinência do estudo dessa temática, uma vez que, permite refletir sobre a tomada de decisão do enfermeiro na atuação gerencial. A partir do momento que decidir envolve a análise dos fatos e atribuição de juízos de valores à situação apresentada, isso possivelmente afetará a vida de outros indivíduos na organização. Portanto, dependendo do tipo, da intensidade e do modo como as pessoas na organização compreendem a tomada de decisão, consequências poderão ocorrer. Acresce-se que dependendo da natureza da tomada de decisão e do seu distanciamento, até mesmo resultados negativos como insatisfações, inquietudes, frustrações, sentimento de perdas, dentre outros, podem ser gerados. Remete-se, neste contexto, à necessidade da tomada de decisão gerencial, além de fundamentada e estruturada cientificamente, estar pautada em preceitos éticos. Assunto esse, que será melhor delineado a seguir.

2.2 A TOMADA DE DECISÃO ÉTICA DO ENFERMEIRO NA ÁREA GERENCIAL

No sentido de alinhar a importância da ética na tomada decisão gerencial do enfermeiro, percebe-se inicialmente a necessidade em explorar, neste contexto, essa temática sempre tão discutida e por vez controversa, no âmbito empresarial, pois segundo relata Nash (2001, p.3), “essa atividade de ganhar dinheiro sempre teve uma aliança meio desconfortável com o senso de moralidade nas pessoas”.

Entretanto, independente das discussões, de muitos, sobre a ação lucrativa das empresas, em geral, não estarem alinhadas à ética, faz-se necessário lembrar, conforme cita Vega-Mendonza (2009), que todas as organizações são compostas por um conjunto de seres humanos e como seres sociais decidem desempenhar tarefas juntos para o alcance de objetivos, de modo geral, voltados ao um bem comum. Para tanto, essas organizações necessitam de normas de comportamento e de ações para o benefício de todos, e assim, compreende-se a ética organizacional, como o estudo dessas ações para o bem.

Stoner e Freeman (1985) também confirmam que a ética está presente nos negócios e acrescentam que ocorre em quatro níveis. O primeiro chamado de nível da sociedade, em que se indagam questões éticas de caráter social (exemplo: será que o capitalismo é um sistema justo na distribuição de recursos?). O segundo nível refere-se aos *Stakeholders* (empregados, fornecedores, acionistas e outros) e geralmente envolvem decisões entre as relações da empresa com seus recursos-chave. O terceiro nível, chamado de política interna, em que se analisam contratos, obrigações, regras de trabalho, motivações, lideranças, gratificações e demissões, consideradas como categorias éticas presentes na natureza das relações entre empregados e empresa. O quarto é o denominado nível pessoal, em que estão presentes questões da vida cotidiana da organização, como as obrigações de cada membro, as formas de tratamento entre as pessoas.

Na gestão de serviços de saúde, se for levada em conta a razão de ser das organizações, fica patente a presença da ética. É difícil separar a ética do cuidado em saúde da ética na administração, em função de que a proposta primária dos serviços de saúde é cuidar das pessoas e esse cuidado pode ser afetado pelas decisões administrativas (Zoboli, Fortes, 2002). No hospital, a ética também está presente, na busca da qualidade dos seus serviços, portanto, a atuação ética dos profissionais de saúde, e de seus administradores é um dos fatores decisivos na conquista dessa qualidade (Vega-Mendonza, 2009).

Dessa forma, a ética deve ser considerada parte essencial da política da organização e imprescindível para o seu desenvolvimento e crescimento, uma vez que a opção por valores que humanizam o processo de trabalho e a relação com os clientes traz benefícios para a própria empresa e para a sociedade (Massarollo, Fernandes, 2010). A ética nas organizações pode ser entendida como o descobrimento e aplicação dos valores e normas compartilhados pela sociedade no âmbito da organização, especificamente no processo de tomada de decisões a fim de aumentar sua qualidade (Cortina et al., 1996).

Sabe-se que na realização das atividades nas organizações, a tomada de decisão se faz a todo o momento e em alguns casos é realizada imediatamente, dependendo da gravidade da situação. Ressalta-se que não se encontra exclusivamente ligada à administração, mas às diversas ciências, pois o objetivo é optar pelas melhores soluções para os problemas, qualquer que seja o enfoque (Balsamelli, Feldman, Ruthes, 2008). Entre as ciências, nesse contexto, pode-se incluir a tomada de decisão nas questões da ética.

Na visão de Vega-Mendonza (2009), o administrador deve considerar como obrigação ética alicerçar suas decisões em judiciosa deliberação com seus colaboradores aos quais deve demonstrar respeito, valorização e se comunicando de forma adequada, cujas idéias possam contribuir para estruturar a sua decisão.

Um dos principais indicadores da qualidade no planejamento e na gestão dos serviços de saúde, ao lado da eficácia, efetividade, eficiência e otimização, deve ser o respeito aos princípios éticos, pois a tomada de decisão exige análise de uma série de fatores que vai além dos números, por mais precisos que sejam (Zoboli, Fortes, 2002).

A tomada de decisão é um instrumento para aqueles que desejam solucionar da melhor maneira possível as problemáticas a serem enfrentadas (Balsamelli, Feldman, Ruthes, 2008). Dentre todos os aspectos a serem levados em consideração em um processo decisório, não se pode deixar de lado a questão ética, que requer uma reflexão. Dessa maneira, as concepções éticas são imprescindíveis para conscientizar o comprometimento do profissional com o seu trabalho e orientar sua conduta com honestidade, justiça e beneficência nas ações cotidianas (Marcon, 2006).

Considerando, no âmbito das decisões, as consequências de longo alcance que essas podem acarretar, a resolução de problemas e a tomada de decisões precisam ser altamente qualificadas. Quanto mais alternativas puderem ser geradas, maior a possibilidade de uma decisão adequada (Marquis, Huston, 2005). Além da existência das alternativas, é necessário que se possibilite a escolha entre as opções existentes, com liberdade de agir conforme a decisão e alternativa escolhida, pois a ética supõe que as pessoas tenham liberdade e poder

para considerar as diferentes opiniões, analisar os pontos fortes e fracos e as diversificadas possibilidades de ação e escolha, não esquecendo que em qualquer escolha há riscos e custos potenciais (Zoboli, Fortes, 2002).

Entendendo as empresas como organizações compostas e criadas por pessoas que congregam um diversificado universo de valores, é praticamente impossível ficar indiferente aos aspectos éticos ali existentes. Marquis e Huston (2010) pontuam nesse aspecto, que os valores das pessoas nas Instituições influenciam a prática administrativa.

Assim, nas instituições de saúde a preocupação com os componentes éticos vai além, pois o foco da atenção são exatamente as pessoas, que necessitam de assistência e a natureza da atividade desenvolvida pode provocar consequências irreversíveis e até fatais, quando realizadas de forma inadequada (Massarollo, Fernandes, 2010). Portanto, as decisões tomadas no âmbito de uma organização de saúde, por afetar a vida de todos que dela participam, como os trabalhadores, os usuários, os mantenedores e a comunidade, devem ser entendidas como atos de natureza ética (Zoboli, Fortes, 2002). Além disso, não se deve esquecer que a forma como os gestores tomam suas decisões ao abordar ou resolver um conflito ético ou não, também é influenciado por seus valores e crenças sobre direitos, deveres e metas, denotando mais uma vez o aspecto ético neste contexto (Marquis, Huston, 2010).

O enfermeiro no cargo administrativo tem como uma das atividades mais essenciais e corriqueiras em seu processo de trabalho, a tomada de decisão. Essas decisões levam-no a defrontar com uma diversidade de situações que exigem reflexão embasada em conhecimento científico para propor ações precisas (Marcon, 2006). Para tanto, o enfermeiro deve utilizar de conhecimento habilidades e atitudes coerentes, precisas e imparciais para uma tomada de decisão que venha ao encontro de seus valores pessoais e éticos e ao mesmo tempo atenda aos objetivos e metas organizacionais (Ciampone, 2005).

O ato de gerenciar do enfermeiro não depende somente do saber, mas também do compromisso ético com aquilo que ele conhece e de como e porque usa esse conhecimento. Uma das funções do enfermeiro ao gerenciar é assumir a responsabilidade de como perceber a ética nesse processo. A base do conjunto de ações estabelecidas mediante a identificação de um conflito ético, depende do modo como serão conduzidas as discussões para a tomada de decisão (Silva, Fernandes, 2006).

Massarollo e Fernandes (2010) descrevem que o gerenciar em enfermagem pressupõe a tomada de decisões e essa depende do grau de autonomia do gerente e como ocorre sua relação com as pessoas e com a própria política da instituição, para o desenvolvimento ético do seu trabalho. Muitas são as questões éticas relacionadas ao gerenciamento em

enfermagem. Valores diversos estão presentes, contudo, a prática da enfermagem depende dos recursos disponíveis para realizar as escolhas. Todavia, muitas vezes, há limites e a deliberação diante do que fazer, do que é prioridade e de menor risco fica condicionada a processos predeterminados das condições de trabalho.

Na opinião de Oguisso, Schmidt e Freitas (2010), as diretrizes ético-profissionais do código de ética devem ser suficientes para dirimir os conflitos de valores que podem, eventualmente, ocorrer entre valores pessoais ou culturais do enfermeiro e seus valores profissionais ou também entre os valores do paciente e os dos profissionais. Por outro lado, segundo Zoboli e Fortes (2002), a ação administrativa comporta conflitos éticos para os quais leis e regulamentos administrativos não fornecem respostas, deixando considerável margem de liberdade para a tomada de decisão por parte do gestor, pois a aplicação dos princípios éticos requer uma avaliação de cada caso e o não somente o seguimento de regras fixas e universais.

Nas organizações de saúde de modo geral, em uma época com recursos físicos, humanos e fiscais limitados, pode-se afirmar que quase todos os processos de tomada de decisão realizados por enfermeiros em cargos administrativos, envolvem algum componente ético (Marquis, Huston, 2010).

A fim de trabalhar essas influências, o enfermeiro na gestão deve direcionar as ações na identificação do conflito ético, das opiniões, das crenças e valores, dos significados, enfim, identificar os padrões de conduta assumidos e desejados pela equipe, trabalhando o contexto em consenso com esses padrões (Silva, Fernandes, 2006). Acresce-se, ainda, que as decisões tomadas pelos gestores são submetidas a interesses político-partidários, corporativos e econômicos, preferências pessoais ou de grupos e imposições legais ou regulamentares, mas também são baseadas em valores éticos, apesar de muitas vezes, não estar claramente percebido ou revelado, tanto pelos próprios gestores como pelos usuários (Zoboli, Fortes, 2002).

Todavia, o enfermeiro com cargo administrativo tem uma responsabilidade ética diferente do enfermeiro clínico. A administração, enquanto disciplina carece de um conjunto de normas que orientem a tomada de decisão ética. Geralmente a obrigação ética desses enfermeiros no gerenciamento está associada ao propósito da organização, determinada pela função que ela ocupa na sociedade e às limitações impostas. A ética da administração na enfermagem não é apenas distinta da ética da enfermagem clínica, como também é diferente de outras áreas da administração. Mesmo que existam pontos semelhantes entre enfermeiros administradores e administradores não-enfermeiros, há habilidades de liderança e funções

administrativas que são específicas da enfermagem. Aprender métodos sistemáticos, também para tomar decisões éticas, reduz as tendências, facilita o processo decisório e possibilita aos dirigentes de enfermagem sensações de maior conforto em relação às tomadas de decisão (Marquis, Huston, 2010).

Avalia-se que diante da identificação de problemas, o enfermeiro procura as ações que considera mais adequada para sua resolução, através da construção de uma decisão apoiada em fundamentos que se mostram apropriados para garantir um agir ético (Fernandes, 2010).

Este cenário demonstra que o componente ético deve estar sempre presente, independente do tipo e do nível de tomada de decisão no gerenciamento em enfermagem.

Prochnow et. al., (2007) relata que o exercício da gerência do enfermeiro é permeado por conflitos éticos. Na relação do profissional enfermeiro com a organização hospitalar, observa-se a incorporação de elementos ideológicos do modo como o trabalho é organizado, remete à idéia de lealdade às organizações, de aptidão, de reconhecimento, de valores relacionados à questão moral. Entre os principais, destacam-se: engajamento, responsabilidade, disciplina, harmonia, valorização do ser humano, comprometimento, que resultam em sentimento que demonstra tenacidade com o caráter histórico (religioso e militar), o que aproxima mitos e símbolos, inclusive, valores morais que servem de base à sua prática.

Na área da saúde, presencia-se que nem sempre a política organizacional e as condições de trabalho das instituições hospitalares estão alinhadas com as ações de enfermagem, pois, muitas vezes, confronta-se com os valores e os deveres de quem as praticam e os de quem as recebem.

2.3 (BIO)ÉTICA E CONFLITOS ÉTICOS NA TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NA ÁREA GERENCIAL

O termo *ética* tem origem no vocábulo grego antigo *ethos* que significava assentamento, vida comum. Mais tarde, na própria Grécia, adquiriu outros significados: hábito, temperamento, caráter, modo de pensar. Tomando o *ethos* com o significado de caráter, Aristóteles formou o adjetivo ético para designar uma classe particular de virtudes humanas e a Ética como a ciência que estuda as virtudes. Na Roma antiga, o vocábulo *ethos* encontra-se análogo, latino *mores*, significando hábito, costume, caráter, comportamento, natureza interior, lei. Os romanos recorrendo à experiência grega formaram da palavra *mores*,

o adjetivo *moralis* (moral, relativo a costumes) e mais tarde, o termo moral, moralidade. Apesar da coincidência etimológica dos termos ética e moral, no mundo europeu, recebem significado diverso. Ao comportamento moral são atribuídas questões de ordem prática, o problema do que fazer em cada situação concreta: cabe à ética a reflexão sobre esse comportamento (Germano, 1993).

Ética, segundo Fortes (1998), é um dos mecanismos de regulação das relações sociais do homem que objetiva garantir a coesão social e harmonizar interesses individuais e coletivos. É a reflexão crítica sobre o comportamento humano que interpreta, discute e problematiza os valores, os princípios e as regras morais à procura da “boa vida” em sociedade e da boa convivência social.

Entretanto, devido às coincidências etimológicas, entre os termos “moral” e “ética” não é de se estranhar que eles apareçam intercambiáveis em muitos contextos. Por exemplo, fala-se de uma “atitude ética” para designar uma atitude “moralmente correta”, segundo um determinado código moral; ou que um comportamento “foi pouco ético” para significar que não se ajustou aos padrões habituais da moral vigentes (Cortina, Martinez, 2012).

Atualmente distingue-se ética e moral. Moral conceituado como o conjunto de princípios, valores e normas que regulam a conduta humana em relações sociais, em determinado momento histórico. Moral remete-se ao coletivo e, na sociedade contemporânea, assim, coexistem, em um mesmo contexto social, diferentes morais, fundadas em valores e princípios diversificados. A ética implica em uma opção individual, a escolha ativa que requer adesão íntima da pessoa aos seus valores, princípios e normas morais, sendo ligada à noção da autonomia individual. A ética visa à interioridade do ser humano, solicita convicções próprias que não podem ser impostas de fontes exteriores ao indivíduo. Assim, cada pessoa é responsável por definir a sua ética (Fortes, 1998).

Um dos primeiros filósofos a pensar na ética e elaborar tratados sobre o assunto foi Aristóteles, que viveu na Grécia no século IV antes de Cristo (Cortina, Martinez, 2012). Todavia, para Cohen e Gobbetti (2004), a ética é anterior aos filósofos gregos, mas devemos a esse povo sua denominação enquanto filosofia do “bem” e do “mal”. Desde os primeiros ancestrais humanos, no entanto, já existia uma ética nas relações humanas, assim como, já existiam leis para regulamentar o comportamento humano, antes da criação dos códigos.

Muito embora, a farta contribuição dos estudos dos filósofos gregos, como Sócrates (século Va.C.) quem realizou as primeiras reflexões filosóficas sobre questões morais, ou mesmo, em diversas passagens dos Diálogos Platônicos se encontram extensas reflexões sobre a maior parte dos conceitos morais com as influências de formulações herdadas de

Sócrates. Foram nos escritos de Aristóteles, como já foi dito, os achados sobre tratados sistemáticos de ética. O mais influente desses tratados, *Ética a Nicômaco*, ainda é reconhecido como uma das obras-primas da filosofia moral (Cortina, Martinez, 2012).

Para Aristóteles (2006), o homem é o princípio das ações e o objeto da deliberação é o que o homem pode realizar. Nas ações não pode ser objeto de deliberação o fim, mas os meios que conduzem aos fins. As ações devem ser promovidas e fomentadas sempre que os valores e os fins da vida humana, tanto individual como coletivamente, estiverem em conflito, ou sob ameaça. Delibera-se sobre os meios e não sobre os fins. Supõe que toda investigação, toda ação e toda a escolha parecem tender a algum bem. Assim, considera-se o fim como algo dado, considerando-se o modo e os meios para alcançá-lo. E quando esses, aparentemente, são vários, considera-se o que levaria mais facilmente e melhor ao fim.

Deliberação definida como método da racionalidade prática. Método próprio das decisões técnicas e artísticas, políticas e éticas. Delibera-se para tomar decisões e essas são sempre e necessariamente concretas, pois não podem ser tomadas de forma abstrata, sem levar em conta as circunstâncias do ato e as consequências previsíveis. A deliberação, portanto, é um processo intelectual em que se ponderam os fatores a serem levados em conta em um processo de tomada de decisão (Gracia, 2002).

Tomar decisões consideradas éticas, portanto, requer sensibilidade treinada sobre assuntos éticos, além da aplicação de um método praticado por lidar com aspectos éticos de uma decisão. Ao tomar decisões, devem-se pesar os resultados que podem afetar a escolha. Ter um método de tomada de decisão ética é absolutamente essencial. Quando praticado regularmente, ele se torna tão familiar que acaba sendo aplicado automaticamente, sem a necessidade de consulta aos passos que o compõem (Paganini, 2011).

Diante de um problema ético, todavia, alguns indivíduos tomam decisões utilizando critérios baseados na lógica, ou por outro lado, utilizam mecanismos intuitivos exclusivamente, influenciados por suas emoções, crenças, preferências e convicções individuais.

No sentido de se tentar evitar decisões consideradas “injustas”, balizadas em um único foco, em um “olhar pessoal” que pode resultar, por vezes, em julgamentos precipitados, preconceituosos e, até mesmo, considerados errôneos diante de problemas éticos, alguns autores elaboraram métodos de tomada de decisão ética, fundamentados em abordagens teóricas. Geralmente, a construção desses métodos tem por objetivo oferecer instrumentos facilitadores na tomada de decisão em situações de conflitos éticos, para obtenção de resultados mais ponderados e prudentes.

Assim, no campo da ética, semelhante ao que ocorre na ciência administrativa, alguns estudiosos, ao elaborar métodos de tomada de decisão ética, também apresentam como proposição a utilização sistemática de passos, fases ou etapas, em sua maioria baseados em fundamentos teórico-filosóficos, visando auxiliar as análises de problemas éticos. Contudo, o que se observa na literatura é que esses métodos de tomada de decisão ética foram desenvolvidos para serem utilizados, principalmente, em questões éticas que emergem na realização prática clínica.

Marques Filho (2008) ratifica o exposto ao descrever que diversos métodos têm sido publicados nas últimas duas décadas para se discutir e tomar decisões, especialmente na área da bioética clínica. Procuram desenvolver metodologias adequadas para discutir e tentar solucionar conflitos que surgem na prática assistencial. A questão fundamental é encontrar e utilizar métodos que possibilitem um estudo racional, sistemático e objetivo desses problemas, a fim de que a tomada de decisão se constitua em um ato prudente e seguro.

Bioética Clínica, em síntese, é aquela que se vincula as decisões éticas a serem tomadas diante de situações clínicas concretas. (CREMESP, 2011). Para o autor canadense Durand (2003), a bioética clínica se situa como um dos três principais campos da bioética, sendo as outras duas, a ética da pesquisa e a ética das políticas públicas.

Avalia-se, neste ponto do estudo, a necessidade de realizar um parêntese objetivando entender melhor os instrumentos, a história e os conceitos relativos à bioética. Desse modo, serão delineados a seguir alguns ingredientes importantes que buscam explicitar a bioética como parte integrante de uma ética contemporânea.

Bioética, traduzido por ética da vida, é um conceito originalmente derivado do grego *bios* = vida e *ethos* = ética, costumes, conduta. Designa o ramo da ética que disciplina a conduta humana nas questões que envolvem a vida, desde o ser humano até o ecossistema. A bioética emerge no horizonte de uma tomada de consciência das grandes transformações, que caracterizam a situação sócio-histórica. Essas transformações, na área da ciência, economia e direito, impactaram a vida social e fizeram-se sentir com maior profundidade na segunda metade do século XX. Do ângulo da ciência e sua influência na vida cotidiana, originaram mudanças substanciais, tanto na adoção de novas tecnologias, quanto suas formas alternativas de aplicação (Selli, Garrafa, 2005).

Historicamente o cancerologista Van Renssealer Potter é considerado o criador da palavra bioética. Essa palavra surgiu em 1970, em seu artigo intitulado “*Bioethics, The Science of Survival*”, sendo o termo retomado em seu livro de 1971, “*Bioethics: Bridge to the Future*”. Potter descreveu uma ampla definição de bioética, como uma ética da sobrevivência,

ética da vida e do ser vivo, abrangendo uma reflexão ecológica, incluindo os problemas de superpopulação. A palavra, contudo, foi retomada e popularizada pelo fundador do *Kennedy Institute of Ethics*, André Hellegers que introduziu o termo bioética enquanto disciplina acadêmica. Apesar da divulgação do termo, restringiu seu campo de aplicação à ética biomédica, imprimindo-lhe esse traço que a marcou durante os vinte primeiros anos na América do Norte. A restrição do uso do termo bioética, para o campo biomédico, contrariou as motivações originais de Potter, de uma bioética global e reforçou o modelo de análise da bioética principialista, concentrando-se em questões de caráter mais individualizado, relativas aos códigos deontológicos e as relações entre profissionais e usuários de ações de serviços de saúde (Durand, 2003; Fortes, Zoboli, 2003).

A definição do termo se tornou ainda mais explícita através de Tom Beauchamps e James Childrees, no livro *Principles of Biomedical Ethics*, que a designa a ética biomédica, como uma forma de ética aplicada. A aplicação de teorias gerais, de princípios e de regras de ordem ética e problemas que se apresentam especialmente nas práticas clínicas, aplicadas nos tratamentos de saúde e na pesquisa biomédica, o que fez surgir a chamada corrente principialista (Beauchamp, Childrees, 2002). A obra “Princípios da Ética Biomédica” contribuiu para o crescimento do movimento bioético, assim, pela primeira vez, foram estabelecidos quatro princípios fundamentais. São eles: beneficência, autonomia, não-maleficência e justiça. A partir daí, houve uma tendência da bioética em enquadrar todos os problemas de valores nesses quatro princípios, que se tornaram o centro de todas as discussões sobre bioética (Guillén, 1995).

Beauchamp e Childrees (2002) definem os conceitos desses princípios. Beneficência refere-se a uma ação, como sendo a obrigação moral de agir em benefício de outros. A não-maleficência determina a obrigação de não infligir dano ao(s) indivíduo(s) de forma intencional. Na ética médica esteve intimamente associado com a máxima *Primum non nocere* (significa, acima de tudo, ou antes de tudo, não causar dano), máxima frequentemente invocada pelos profissionais da área de saúde. Em relação à Justiça, os termos equidade, merecimento (que é merecido) e prerrogativa (aquilo a quem alguém tem direito) foram empregados por vários filósofos na tentativa de explicá-la. Todas essas concepções interpretam a justiça como um tratamento justo, equitativo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas. A injustiça envolve um ato errado ou uma omissão que nega às pessoas um benefício ao qual elas têm direito ou que deixa de distribuir os encargos de modo equitativo. A palavra autonomia, derivada do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, governo ou lei), foi inicialmente usada como referência a autogestão ou ao

autogoverno das cidades-estados gregas. O termo estendeu-se aos indivíduos e adquiriu sentidos diversos, como autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade, vontade de ser o motor do próprio comportamento.

Bioética, na concepção do bioeticista Warren Thomas Reich, em sua clássica obra *Encyclopedia of Bioethics*, na edição de 1995, é descrita como o “estudo sistemático das morais, incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas das ciências da vida e cuidados de saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar” (Post, 2003, p.11).

Segundo Durand (2003), várias concepções foram realizadas desde o nascimento da Bioética. Podem-se distinguir quatro tendências diferentes, (quatro formas de ver a bioética). São elas: fórum – vista como um simples quadro de reflexão e de pesquisas multidisciplinares, em que está em jogo o desenvolvimento técnico-médico; método de análise – vista como um método de técnica de resolução de problemas e de tomada de decisão, sob uma abordagem interdisciplinar e pragmática, através de métodos de análise de casos complexos, de processos de tomada de decisão; processo de regulação – denominada como questão de consenso e compromisso social, na busca de uma ética consensual que ratifique os valores e coloque as condições aquém, da qual uma grande maioria dos cidadãos não estaria de acordo; forma de ética – procura-se salientar a perspectiva da palavra e de sua reflexão. Seus defensores insistem nas diversas dimensões da ética (pesquisa pessoal aprofundada; análise dos princípios, dos valores, dos postulados fundamentais; esforço de sistematização e de coerência), com o risco de sugerir ações muito exigentes e de expor divergências profundas.

Anjos (2002) indaga quais seriam as grandes questões da bioética, hoje, distinguindo-a em duas dimensões: a material e a formal. A dimensão material evoca a realidade, fatos e dados da vida e da saúde que trazem interrogações éticas, assim, encontra-se a bioética polarizada, pelas potencialidades técnicas, transformadas ou não, em práticas e evidenciadas pelas ciências biomédicas atuais. Subtendem-se os assuntos que se ligam ao nascer, como as conquistas da genética, reprodução assistida, abortamentos; as possibilidades e práticas relacionadas com a sustentação da vida, como os transplantes e as questões da práxis médica hospitalar; os desafios e práticas referentes ao morrer, como a sustentação artificial da vida e eutanásia. A dimensão formal nos leva para o desafio metodológico de como tratar as questões levantadas e fundamentar seu encaminhamento ético. São questões de fundo sobre o sentido, fundamentos e direção sobre a vida e saúde, abrindo-se assim, um amplo espaço em que a bioética se alimenta epistemologicamente da interdisciplinaridade.

Uma das bases de sustentação da bioética é a “ética prática” ou “ética aplicada”. Atualmente, esse campo específico da filosofia tem sua utilização mais aperfeiçoada através da bioética. O que pode ser considerado natural, uma vez que, os dilemas das pessoas e coletividades, em suas vidas cotidianas e práticas, principalmente dos últimos 50 anos, começaram a exigir respostas ou decisões, muitas vezes, imediatas e concretas (Garrafa, 2005).

Cohen e Gobbetti (2004) também entendem que a bioética tem se ocupado de questões fundamentais da humanidade que modificaram a sociedade e o seu futuro. Questões que influenciam o comportamento do indivíduo de como lidar eticamente com as novas situações de início e de fim da vida humana ou da qualidade de vida, além, do que pode ou não ser realizado do ponto de vista ético em experimentos científicos e de como lidar eticamente com o meio ambiente. No entanto, os autores entendem ainda que a bioética dá pouca atenção ao cotidiano da vida.

Berlinguer (1993) reforça essa questão ao enfatizar uma ampla reflexão bioética, para além do debate das situações que denomina de “limite ou de fronteira”, como o aborto, reprodução assistida, a eutanásia e assim, propõe a preocupação também com as questões morais presentes nas situações da vida cotidiana como o nascer, o adoecer por enfermidade preveníveis e o morrer prematuramente. Nesse enfoque, Garrafa (2000) classifica a bioética em duas áreas: a bioética das situações persistentes e a bioética das situações emergentes. Nas situações persistentes encontram-se os temas cotidianos, que se referem à vida das pessoas como a exclusão social, o aborto, a eutanásia, as discriminações de gênero, raça e outros, o tema da equidade, da universalidade e da alocação, distribuição e controle de recursos econômicos em saúde, os direitos humanos e a democracia. Nas situações emergentes encontram-se os conflitos originados pela contradição entre o progresso biomédico desenfreado e os limites ou fronteiras da cidadania e direitos humanos, como as fecundações assistidas, as doações e transplantes de órgãos e tecidos, a engenharia genética humana e de animais, saúde reprodutiva, dentre outros.

Schramm (2002) amplia o conceito ao descrever que a bioética visa “dar conta” dos conflitos e controvérsias morais implicados pelas práticas no âmbito das Ciências da Vida e da Saúde, do ponto de vista de algum sistema de valores (chamado por ele, também de “ética”). Para o autor, a bioética tem uma tríplice função: a descritiva, que consiste em descrever e analisar os conflitos em pauta; a normativa, em relação a tais conflitos, no duplo sentido, de proscrever os comportamentos considerados reprováveis e de prescrever aqueles considerados corretos; a protetora, no sentido intuitivo, de amparar, na medida do possível,

todos os envolvidos em alguma disputa de interesses e valores, priorizando, quando necessário, os mais “fracos”.

Conforme descreve Anjos (2002), a dimensão material da bioética, relativa às questões para a “ética da vida”, se estende para além das ciências biomédicas, sendo fundamental assumir as instâncias em que a vida e saúde são decididas de modo mais global, como na política, economia e nas organizações, o que leva a bioética para preocupações ambientais e planetárias. Assim, a materialidade dos temas de bioética pode ser distribuída em três dimensões interrelacionadas. Uma dimensão microsocial, em que se encontram as questões derivadas de microrrelações com os familiares, as que envolvem o doente, o médico e paramédicos e também as microrrelações de meio ambiente. A dimensão midissocial, que diz respeito a questões vividas por grupos de pessoas como os grupos de riscos; por grupo de instituições, como os hospitais; campos específicos de pesquisa, relações de grupo e seu meio ambiente. A dimensão macrossocial, em que estariam presentes as grandes questões sócio-estruturais da produção da vida e da saúde, como as organizações políticas em saúde, os grandes investimentos nas pesquisas e a socialização dos recursos.

Diante dessa magnitude apresentada, avalia-se que as discussões e reflexões sobre bioética, portanto, não se limitam somente às questões atuais, como o projeto genoma humano, o aborto, a eutanásia ou os transgênicos, incluem também os campos da experimentação com animais e seres humanos, os direitos e deveres dos profissionais da saúde e clientes, as práticas psiquiátricas, pediátricas e com indivíduos inconscientes e as intervenções humanas sobre o ambiente que influem no equilíbrio das espécies vivas. Assim, não se restringe às ciências da saúde, pois desde que surgiu, a bioética abrange todas as áreas do conhecimento, sob um enfoque interdisciplinar ou até transdisciplinar (Koerich, Machado, Costa, 2005).

Neste contexto, compreende-se que a bioética, desde sua gênese, apresenta uma amplitude conceitual, pois ao longo das décadas vários autores se propuseram a descrever suas concepções, sua natureza, seus objetos, seu campo ou setores e tendências, tornando-a uma área de discussão diversificada e de reflexão abrangente e dinâmica.

Ferrer e Álvarez (2005) concluem que o melhor é conceber a bioética como uma subdisciplina da ética com a exigência inevitável de um diálogo interdisciplinar, sem o qual não seria possível abordar as questões práticas que a envolvem como as ciências da vida e da saúde e proteção do ambiente.

Reunindo algumas das concepções ora apresentadas sobre bioética, por Anjos (2002), Schramm (2002) e por Durand (2003), que descrevem métodos e formas de tratar a análise em

bioética, detecta-se, nesse enfoque, um elenco de tendências, referenciais e teorias éticas, que visam clarificar seus conceitos e proposições.

Cada teoria (bio)ética oferece uma determinada visão do fenômeno da moralidade e o analisa a partir de uma perspectiva diferente. São construídas basicamente com os mesmos conceitos, entretanto, se diferem pelo modo como esses conceitos são ordenados, quanto sua prioridade e em relação aos métodos filosóficos empregados (Cortina, Martinez, 2005). Para análise de questões éticas podem ser utilizadas diferentes perspectivas, no sentido de decidir se um ato em si pode ser considerado adequado ou não (Massarollo. Fernandes, 2010).

Destacam-se inicialmente duas correntes teóricas de tomada de decisão ética: a teleológica e a deontológica. A corrente ética teleológica determina que a ação moral possua uma finalidade de realizar o bem, (*télos*, em grego, significa fim) independente de ser considerada certa ou errada (justa ou injusta). O que deve ser avaliado são as consequências da norma ou decisão ética tomada. A corrente ética deontológica apresenta um foco não-consequencialista, voltada para o passado, para o dever, definindo o que é correto segundo regras e normas em que fundamentam a ação. Frequentemente ligada à ética do dever ou ética Kantiana (do filósofo Immanuel Kant), postula que a retidão das ações humanas não depende exclusivamente de suas consequências (Durand, 2003, Fortes, 2003, Ferrer, Álvarez 2005).

Assim, frente a uma questão quando geradora de conflitos éticos vários modelos teóricos podem ser aplicados.

Além do referencial da ética principialista, já apresentado neste estudo, outras teorias éticas, podem ser elencadas, como: a teoria das virtudes, o liberalismo, a casuística, o utilitarismo e a teoria do cuidado (Pessini, Barchifontaine, 2007).

O enfoque da Ética das Virtudes tem por seus representantes Edmund Pellegrino e David C. Tomasma. Os autores tinham uma proposta voltada, especificamente, para uma ética médica das virtudes. Nesse âmbito, a virtude situa-se no traço de caráter do indivíduo, que faz com que o profissional, (no caso, o médico) em função do objetivo da atividade que exerce, seja bom e virtuoso. Em medicina, esse ato é a cura, ou ampliando, é dispor de conhecimentos e habilidades a serviço de bem do paciente (Ferrer, Álvarez 2005). Além da correção das ações, o que importa é se essa brota do caráter firme e imutável do agente, que deve possuir certas características para agir corretamente, pois um ato virtuoso, além de correto, deve se corretamente motivado (Zoboli, 2003).

Na Teoria Casuística destacam-se os autores Albert Jonsen e Stephen Toulmin, ao publicar o livro *The abuse of Casuistry*. Nessa teoria o ponto de partida de uma discussão ética não são os princípios, mas a análise de casos particulares. O paradigma clássico para

essa abordagem é estruturado segundo o raciocínio da retórica. Propõe-se como um método apropriado para comitês hospitalares, no confronto de questões de ética clínica. Esse constructo teórico confia mais na habilidade interna de quem analisa os casos do que na orientação externa dos princípios (Junges, 2006). Os casuísticas consideram que no juízo ético não se apela aos princípios, direitos ou virtudes, mas sim aos casos paradigmáticos, analogias, modelos, esquemas classificatórios e inclusive à intuição imediata e à capacidade de discernimento (Zoboli, 2003).

Na avaliação de Ferrer e Alvarez (2005), em relação ao paradigma casuístico, a análise de casos particulares é um dos elementos essenciais de reflexão ética, pois colocam a prova os princípios e as regras éticas, obrigando o aprimoramento das análises morais. Assim, a casuística e o principialismo se mostram complementares, pois o raciocínio moral é bidirecional, na medida em que se direciona dos casos concretos aos princípios e normas, como também, desses últimos para os casos concretos. Portanto, é uma metodologia que deve ocupar um lugar privilegiado na bioética.

A Teoria Utilitarista, por sua vez, nasceu no século XVIII com David Hume e se desenvolveu no século XIX com Jeremy Bentham e John Stuart Mill. Apresenta como idéia central a maximização da felicidade e a minimização do sofrimento. O julgamento moral, nessa teoria ética, depende da utilidade, do interesse e das consequências do ato. Os partidários de outras teorias também levam em conta as consequências, mas nessa corrente, somente elas importam. Toda a moralidade está nas consequências assim, o fim justifica os meios. (Durand, 2003). O princípio da utilidade social é consoante para a maior parcela dos critérios adotados pelos planejadores do setor de saúde, pois o correto, o justo, por exemplo, na alocação de recursos, é aquele que permite mais benefícios (mais saúde) ao maior número de pessoas (Fortes, 2003).

Compreende-se, portanto, que a teoria ética utilitarista visa ao maior bem para o maior número de pessoas, assim as tomadas de decisões devem resultar na maior utilidade social. As consequências das alternativas possíveis são analisadas, sendo que, a escolha é realizada a partir daquela que produz a maior utilidade, não se examinando a situação particular (Massarollo, Fernandes, 2010).

O enfoque da Teoria do Cuidado tem como sua precursora Carol Gilligan. Também denominada como “ética feminista”, “ética feminina”, “ética do feminino”. Recebe essa denominação, por Carol Gilligan traçar em sua obra uma análise sobre os contrastes das “vozes” femininas e masculinas no desenvolvimento do juízo moral desde a infância, importantes na formação da identidade de cada gênero, conforme os valores de sua cultura,

que apresentam modos diferentes de enfocar conflitos éticos. (Gilligan, 1982). Aborda a perspectiva do cuidado no desenvolvimento moral das mulheres emergindo uma ética do cuidado que questiona as concepções éticas vigentes e aponta novos rumos para bioética, não valorizando somente os atos, as motivações e o caráter, mas se as relações positivas são ou não favorecidas (Zoboli, 2003). A ética do cuidado apresenta uma concepção de moralidade que centra o desenvolvimento moral em torno da compreensão da responsabilidade e dos relacionamentos (Lima, 2004).

Todos esses referenciais teóricos propõem conceitos ético-filosóficos para direcionar a ações dos indivíduos, a fim de subsidiar a análise perante situações éticas. Incluem-se ainda nessa perspectiva: a tendência naturalista, a personalista, a contratualista, a hermenêutica, entre outras.

Na tendência naturalista, com recursos à lei natural, procura estabelecer bens fundamentais da pessoa humana, começando pela própria vida como um todo e para condições básicas que constituam sua dignidade. Em grande parte a própria argumentação utilizada em documentos oficiais da Igreja caminham nessa direção. A tendência personalista indica a ampla visão antropológica que incide na ética com valorização, entre outras, a dignidade humana, por sua capacidade e vocação a dar sentido às coisas e ao próprio rumo de sua vida. A contratualista considera a complexidade das relações sociais hoje, propõe, em termos contratualista, as relações entre médico e paciente, médico e sociedade. A hermenêutica, por sua vez, enfatiza a condição interpretativa do ser humano, buscando a leitura específica dessa condição, para a natureza interpretativa de uma situação bioética (Anjos, 2002).

A Ética da Responsabilidade como uma proposta de corrente reflexiva sobre os impactos tecnológicos, também merece destaque neste elenco de tendências teóricas. Todavia, a ética da responsabilidade oferece uma base de análise ética mais reflexiva frente às situações futuras. Nessa perspectiva o homem, segundo Gracia (2010), é um ser moral e, portanto, responsável por seus atos, pois somente o ser humano, devido sua capacidade de previsão, pode se distanciar da realidade e tomar partido por opções possíveis. Dessa forma, somente pode ser moral quem vive no futuro, entretanto, não o conhecemos, mas nos dirigimos a ele e somos obrigados a projetá-los.

No passado, os impactos tecnológicos não eram significativos, e não exigiam uma ética que se preocupasse com as consequências dos atos do ser humano e a vida no planeta. Era da chamada ética da proximidade, no entanto, atualmente, o agir do homem se modificou

para assuntos relativos à tecnologia, meio ambiente e preservação, assim é necessário um novo pensar, uma ética de responsabilidade com o futuro (Zancanaro, 2002).

Na teoria ética da responsabilidade temos como seu idealizador, Hans Jonas, que aponta para o choque causado pelas bombas atômicas de Hiroshima e Nagasaki, como o marco inicial do abuso do domínio destruidor do homem sobre a natureza. Mais do que a consciência de um apocalipse brusco, Jonas percebeu o sentimento de um apocalipse gradual, decorrente do perigo crescente dos riscos do progresso técnico global e seu uso inadequado. A moderna intervenção tecnológica mudou a realidade, sendo alterada radicalmente, o que faz o homem passar a manter com a natureza uma relação de responsabilidade, pois ela se encontra sob seu poder. Além disso, a manipulação do patrimônio genético humano pode introduzir alterações duradouras de imprevisíveis consequências futuras. Hans Jonas destaca uma nova proposição ética que contemple a natureza e não somente a pessoa humana (Siqueira, 2000).

Importante ressaltar que a finalidade da bioética não é “parar a ciência”, porém prevenir suas errâncias em que estão em jogo a sua respeitabilidade e o destino dos seres humanos, pois não são os conhecimentos que representam problemas, mas o poder e o desejo das pessoas (Durand, 2003). É necessário refletir sobre as questões éticas, ensinar uma ética de preservação, tratar de aspectos objetivos do viver e da relação com o futuro do planeta. Se, em decorrência das transformações globais, houve mudanças, é necessária, devido os novos desafios tecnológicos, a construção de uma ética baseada em imperativos que atendam os novos espaços de ação e poder. Refletir sobre o mais preocupante problema atual acerca do uso responsável da tecnologia e das novas tarefas de ética neste contexto (Zancanaro, 2002).

Além dessas teorias éticas descritas, alguns autores elaboraram propostas estruturadas, de forma metodológica, relativa à tomada de decisão em situações de conflito na bioética clínica.

Os métodos de análise moral geralmente partem de um princípio ou teoria moral e chegam à solução, aplicando essas normas a uma situação factual. Isso ocorre em um processo dedutivista, (de cima para baixo), ou seja, da regra geral para a situação particular. Alguns bioeticistas, entretanto, preconizam a metodologia casuística, como um método que trabalha o conflito “de baixo para cima”, enfatizando a análise de casos semelhantes e suas soluções propostas, comparando as similaridades e diferenças entre o caso presente e os anteriores, para chegar à solução do conflito, baseando-se nessa ‘jurisprudência’ bioética e não em princípios ou regras (Loch, 2008).

No entanto, para Durand (2003), a (bio)ética clínica não pode reduzir-se a uma casuística incoerente e de visão curta, inclui o recurso à diretrizes e elaboração de balizas,

além de uma reflexão contínua sobre os valores e seus fundamentos e também do acompanhamento da pessoas que cuidam da manutenção da dignidade do paciente, não se limitando somente a facilitar a tomada de decisão.

Segundo Loch (2008), a literatura propõe diversos roteiros para serem utilizados na análise de problemas em Bioética Clínica para chegar a um resultado satisfatório, auxiliando os profissionais de saúde e também os Comitês de Bioética. São utilizados como ponto de partida para um treinamento na metodologia de discussão de casos. Dentre os modelos consagrados de análise de casos, descritos pela autora, estão: o modelo principialista, o modelo de Thomasma, o modelo de Albert R. Jonsen e o modelo da Deliberação Moral de Diego Gracia.

No modelo Principialista temos as seguintes etapas: 1ª. Princípios considerados como sendo deveres *prima facie*, são os princípios da Não Maleficência, Beneficência, Autonomia e Justiça. 2ª. Princípios reais e efetivos: em que se devem hierarquizar os princípios *prima facie* em conflito, considerando a situação concreta e as consequências previsíveis, sendo que a hierarquia poderá variar de pessoa para pessoa, segundo a percepção que tenham da situação concreta e por fim levar em consideração o maior número de perspectivas, para enriquecer a análise, antes de tomar uma decisão (Loch, 2008). A abordagem principialista se tornou clássica, pois está centrada nesses princípios (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) cuja aplicação supostamente solucionaria os conflitos éticos na área da saúde. Mesmo com muitas nuances e críticas de vários autores sobre essa abordagem, as organizações científicas e diretrizes internacionais tomam os princípios como evidentes (Durand, 2003).

O método de Thomasma, por sua vez, propõe seis passos:

1. Descrever todos os fatos do caso e investigar cada fato médico não presente, mas relevante para a sua resolução.
2. Descrever os valores relevantes dos médicos, dos pacientes dos membros da família e equipe, da instituição e da sociedade.
3. Determinar o principal valor ameaçado.
4. Determinar os possíveis cursos de ação que podem proteger o maior número possível de valores, neste caso concreto.
5. Eleger um curso de ação.
6. Defender este curso de ação a partir dos valores que o fundamentam. Porque se elegeu, neste caso, um valor sobre o outro? Porque o curso de ação X é melhor que Y? (Loch, 2008, p307).

O método de Albert R. Jonsen propõe a análise de casos em três passos: 1º passo: refere-se à exposição do caso clínico, em que se incluem os fatos, (pessoa, tempo, lugar, ações, sintomas, sinais...) as opiniões, (diagnósticos, prognósticos, opções) as máximas (coisas que se devem promover ou evitar) e os valores (estados que se devem promover ou evitar). 2º passo: refere-se ao comentário moral, a partir de quatro categorias: indicações

médicas tendo como referência, o princípio da beneficência (diagnósticos e prognóstico, objetivos terapêuticos, eficácia e ineficácia, utilidade e futilidade da estratégia clínica); preferências do paciente, apoia-se no princípio da autonomia, relativos aos valores do paciente; (capacidade de eleição, consentimento informado, decisões de substituição e antecipadas, recusa, crenças, desejos, opiniões); qualidade de vida, refere-se ao bem-estar (avaliação subjetiva de um sobre a experiência subjetiva de outro, que envolve riscos, por exemplo, decisão de não se investir em ressuscitação cardiopulmonar); e fatores socioeconômicos apoiado no princípio da justiça (família, distribuição de recursos, pesquisa, confidencialidade, proteção de terceiros, custos de assistência, implicações legais). 3º passo: refere-se ao conselho moral ou resolução do caso, considerados o ponto mais problemático, com a validação das máximas e os princípios do paciente envolvidos. Utilizar de uma taxonomia para classificar os casos que são similares, ainda que diferentes e propor soluções prováveis ou razoáveis (Figueiredo, 2011, Loch, 2008).

Figueiredo (2011) descreve também sobre o método de James F. Drane e sinaliza que esse modelo contempla aspectos da proposta de Thomasma e Jonsen, embora os princípios da autonomia e beneficência, também sejam utilizados como guia para a reflexão. Esse método contempla três fases: 1ª fase - Descritiva: serve de guia para identificação de fatores médicos (diagnósticos, prognóstico, objetivos, opções de tratamento), fatores éticos (quem é o paciente? seus interesses, desejos, sentimentos, intenções e preferências do paciente, do médico, da instituição e sociedade), fatores socioeconômicos (custos para paciente, família e hospital, sistema de saúde, seguradora, governo e sociedade). 2ª fase – Racional: guia acerca dos fatos relevantes, observam-se as categorias ético-médicas, (termo de consentimento, razão do tratamento, confidencialidade e possibilidade de experimentação) e princípios (beneficência, autonomia, respeito, veracidade, fidedignidade, sacralidade da vida, justiça). 3ª fase – Volitiva: refere-se aos fatores que servem de reflexão para a tomada de decisão como: ordenamento dos bens (escalonar os interesses em prioridades), ordenamento de princípios (quando em conflito devem ser ordenados conforme as crenças pessoais e os compromissos profissionais, sendo a beneficência prioritária), tomada de decisão (decidir com prudência, sensibilidade, de acordo com os limites de sua experiência pessoal e profissional).

O método de destaque neste estudo é a proposta do espanhol Diego Gracia com procedimento de tomada de decisão ética a partir da Teoria da Deliberação Moral. A deliberação, segundo Gracia (2001, p.7).

É o processo de ponderação dos fatores que intervém em um ato ou situação concreta, a fim de buscar sua solução ótima ou, quando esta não é possível, a menos lesiva. A deliberação pode ser individual ou coletiva. Delibera-se sobre o que permite diferentes cursos de ação, em ordem a buscar o mais adequado. Nem sempre se consegue que todo o mundo aceite um curso como o mais adequado. Após a deliberação, pois, resulta a possibilidade que duas pessoas cheguem a conclusões distintas e que, portanto elejam cursos de ação diferentes.

A deliberação, segundo Gracia (2004, p.27), é um procedimento. Por essa razão, podem-se estabelecer fases que devem passar todo processo deliberativo:

1. Apresentação de caso pela pessoa responsável pela tomada de decisão;
2. Discussão dos aspectos médicos da história;
3. Identificação dos problemas morais que apresenta;
4. Eleição pela pessoa responsável pelo caso do problema moral;
5. Identificação dos cursos de ação possíveis;
6. Deliberação do curso de ação ótimo;
7. Decisão final;
8. Argumentos contrários à decisão e argumentos que estariam dispostos a defender publicamente.

Em tempo, conforme já mencionado, o procedimento proposto no Método de Deliberação Moral, segundo Diego Gracia, é o referencial metodológico-conceitual a ser mais detalhadamente abordado no decorrer deste estudo.

Avalia-se que nessas propostas teórico-metodológicas da bioética apresentadas, nota-se o direcionamento desses modelos para a tomada de decisão diante de situações de conflitos éticos que surgem em situações presentes na prática clínica na área da saúde, caracterizada como bioética clínica. Verifica-se, porém, que várias outras circunstâncias são encontradas no cotidiano dos profissionais de saúde, por conseguinte, que se traduzem como problemas éticos e fazem emergir conflitos que estão além da relação clínico-assistenciais.

Por isso, a bioética clínica não pode ser compreendida de forma separada da bioética em geral, pois em razão de sua natureza pluralista, a bioética não deixa de nutrir-se dos dilemas que surgem no cotidiano da prática clínica em saúde (Marques Filho, 2008).

Na prática clínica em saúde, os problemas que geram conflitos éticos, se estabelecem geralmente em torno da relação entre os atores (profissional de saúde e paciente) envolvidos na ação assistencial. Todavia, faz-se necessário acrescentar que essa ação geralmente ocorre em ambientes organizacionais estruturados para a realização dessa prática. Conclui-se, portanto, que a prática clínica também apresenta implicações desse ambiente de saúde. Dependendo do modo como o trabalho em saúde está organizado nesse ambiente e dos rumos e metas organizacionais direcionados a partir das decisões tomadas, pode haver maior ou menor intensidade dessas interferências.

No âmbito hospitalar, em especial, verifica-se uma complexidade organizacional onde se associam inovações tecnológicas, serviço social, pessoal assalariado e autônomo, financiamento público e privado, missão de caridade e orientação para os negócios. Assim, os conflitos éticos enfrentados também não são simples, nem poucos, pois podem abarcar variados aspectos, dentre eles: a identidade e a missão, a própria prática clínica e o relacionamento com médicos e outros profissionais de saúde (Zoboli, 2004).

Esse cenário organizacional traduz a importância do papel das lideranças em geral nos hospitais. Impele aos enfermeiros em seu papel gerencial uma postura humanística, em que suas ações gerenciais sejam alicerçadas em preceitos éticos. As ações gerenciais na saúde, segundo Marx (2006), requerem atitudes em alto nível de exigência, pois movido por valores deve-se manter boas práticas gerenciais, sendo verdadeiro consigo mesmo e com os outros, responsável, sabendo respeitar o tempo deles, com honestidade, ajudando-os a se sentirem seguros, comunicando-se muito, sendo flexível, mostrando vontade de apreender, pedindo ajuda e cuidando dos outros.

Alguns dos problemas identificados como conflitos éticos na área da saúde são sinalizados em um estudo realizado em duas instituições de saúde com integrantes da equipe de enfermagem. O estudo permitiu identificar o ambiente organizacional como fonte de sofrimento moral. Dentre as situações pontuadas pelos sujeitos, encontra-se o desejo e o compromisso de desempenhar um trabalho de qualidade e por outro lado, a constatação da precariedade de recursos, associada ao receio de receber punição ao solicitar melhores condições de trabalho. Outras situações estão presentes nas relações interpessoais no trabalho, em que os participantes da pesquisa pontuaram conflitos com a chefia, administração e representantes do poder, derivados de relações autoritárias, envolvendo humilhações e ofensas e conduzindo a sentimentos de medo de demissão e falta de autonomia, atitudes de passividade e não enfrentamento dessas situações (Dalmolin, Lunardi, Lunardi Filho, 2009).

Denota-se, em relação ao estudo citado, a percepção dos trabalhadores de enfermagem sensíveis aos problemas por eles vivenciados como geradores de conflitos éticos. Tal sinalização nos remete a indagar se essa percepção, ou até mesmo essa sensibilidade, também está presente na complexa e dinâmica área da administração hospitalar a ser estudada nesta pesquisa, mais propriamente em relação à ação gerencial dos enfermeiros. Indo mais além, nos leva novamente a tentar desvelar o modo como as decisões desses enfermeiros ocorrem frente aos conflitos éticos experienciados.

2.4 A TOMADA DE DECISÃO DOS ENFERMEIROS NA ÁREA GERENCIAL MEDIANTE CONFLITOS ÉTICOS – O OBJETO DO ESTUDO

Os enfermeiros na sua atuação no gerenciamento do serviço de enfermagem hospitalar, ao exercer suas atividades, apresentam, por vezes, dificuldades oriundas da complexidade e amplitude das atribuições de seu cargo. Ao mesmo tempo em que a posição lhe confere a autoridade e o poder de tomar decisões sobre as mais diversificadas áreas de atuação na enfermagem lhe é atribuído uma responsabilidade sobre seus atos em sua função. Segundo Schermerhorn Jr. (2007), além disso, o trabalho gerencial é nitidamente ocupado, exigente e estressante em todos os níveis de responsabilidade e em qualquer ambiente de trabalho, pois em geral, trabalha-se por muitas horas, em um ritmo intenso, com tarefas variadas e fragmentadas, com a utilização de muitos meios de comunicação e através de diversificadas relações interpessoais.

Servindo como preceitos para guiar os atos gerenciais, as organizações fornecem, em geral, duas categorias de informações, sendo que, a primeira está escrita em manuais de políticas, de regras e de procedimentos e códigos de ética profissional e a segunda, denominada de cultura organizacional, refere-se aos valores adotados na instituição (Toffler, 1993). Apesar dos atos gerenciais estarem apoiados em normas institucionais ou códigos vigentes, ocorre que, muitas vezes, dependendo da problemática presente, esses instrumentos são insuficientes ou não conseguem respaldar e direcionar as ações gerenciais.

Várias são as ações de coordenação com o objetivo de conduzir a equipe e viabilizar o trabalho para a obtenção de uma assistência de enfermagem de qualidade. Dentre essas ações inclui-se a mediação de conflitos gerenciais. No gerenciamento de conflitos, na ciência administrativa, segundo Ciampone e Kurcgant (2010), quatro estratégias podem ser utilizadas: a acomodação, em que se busca harmonizar a situação por encobrimento do problema na tentativa de superficializá-los; a dominação, em que o exercício do poder é levado ao extremo, sendo que uma das partes (considerada a mais forte) se impõe sua solução sobre a outra; a barganha/compromisso, em que cada parte cede a fim de se resolver o conflito, entretanto gera dívidas em relação à outra parte; a solução integrativa dos problemas, em que se objetiva satisfazer as partes através de soluções alternativas.

Todavia, no bojo da responsabilidade do gerenciamento de enfermagem, surge a incorporação de valores como honestidade, compromisso, respeito, lealdade, liberdade, engajamento, entre outros, assim como, a realização de deveres também necessários para

subsidiar as ações, perante um agir e pensar ético no seu cotidiano. Na realização dessa função, o enfermeiro se depara com situações em que tais valores e deveres podem se apresentar em confronto gerando conflito ético.

A maioria dos problemas éticos surge quando algo a ser realizado ou alguma coisa agride a consciência pessoal. Para alguns se a ação ou o fato for considerado legal não há empecilhos, no entanto, para outros, isso vai além da legalidade vigente e a questão estende-se aos valores pessoais (as crenças e atitudes) que ajudam a determinar o comportamento. Como os valores são diferentes entre as pessoas, podem-se esperar também diferentes interpretações sobre fatos que inferem em conflitos éticos em uma dada situação (Schermerhorn Jr., 2007). Os valores, os deveres e o estilo operacional da organização (a cultura) exercem um potente efeito sobre o que os gerentes identificam como preocupações éticas em seu trabalho e como lidar com esses problemas. Muitas vezes, esses valores, deveres e o estilo operacional da organização são a causa, não intencional, dos conflitos éticos que surgem.

Assim, sentimentos de aflição, medo, culpa e arrependimento, em geral, acompanham as situações de conflitos éticos, portanto, os sentimentos que os agentes experimentam nessas situações parecem indicar que esses conflitos não somente são comuns, como frequentes (Nunes, 2010).

Na área gerencial as questões eticamente conflitantes podem aparecer sob diversas formas, como: conflitos entre dois ou mais valores pessoais, entre valores pessoais e de uma outra pessoa ou da organização, conflitos entre princípios e a necessidade de atingir um resultado almejado e o conflito de valores entre dois ou mais indivíduos ou grupos com os quais se tem alguma obrigação (Toffler, 1993).

Isso também ocorre porque nas organizações existem diferenças entre as responsabilidades das pessoas, dos colaboradores, dos consumidores e da instituição propriamente dita, configurando-se em um potencial para os administradores, em geral, vivenciarem conflitos. Os múltiplos papéis de responsabilidade na profissão de enfermagem aumentam ainda mais a probabilidade dos gerentes terem de enfrentar conflitos éticos em sua prática (Marquis, Huston, 2010).

O conflito moral (ético) surge quando o agente moral se encontra perante a uma “encruzilhada moral”, em uma situação de perplexidade subjetiva. O sujeito moral tem de escolher entre duas ou mais alternativas, entretanto, nenhuma delas está livre de problemas éticos. Também se admite conflitos morais em situações as quais é impossível honrar todos os valores (ou deveres) morais implícitos em uma situação concreta (Ferrer, Alvarez, 2005). São situações que fornecem ao gerente um curso de ação que, embora apresente um potencial

benefício pessoal e organizacional, ou até mesmo ambos, podem ser entendidos como potencialmente “não-ético”. Portanto, são situações em que as decisões devem ser tomadas, mas sobre as quais não há um consenso claro quanto ao que é “certo” ou “errado”. Assim, surge a responsabilidade (um peso) do gerente ao tentar realizar boas escolhas (Schermerhorn Jr., 2007).

Torna-se claro que os conflitos éticos não apresentam respostas certas definidas e que procurar uma resposta através de formulações simplistas como “isto ou aquilo”, pode resultar na pior consequência possível. Gerenciar situações eticamente conflitantes é um dos maiores desafios dos gerentes, pois requer, na realidade, a definição do problema e profunda análise da situação ética em conflito (Toffler, 1993).

Em uma época de recursos cada vez mais limitados na área da saúde e a presença de fatores como: mais tecnologia, pressões de regulação e competitividade entre os provedores de saúde, carências de enfermeiros no país, recursos financeiros reduzidos, espiral de custo de suprimentos e salários e aumento da desconfiança pública do sistema de saúde, aumenta mais a susceptibilidade de conflitos éticos, principalmente na área hospitalar (Marquis, Huston, 2010).

A partir da explanação apresentada denota-se, neste cenário, que emerge alguns dos propósitos deste estudo, que se detêm em identificar os conflitos éticos presentes no cotidiano dos enfermeiros com atuação gerencial e como esses conflitos são percebidos por eles. Pelas características burocrático-administrativas dessa ação gerencial, indaga-se sobre o modo com esses enfermeiros tomam decisões perante conflitos éticos, e o que levam em consideração, quais aspectos ou elementos são importantes para este tipo de decisão e quais seriam os caminhos ou alternativas utilizadas por eles.

Alinhando essas questões e os assuntos discutidos, na tentativa de entrelaçar os temas: conflito ético, tomada de decisão e gestão em enfermagem, estimulou-se neste estudo buscar analisar reflexivamente, sobre o posicionamento dos enfermeiros no gerenciamento, enquanto agentes decisores, perante os conflitos éticos por eles vivenciados. Para isso, utilizou-se como base de análise, o procedimento da Teoria de Deliberação Moral, segundo o Bioeticista Diego Gracia, como referencial metodológico-conceitual deste estudo.

A discussão do presente estudo se propõe a contribuir para a melhoria da complexa e abrangente atividade gerencial em enfermagem. Avalia-se, neste sentido, que alguns enfermeiros podem apresentar sentimentos contraditórios e ansiedade na resolução de problemas que demandam tomadas de decisão mediante questões éticas. A abordagem desta temática é uma maneira de compartilhar as informações a respeito de um assunto pouco

explorado na literatura, e, ainda, ter a possibilidade de oferecer suporte oriundo dos resultados apresentados, através de mecanismos facilitadores e de posicionamentos críticos e reflexivos, no enfrentamento de situações éticas auxiliando, assim, a atuação dos enfermeiros em sua ação gerencial.

3 O REFERENCIAL METODOLÓGICO-CONCEITUAL

3.1 CONCEPÇÕES SOBRE A TEORIA DA DELIBERAÇÃO MORAL, SEGUNDO DIEGO GRACIA

O papel fundamental da bioética é reconhecer que é necessário o desenvolvimento de estratégias para mediar conflitos morais (éticos) e assegurar que não é preciso que todos os atores morais tenham as mesmas crenças, entretanto, saibam se respeitar e tolerar mutuamente (Diniz, Guillém, 2005).

Neste aspecto, na enfermagem gerencial, avalia-se que os conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros não são raros, exigindo tomada de decisão objetiva e clara e em certos casos, imediata. Percebe-se de forma geral, que as decisões, ainda são tomadas sem uma análise detalhada dos aspectos de envolvem a situação, causando por vezes, sentimentos de angústia e, em alguns casos, arrependimentos pela conduta adotada. Acresce-se que a tomada de decisão abarca elementos tanto subjetivos do decisor, caracterizados por crenças, convicções, princípios, além de elementos objetivos, constituintes do modo como o trabalho e a profissão se organiza, em que se destacam as normas, rotinas, metas e objetivos organizacionais, além de leis, códigos, entre outros. Todos esses fatores encerram a tomada de decisão, como uma ação de alta complexidade e dificuldade, em especial, quando estão presentes valores éticos que se confrontam entre si.

Para tanto, na bioética, conforme citado anteriormente, foram descritos vários métodos de análise de problemas morais por vários bioeticistas, que apresentam por objetivo propiciar uma aplicabilidade processual, como um instrumento facilitador para a tomada de decisão diante de conflitos éticos.

Reforça-se neste estudo em particular, toma-se como referencial metodológico-conceitual, o procedimento da Deliberação Moral que desenvolvido pelo bioeticista espanhol Diego Gracia (Gracia, 2001).

Diego Gracia tem formação em psiquiatria, professor de História da Medicina e Bioética e diretor de pós-graduação da disciplina na Complutense Universidade de Madri e do Instituto de Bioética da Fundação para Ciências em Saúde da mesma cidade, entre outros títulos. Considerado um “sinônimo” de uma das principais correntes de pensamento destinadas a fornecer fundamentos teóricos à Bioética: a espanhola (CREMESP, 2006).

Gracia (2000) ao desenvolver o método de deliberação moral se embasou no método clínico, afirmando que a lógica da medicina baseia-se em fatos e que o juízo ético começa na

percepção dos fatos, opiniões e circunstâncias e na avaliação da importância ética desses fatos é que eles ganham significado.

Analisando o descrito, verifica-se que as decisões no gerenciamento em enfermagem também têm por base os fatos que apresentam problemas éticos, envolvendo questões administrativas. Esses, por sua vez, podem afetar direta ou indiretamente os aspectos que envolvem o paciente (a clínica) necessitando serem avaliados sob a perspectiva e a sensibilidade do olhar ético. Portanto, do mesmo modo, a ética apresenta sua relevância na área administrativa, assim, justifica-se a possibilidade da utilização do método da Teoria Deliberação Moral, proposta por Diego Gracia, também na área gerencial da enfermagem, como referencial metodológico-conceitual.

A palavra método deriva do grego antigo, *méthodos*, que significa caminho, via, rota. Simplificando, método é o modo, o caminho, o conjunto de passos estabelecidos antecipadamente, para dizer ou fazer alguma coisa com determinada ordem e correção (Montero Delgado, 2008).

Através do caminho descrito por Gracia pretende-se, neste estudo, engendrar o método deliberativo como referencial de análise na tomada de decisão do enfermeiro com atuação gerencial diante de conflitos éticos.

A deliberação decorre do reconhecimento e aceitação da incomensurabilidade da realidade, dos quais resulta a necessidade de enriquecer a compreensão das coisas e dos fatos a partir de diferentes perspectivas. No reconhecimento dessa incomensurabilidade, a deliberação considera impossível aplicar um raciocínio do tipo matemático às questões da vida, como a ética (Zoboli, 2010).

Etimologicamente, o termo deliberar provém do latim *deliberare*, composto pelo prefixo “*de*” que indica intensidade, inteiramente e “*liberare*” que significa pesar, balançar, da raiz libra (balança). Trata-se, portanto, de uma balança teórica utilizada como ferramenta conceitual para equilibrar os argumentos contra e a favor de uma idéia que na ética consiste na elaboração de um juízo moral (Montero Delgado, 2008).

A deliberação busca analisar os problemas em toda sua complexidade o que supõe ponderar tanto os princípios e os valores como as circunstâncias e consequências dos casos. Isso permitirá identificar todos, ou pelo menos, a maioria dos cursos de ação possíveis para os problemas éticos. Como norma, pode-se considerar que os cursos de ação possíveis são sempre cinco ou mais e se forem identificados menos, existe um defeito no processo da análise de deliberação de tomada de decisão ética. Por outro lado, os cursos de ação ótimos

não estão geralmente nos extremos, mas os médios. Por essa razão, o resultado do processo de deliberação é geralmente diferente nos procedimentos dilemáticos (Gracia, 2001).

Neste ínterim, a tomada de decisão em condições de incerteza precisa ser razoável e prudente em sua análise, na própria tomada de decisão, na implementação e na posterior avaliação, em todos os aspectos. Atuar dessa forma produz, quase sempre, mais possibilidades ou alternativas de solução (Hernando, Marijuán, 2006).

O processo de deliberação exige uma escuta atenta (a angústia geralmente não deixa escutar o outro, certamente porque se tem medo do que se pode decidir), um esforço para compreender o objeto do estudo, da situação e a análise dos valores implicados, a argumentação racional dos cursos de ações possíveis e os cursos considerados ótimos, a clareza do marco legal, o consenso não diretivo e a ajuda no caso, em que a escolha por aquele que tem o direito e dever de tomar a decisão, não coincida com o que o profissional considera a mais correta, ou o encaminhamento a outro profissional em caso contrário (Gracia, 2001).

Ressalta-se que a deliberação não se fundamenta como ocorre na lógica democrática, através de critérios numéricos ou quantitativos, mas sim em critérios qualitativos e de consenso (Montero Delgado, 2008).

Deliberar é uma arte, baseada no respeito mútuo, em certo grau de humildade ou modéstia intelectual e no desejo de ampliar a própria compreensão dos fatos, ouvindo e trocando opiniões e argumentos com outras pessoas implicadas no processo. É um modo de análise público e crítico dos próprios pontos de vista, necessita de conhecimentos, mas principalmente de certas habilidades e, sobretudo, certas atitudes e de traços de caráter. Uma pessoa com graves restrições psicológicas, com medos inconscientes ou preconceitos rígidos, sem a capacidade de analisá-los e verbalizá-los pacificamente sem ansiedade, terá uma capacidade reduzida de intervir ativamente em um processo de deliberação (Gracia, 2001).

É um processo autoeducativo, quase uma autoanálise, e até certo ponto uma terapia, pois leva a um conhecimento de si próprio e a um respeito mais profundo pelas outras pessoas. É uma tarefa considerada difícil que necessita de muitas possibilidades como ausência de restrições externas, boa vontade, capacidade de dar razões, respeito mesmo em ocasiões de desacordos, desejo de entendimento, cooperação e colaboração. Ela não se apóia na decisão e sim no compromisso (Gracia, 2000).

Através da deliberação se realiza a discussão interna que se estabelece sobre possíveis objetivos e possíveis meios a serem empregados para estabelecer os cursos de ação. Deve-se nortear essa discussão através do critério ético de buscar fins bons, através de meios

igualmente bons, portanto, evitar o emprego de meios maus para atingir fins bons (Sertek, 2002).

A deliberação deve ser especialmente promovida sempre que os valores individuais e coletivos estiverem em conflito ou sob ameaça (Zoboli, 2010).

Dessa forma, mais uma vez analisa-se a possibilidade da aplicabilidade de parte dos constructos da Teoria Deliberativa descrita por Diego Gracia na área do gerenciamento em enfermagem, em que, por vezes, se presencia valores tanto individuais como coletivos presentes em situação de conflito, gerados pelos problemas éticos que se apresentam no cotidiano.

3.2 DELIBERAÇÃO MORAL COMO PROCEDIMENTO PARA TOMADA DE DECISÃO FRENTE A CONFLITO ÉTICO, SEGUNDO DIEGO GRACIA

Importante ressaltar que na proposta deliberativa de Diego Gracia os conflitos morais podem ser tratados como problemas ou dilemas éticos. Assim, a compreensão dessa diferenciação e tomar as questões éticas como problemas são essenciais nessa proposta (Zoboli, 2012).

A palavra dilema é oriunda do grego “*lêmma*” e o prefixo “*dis*” que significa dois. Dessa forma, o termo dilema significa um argumento formado por dois opostos diferentes (Gracia, 2001).

O termo dilema ético é comumente utilizado para se tratar as questões éticas em debates escolares, nas salas de aula, na mídia. Geralmente as pessoas são divididas entre os grupos “contra” e a “favor” e estimuladas a se posicionar frente a questões opostas em relação a um assunto, partindo-se do pressuposto que as questões éticas têm uma única resposta, com somente duas possibilidades de escolha (positiva e negativa). Isso equivale a converter o problema ético em dilema e nesse caso, a conciliação torna-se impossível, a eleição de uma das propostas leva a rejeição da outra (Zoboli, 2010). Esta abordagem leva em conta que somente uma das duas possibilidades podem ser considerada a única certa e que o objetivo da ética como disciplina é dar a razão e argumento que inclinem a escolha de um jeito ou de outro, decidindo irrevogavelmente que a resposta é correta ou é errada (Gracia, 2005).

Quando os conflitos morais são tratados como ‘dilemas’, dispõem-se os argumentos ‘pró’ e ‘contra’ nos pratos da balança e a resposta inquestionavelmente correta estará no lado

para o qual o pêndulo se deslocar. Dessa forma, o equilíbrio é considerado impossível, pois a racionalidade é decisionista (Gracia, 2001).

A decisão sempre precede a ação e isso resulta na capacidade que o homem livre tem para guiar o seu agir. Os seres humanos são os únicos capazes de realizar manifestações externas que resultam de processos racionais de decisão. Este poder de decidir, enquanto exercício da autonomia individual é, portanto, próprio do ser humano, como um ser livre. A liberdade revela-se no agir, através das escolhas que a vontade, enquanto, “livre”, determina. O ato, portanto, resulta do exercício dessa liberdade individual, da possibilidade que cada um tem em escolher entre diferentes alternativas (Fernandes, 2010).

Portanto, a decisão é considerada um mecanismo racional, próprio e exclusivo dos seres humanos, mas compreende-se que para sua manifestação frente a problemas éticos geradores de conflito, valores como liberdade e autonomia devem estar presentes.

Na área administrativa, algumas ferramentas racionalistas podem ser utilizadas como recursos de modo a facilitar a tomada de decisões. Nesse âmbito, as ciências quantitativas como a matemática, a economia e a estatística, permitem a quantificação, a previsão e a normatização do processo decisório, sob um ponto de vista racional e utilitário. Princípios são estabelecidos com objetivo de obter uma menor margem de erro e perdas e maior margem de ganhos e aproximação dos valores esperados em relação à utilidade (Ciampone, 2005).

Avaliando o exposto, evidenciam-se os estudos sobre utilização de ferramentas técnicas na área gerencial, para promover a tomada de decisão, com vistas a alcançar as metas organizacionais, no entanto, acredita-se que, quando a decisão na gerência abrange problemas éticos, emerge a necessidade de uma reflexão dos valores presente no fato. Neste ponto, concorda-se com Zoboli (2012), que essa redução da ética a cálculos de probabilidade dificulta a deliberação.

Novamente se valida apropriar-se do método de Deliberação Moral, descrito por Diego Gracia, como aporte para decisões gerenciais que abarcam problemas éticos, em um caminho para se buscar decisões ponderadas e prudentes.

Quanto à palavra problema, é um termo que provém do grego “*problema*”, significa lançar-se adiante, propor (Gracia, 2001). Simplificar os conflitos ou problemas éticos em dilemas pode acarretar consequências trágicas, devido às alternativas mais fáceis de elaboração serem as extremas. É muito importante que os profissionais conheçam a diferença entre dilemas e conflitos. Os conflitos se apresentam como questões abertas que não sabemos se podemos ou não resolver, pois a solução não está presente desde o início, sendo que a questão não é escolher entre duas respostas possíveis, mas criar ou produzir respostas certas.

O termo conflito, é entendido como choque de duas ou mais coisas, procede do latim *confligo*, traduzido por pelejar, brigar, “*Confligo*” é o ato, a ação o chocar de coisas entre si, é o choque em si de duas ou mais coisas. Um conflito é resultado de um choque entre dois elementos que convergem em certa situação e resultam incompatíveis entre si. Um conflito gera situações concretas e assim trazem problemas. Os problemas são as vias possíveis de solução de um conflito, assim o conflito surgirá devido a problemas (Gracia, 2005).

O problema é um fato real descoberto como contraditório. A primeira condição para que haja um problema é que exista um objeto, o fato real. Esse será problemático quando estiver integrado por momentos diversos, cuja compatibilidade constitua, à primeira vista, em dificuldade; apareça como contraditória. A contradição é o caráter formal do problema; é o que o torna possível. Então, é preciso que se descubra a contradição que está no objeto. Os problemas são descobertos e não fabricados ou inventados (Zoboli, 2010).

Para Gracia (2005) existem os conflitos de fatos, em que se verifica o choque de duas ou mais realidades (exemplo, as guerras). Existem também os conflitos de deveres e os conflitos de valor, que englobam o conflito moral. Portanto, o conflito moral é sempre um conflito de deveres e valores.

Os juízos morais constroem-se pelo encadeamento de fatos, valores e deveres. Na proposta deliberativa de Diego Gracia, esses âmbitos da experiência moral constituem etapas do procedimento deliberativo. Assim, a ética constrói-se em três momentos: o momento cognitivo (dos fatos, que se orienta pela lógica cognitiva); o momento da valoração, estimação ou preferências (dos valores); e o momento da realização, que é o mais propriamente moral, é o momento do dever, do ato voluntário. A moral envolve, então, as faculdades cognitiva (fatos), emocional (valores) e volitiva (deveres) da inteligência humana. O momento “valorativo” requer o complemento do momento ‘volitivo’, da disposição para realizar os valores em um projeto (Zoboli, 2010).

Chamamos *fatos* a tudo aquilo que é a percepção de um dado, portanto algo perfeitamente objetivo, contundente e impositivo. A percepção e observação de um fato pode ser direta ou indireta. É direta quando vemos, tocamos, ouvimos de modo imediato algo, enquanto a observação indireta ocorre quando essas três sensações e outras muitas são obtidas mediante uma representação ou através de qualquer outro meio complementar. Por exemplo: é possível perceber um osso corporal diretamente, fazendo uma dissecação na pele ou no corpo, ou pode-se vê-lo através de uma radiografia que o representa, sem alterar o estado das coisas. Os fatos são, portanto, quaisquer dados observados da realidade. Esses dados, em função do objetivo a ser alcançado, podem receber diferentes nomes, por exemplo: sinais

objetivos. A ciência no geral trabalha com sinais objetivos. Sem a experiência desses dados não haveria ciência e a moral, ainda que a ciência e a moral não se reduzam a esses dados (Pose, 2012).

Não se pode confundir fatos com valores. Os fatos se percebem e os valores se estimam. Estimar não é perceber, enquanto que sem a percepção não seria possível a estimação (Pose, 2012).

Zoboli (2012) destaca que para se chegar ao juízo moral é necessário o juízo de fato, pois esse permite apurar o conhecimento da realidade. Porém, os fatos são apenas um dos âmbitos da deliberação. Deliberamos sobre fatos, valores e deveres.

Em relação aos valores, Max Scheler aos descrever sua teoria material dos valores, aborda sobre a objetividade dos valores e seu processo de apreensão de caráter emocional, pois é através da percepção emocional afetiva pura que ocorre o acesso ao mundo dos valores éticos, que estão fundados no conhecimento do bem, moldando assim, a conduta do homem. Os valores existem, inicialmente, de forma objetiva e são independentes de qualquer pessoalidade dos sujeitos que os portam, mas são apreendidos através desse processo emocional (Costa, 1996).

Assim, a tudo que percebemos atribuímos um valor. Isso é mais influenciado pelos sentimentos, do que pela percepção. Os fatos sem os valores são cegos. Os valores sem fatos são vazios. Fatos e valores são âmbitos distintos, mas relacionados. Os valores ancoram-se nos fatos. A tudo que percebemos, necessariamente, atribuímos um valor. Não há fatos puros, pois eles vêm com os valores (Zoboli, 2010).

Entretanto, a intuição dos valores pode ser clara para cada um de nós, mas é necessário compartilhá-las, pois não são comuns a todos. Para isso, precisamos aprimorar a linguagem e nos abrir às possibilidades da diversidade. Essa é uma tarefa árdua, pois a herança da formação positivista, em especial na área da saúde, dificulta o reconhecimento da intuição como parte legítima da razão e das diferenças unicamente como diversidade e não sinal de superioridade ou inferioridade (Zoboli, 2012).

Dos valores surge um tipo de juízo denominado por juízos valorativos. Esses, por sua vez, se apóiam nos juízos de percepção ou de fatos. Quando dizemos que o “pescado está caro” ou que “a manhã está bonita” estamos expressando juízos de valor. Curioso que apesar de serem juízos fundados em uma dimensão da realidade e percebidos de modo sutil (preferencialmente pela via emocional) são os juízos mais importantes, aqueles que dão sentido à nossa vida. Pelos fatos, somos iguais, pelos valores nos diferenciamos e nos enriquecemos, forjamos nossas vidas, construímos nossos sonhos e, por fim, projetamos

nosso mundo deveres. Os deveres são suportados pelos valores, como os valores eram pelos fatos. (Zoboli, 2010).

O dever se define precisamente como aquele que toda pessoa tem que realizar como seu mais precioso tesouro: os valores. Os deveres se fundam em valores que demandam sua realização. Ou seja, requerem se tornar realidade. O “realizar valores” é próprio da ética. A ética não trata diretamente dos fatos, embora parta deles, para a deliberação, também não trata dos valores, embora sua obrigação seja torná-los reais. A ética trata dos deveres. Nosso único dever ético é realizar valores, isto é, torná-los realidade na vida cotidiana, concretizá-los, encarná-los na realidade. Por exemplo, a ‘justiça’ nos pede que sejamos justos; a ‘verdade’, que sejamos verazes (Pose, 2012, Zoboli, 2010, 2012).

Não existe valor que não peça sua realização, o que pode representar um sério problema: dos valores que pedem sua realização, se considerar que a realização de um, significa prejudicar parcialmente ou totalmente o outro. Esta é uma situação típica a qual se encarrega a ética e a bioética: o conflito de valores. Se os valores não foram conflitivos seria desnecessária a ética. Abre-se a necessidade de passar do nível dos valores para o nível dos deveres, pois nem sempre sabemos o que devemos fazer em cada situação concreta. Sendo a ética uma disciplina prática é importante esclarecer que uma coisa é o que “deveria ser” e outra muito distinta é o que “deve ser” (Pose, 2012).

Nessa esfera do *dever* têm-se dois níveis: o “dever ideal” (deveria’) e o “dever realizável” (‘deve’). O raciocínio moral se dá nos dois níveis, ou seja, abarca o impossível necessário e categórico das proposições do tipo ‘deveria’ e o possível de ser realizado e hipotético das proposições do tipo ‘deve’. O dever moral é levar ‘o que há’ ao ‘deveria’, no menor tempo possível. Antes de chegar ao ‘deve’, tem de passar pelo ‘deveria’, que é o momento de idealidade. Os deveres podem entrar em conflito e nesse momento, fica-se sem saber como se deve agir para realizar os valores em certas situações. Para se descobrir o “devo” não se pode olhar unicamente para o meu “mundo ideal”, mas tenho que contar com a opinião dos demais, dialogando em deliberação (Zoboli, 2010).

As duas dimensões do dever, ora pontuadas, caminham com situações que podem advir do gerenciamento em enfermagem em que, muitas vezes, estão presentes valores em conflitos, nas quais os enfermeiros têm que deliberar entre o “deve” e o “deveria” nessa área.

Entretanto, segundo Zoboli (2010), o “mundo ideal” (“deveria”) não resolver os problemas do cotidiano, para tanto, é necessário nas situações de conflitos de valores projeções de maior concretude, assim, para poder determinar o que “devo” é importante contar com a opinião dos outros dialogando. Por ser impossível abarcar a realidade por

completo, os juízos de dever são sempre prováveis, ou seja, são juízos dialéticos, não apodícticos. Deliberar sobre deveres é atribuir conteúdos à ‘experiência moral’, em uma construção prudente e intersubjetiva.

No exercício da enfermagem gerencial surgem situações de conflito ético em que o enfermeiro tem que eleger entre as diferentes alternativas, para tanto, a avaliação do fato de forma reflexiva e ponderada deve ser considerada. Entende-se, diante do exposto, que a deliberação pode facilitar o processo dessa decisão.

Assumindo a metodologia da deliberativa de Gracia, apresenta-se a seguir de forma detalhada a composição de suas etapas e passos, a partir dos estudos realizados por Zoboli (2010).

Zoboli (2010, p.180) descreve em sua tese de livre docência as etapas e os passos da deliberação como um procedimento para análise de problemas morais (éticos), em que enquadra o procedimento deliberativo de Diego Gracia:

- a) Deliberação sobre os fatos: em que se inclui (1) apresentação do caso; (2) esclarecimentos dos fatos do caso;
- b) Deliberação sobre os valores: em que se inclui (3) identificação dos problemas morais do caso; (4) indicação do problema moral fundamental; e (5) identificação dos valores em conflito.
- c) Deliberação sobre os deveres: (6) identificação dos cursos de ação extremos; (7) identificação dos cursos de ação intermédios; e (8) identificação do curso de ação ótimo;
- d) Deliberação sobre as responsabilidades: (9) aplicação das provas de consistência ao curso de ação ótimo, que são as provas do tempo, publicidade e legalidade; e (10) decisão final.

Conforme descreve Zoboli (2010), apresenta-se a seguir, de forma mais detalhada, o procedimento de Deliberação Moral de Diego Gracia.

Na primeira etapa do método que trata sobre a Deliberação sobre os fatos, incluem-se os seguintes passos: (1) Apresentação do Caso: se refere ao relato da história com pontuações dos aspectos éticos envolvidos, pois o foco está no problema moral da situação em si. A história oferece suporte ao problema ético a ser analisado e necessita ser amplamente conhecida, explorada e entendida em todos seus aspectos e por todos. (2) Esclarecimentos dos Fatos do caso: abre-se a palavra para esclarecimentos dos pontos que não foram explicados ou que ficaram pouco claros, através de perguntas consideradas importantes ou pontos que não foram abordados na apresentação do caso, explorando inclusive o motivo dessa não inclusão. O caso necessita ser bem entendido para que os erros que possam advir, não se arrastem para as outras etapas impossibilitando a deliberação prudente. Esse passo apresenta por objetivo o entendimento do caso, diminuindo áreas de incerteza da situação.

A etapa da Deliberação sobre os valores é composta pelos seguintes passos: (3) Identificação dos problemas morais: os problemas morais percebidos no caso são listados. Sendo formulada a pergunta-problema em linguagem clara evitando-se ambiguidade, e também o uso de termos polissêmicos como autonomia, beneficência, não-maleficência, equidade entre outros, para facilitar encontrar os valores em conflito, através de uma linguagem precisa. A pergunta-problema deve ser realizada com base na concretude realidade do caso e não pode ser formulada de maneira genérica ou padronizada. Nem todas as perguntas-problemas listadas corresponderão a um “verdadeiro” problema ético, somente algumas dirão respeito a situações de conflito de valores. O importante é que sejam identificadas mais que sete e menos de quatorze perguntas-problemas, pois o excesso pode acarretar em repetição, mas uma listagem reduzida pode excluir o que se considera em verdadeiro como problemas éticos. No passo (4) Indicação do problema moral fundamental: elege-se um dos problemas identificados anteriormente. Por não ser possível analisar todos os problemas listados, a escolha de um ou dois problemas morais é o mais indicado. No passo (5) Identificação dos valores em conflito: deve-se verificar se o problema moral fundamental escolhido realmente representa um conflito de valores podendo ser objeto de deliberação prosseguindo-se, partir daí. É necessário colocar-se no lugar de que apresentou o caso para exercitar um rápido “*role-playing*” mental. Deve-se transpor sem perder a precisão a linguagem concreta dos problemas para uma mais abstrata, isolando os valores implicados na situação.

Na etapa referente à Deliberação dos Deveres, tem-se o passo (6) Identificação dos cursos de ação extremos: os valores em conflito são dispostos em dois pólos opostos e cada um deles corresponde a um curso de ação extremo e devem ser evitados, por serem os mais imprudentes, entretanto, para evitá-los devem ser claramente elucidados. A pendência humana é aproximar-se por um dos extremos, reduzindo problemas a dilemas, em que somente dois caminhos são possíveis para solucionar os conflitos. No passo (7) Identificação dos cursos de ação intermédios: apontam-se os “cursos de ação” que se movem entre os pólos extremos, denominados por “curso de ação intermédios”, pois parte dos extremos aos “justo meio” onde está a prudência. No passo (8) Identificação do curso de ação moralmente ótimo: elege-se, a partir dos cursos de ação intermédios, aquele que se considera o curso ótimo, sendo aquele que realiza ao máximo, ou prejudica menos possível os valores envolvidos. Isso requer da consciência moral um exercício cuidadoso, delicado e atencioso de comparações de opções. Nessa etapa configura-se o momento moral propriamente dito. O curso ótimo é considerado a opção mais prudente ou responsável, entretanto mesmo após a sua escolha não significa que

não haja falhas e neste caso o ideal é voltar a analisar a situação, pois pode ocorrer mudanças circunstanciais vislumbrando novos cursos de ação.

Na ultima etapa, que trata da Deliberação sobre as responsabilidades, inclui-se os seguintes passos: (9) Aplicação das provas de consistência: após eleito o “curso ótimo”, propõe que o submeta a uma comprovação de consistência através das provas de legalidade, publicidade e temporalidade. A prova de legalidade observa se a decisão tem base legal (há decisões morais ilegais), a prova de publicidade destaca a hipótese de se defender publicamente a decisão, sendo passível de argumentação pública responsável e justa e na prova de temporalidade avalia se a decisão tomada seria a mesma caso houvesse mais tempo para decidir, assegurando que a decisão seja precipitada, impulsiva ou movida pela emoção de modo excessivo. Tais critérios têm como propósito comprovar a prudência e a responsabilidade do “esboço moral” presente no “curso de ação ótimo”. No passo (10) Decisão final: cabe a pessoa envolvida no caso, a decisão final (Zoboli, 2010).

A deliberação, portanto, é um procedimento (meio) de análise de problemas orientados para tomada de decisões razoáveis e prudentes (fim) tanto de forma individual como social. Como consequência, não se deve confundir a deliberação com a decisão e o processo deliberativo com a capacidade de decidir. O objeto do processo de deliberação não é a tomada de decisão, que não tem e nem pode ter caráter executivo nem decisório, mas sim consultivo. Na proposta deliberativa, o guia condutor para a tomada de decisão é a prudência, dessa forma, traz como exigência, esforços de problematização de diferentes cursos para uma mesma situação de conflito. Evitando-se os cursos extremos implicados, buscam-se construções de cursos intermédios, espectro no qual pode estar à via ótima de ação (Gracia, 2004, 2010).

A prudência ora entendida como o justo meio, entre o “deveria” (intenções morais) e o “deve” (ações morais). Assim, cursos intermédios pela prudência decorrente do processo deliberativo que os precede são os que humanizam a ação (Zoboli, 2010).

Os problemas éticos que surgem na área administrativa em enfermagem também requerem decisões ponderadas, pois é importante lembrar que essas decisões podem afetar a vida de muitas pessoas na organização, inclusive pode interferir na qualidade da assistência prestada. É possível, portanto, através do método de deliberação moral, analisar os caminhos utilizados pelos enfermeiros diante de um fato ou situação concreta gerencial hospitalar, identificando os cursos de ação presentes e se suas tendências pendem para os cursos considerados extremos ou médios. Verificar os cursos de ação intermédios e avaliar se a

tomada de decisão perante a um problema ético conflitante nessa área, também está ou não pautada na prudência.

A ética prudencial é construída a partir do conceito de prudência, em grego (*fronesis*), que significa sabedoria prática, sabedoria do viver. A sabedoria prática aplica-se a todos os acontecimentos da vida diária, em especial, quando não há clareza sobre o caminho ético a seguir. A prudência auxilia a encontrar uma resposta equilibrada e ponderada sobre o rumo a ser tomado (Pegoraro, 2012).

Somente a partir de um agir refletido, ponderado, discutido, analisado, por fim deliberado, pode-se considerar um ato prudente. Mas, segundo Gracia as decisões prudentes não são necessariamente as mais certas. Porque, em ética, não existe certeza: há prudência ou imprudência. Neste âmbito está a deliberação, cujo objetivo é tomar atitudes prudentes, não as decisões corretas. É possível se equivocar e matar, ainda que com prudência, e salvar, apesar da imprudência (Gracia, 2005).

Zoboli (2010) destaca que os indivíduos prudentes são habilidosos, porém nem todos os hábeis são prudentes. A felicidade que a pessoa prudente visa é a do homem virtuoso, ou seja, é o estado daquele que é corajoso, temperante e justo. Somente o virtuoso é prudente, pois não há virtude sem prudência, pois sem essa não tem como operar a sua virtude.

O prudente, para Aristóteles (2006), é aquele que calculou bem para atingir algum bom fim sobre determinado assunto, sempre com relação à coisas, que não dependem da arte e nem da ciência. Ninguém delibera sobre coisas que não mudam e nem sobre coisas que não pode fazer. O homem prudente é em geral é aquele que sabe deliberar bem, portanto é o homem que calculou bem para atingir alguma boa finalidade.

As virtudes situam-se entre dois extremos, assim correspondem ao "justo meio". Isso não significa a metade do esforço ou mediocridade. O justo meio, não é um cômodo ponto intermediário. Essa ação valiosa que se busca está numa posição que exige maior energia do caráter moral. É o ponto que a virtude da prudência aponta é onde está esse justo meio nas situações concretas. (Sertek, 2002)

4 OBJETIVOS

- Identificar conflitos éticos na percepção de enfermeiros com vivência no gerenciamento de Serviços de Enfermagem hospitalar.
- Analisar como os enfermeiros com vivência no gerenciamento em enfermagem tomam decisões frente a conflitos éticos.

5 O CAMINHO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Na busca de interpretar com profundidade os significados das atitudes dos enfermeiros na sua atuação gerencial mediante conflitos éticos por eles vividos, foi utilizada neste estudo, a pesquisa de campo e de abordagem qualitativa.

A utilização do método qualitativo permite uma compreensão mais adequada às propostas desta pesquisa, uma vez que tem sido adotada essa opção metodológica na perspectiva de que é capaz de dar melhor e mais fidedignas respostas aos objetos de estudo que tratam da experiência humana. (Merighi, Praça, 2003). Na investigação qualitativa considera-se a realidade experienciada por sujeitos, que designam suas próprias significações sobre um dado evento, e que isso ocorre em um espaço social e subjetivo (Minayo, 2010).

Trabalhar qualitativamente implica em entender e interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa dá aos fenômenos em foco, através de técnicas de observação ampla e entrevistas em profundidade em que são valorizados o contato pessoal e os elementos do *setting* natural do sujeito (Turato, 2003).

5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo 20 enfermeiros com experiência de atuação na gerência de enfermagem em Instituições hospitalares. A participação dos enfermeiros, nesta pesquisa, ocorreu de forma livre e voluntária e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, conforme proposto na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que rege sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde (Apêndice A).

A pesquisa teve a participação desses 20 enfermeiros, cujo critério de inclusão era ter vivenciado, em sua atuação profissional, a área gerencial hospitalar. Tal critério foi estabelecido pela pesquisadora, a fim de que os mesmos pudessem ter subsídios para realizar uma análise consistente das entrevistas sobre possíveis conflitos éticos gerencial por eles vivenciados. Portanto, o foco central da primeira fase do estudo teve como propósito explorar a vivência do enfermeiro em relação aos possíveis conflitos éticos gerenciais percebidos em suas experiências atuais ou não, na área hospitalar, não sendo relevante o tipo de instituição de saúde.

Para tanto, utilizou-se a técnica “bola de neve” ou “*snow ball*” proposta inicialmente por Goodman (1961). Trata-se de uma técnica que permite a definição de uma amostra através de um sistema de referências feitas por pessoas que compartilham ou conhecem outras que possuem as características de interesse da pesquisa, no caso a vivência como enfermeiro na atuação na área gerencial. O processo é iniciado por certo número de pessoas selecionadas pelo pesquisador, que fazem parte da população alvo. Essas pessoas ficaram incumbidas, a partir dos seus contatos, em indicar outros indivíduos e assim sucessivamente até alcançar o tamanho amostral desejado, caracterizando uma amostragem aleatória, com um número definido de participantes. Esse processo é denominado por cadeia de referência

Dessa forma, na utilização da técnica “bola de neve”, a coleta iniciou-se através de um dos enfermeiros gerentes de uma unidade hospitalar concedente de campo de estágio para a Universidade, a qual a pesquisadora atua e após seguiu-se as indicações de outros profissionais de enfermagem progressivamente, também com experiência na área gerencial, formando a “rede social” dos participantes que fizeram parte da coleta. Assim, não houve a necessidade de realizar este estudo em local específico, devido à proposta desta pesquisa, através de seus objetivos, em explorar a vivência do enfermeiro na área gerencial, independente do local de atuação, conforme já mencionado.

5.3 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

No sentido de atender aos objetivos propostos, este estudo foi desenvolvido em duas fases:

1ª fase do estudo:

Procedimento de coleta de dados

Inicialmente, na busca identificar os conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros na atuação gerencial na área hospitalar foi necessária uma proximidade do pensar desses enfermeiros através da linguagem falada. Assim, cada enfermeiro foi convidado a participar da entrevista, através de agendamento prévio, via telefone e por correio eletrônico (*e-mail*), em seu horário disponível e local preferido. As entrevistas ocorreram em salas reservadas, onde estavam presentes somente o entrevistador e o entrevistado, garantindo a ausência de interferências e presença de terceiros.

Foi realizada uma apresentação e esclarecimentos sobre a justificativa da escolha do perfil do participante. Antes de proceder à pergunta norteadora foi esclarecido o teor, a utilidade e objetivo, assim como, as condições da entrevista e que as mesmas seriam gravadas.

Foi orientado também, que o tempo de resposta estaria a critério do entrevistado, ainda foi salientado o compromisso da manutenção do sigilo e anonimato do participante do estudo por parte da pesquisadora. Além disso, tomou-se o cuidado de explicar o conceito de “conflito ético”, conforme o descrito por Ferrer e Álvarez (2005), ao participante para esclarecimentos sobre o objetivo a ser atingido.

Foi entregue ao entrevistado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) sendo solicitada a leitura do mesmo e proposto a sua assinatura no caso de acordo. Após, foi solicitado ao respondente o preenchimento por escrito de um instrumento contendo os dados de caracterização do participante com os seguintes itens: idade, sexo, tempo de formação acadêmica, tempo de atuação na gerência de enfermagem, se realizaram algum curso de pós-graduação e quais foram esses cursos. Após cada preenchimento desse instrumento os participantes foram identificados pelas siglas ENF.1, ENF.2, ENF.3 e assim sucessivamente, conforme a realização das entrevistas.

Na sequência, as entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora a partir da questão norteadora. Nesta fase, portanto, foi realizada a entrevista semi-estruturada contendo a questão norteadora relativa ao primeiro objetivo da pesquisa (Apêndice B).

- Conte-me a respeito de conflitos éticos que já tenha vivido na sua atuação gerencial.

Anteriormente à implementação das entrevistas, realizou-se uma testagem prévia da pergunta norteadora, com três enfermeiros e como não houve necessidade de introduzir alterações na formulação da questão norteadora, para o alcance do primeiro objetivo, esses entrevistados foram incluídos no estudo. A intenção do pré-teste foi avaliar a objetividade, clareza e compreensão da questão norteadora.

Após o término da entrevista, a pesquisadora se prontificou a responder eventuais perguntas ou orientações solicitadas pelos enfermeiros. Ao término de cada depoimento, a entrevista gravada foi transcrita na íntegra e submetida à leitura para se obter um sentido geral, sem qualquer interpretação.

No sentido de apreender através dos discursos dos participantes, os problemas éticos vivenciados, os relatos dos enfermeiros analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo, descrita por Bardin (2011).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Essa abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das

mensagens tomadas em ou várias operações, em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados, ou aumentar a sua validade, aspirando assim, a uma interpretação final fundamentada. A técnica de análise de conteúdo apresenta como foco de interpretação a utilização dos discursos dos participantes, os quais devem ser lidos repetitivamente. Essa técnica aponta como pilares: a fase da descrição ou preparação do material, a inferência ou dedução e a interpretação. Os principais pontos da pré-análise são: a leitura *flutuante* (primeiras leituras de contato os textos), a escolha dos documentos (no caso, os relatos transcritos), a formulação das hipóteses e objetivos, a referência dos índices e a preparação do material. As operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, a descoberta dos diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, a realização do seu reagrupamento em classes ou categorias. Na fase seguinte, exploração do material tem-se o período mais duradouro: a etapa da codificação, na qual são feitos recortes em *unidades de contexto* e de *registro*; e a fase da categorização, no qual os requisitos para uma boa categoria são: a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade. Já a última fase, do tratamento e inferência à interpretação, permite que os conteúdos recolhidos se constituam em dados e/ou análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas (Bardin, 2011).

No que tange a análise inicial, procurando realizar uma reflexão do material empírico obtido, ao adentrar em cada descrição, foi possível perceber que alguns aspectos dos depoimentos se repetiam, fazendo aflorar as primeiras generalidades comuns entre eles. Evidenciaram-se através dos recortes das falas, 46 unidades de registro que respondiam ao primeiro objetivo. Para tanto, buscou-se, nas unidades de registros, os valores éticos ameaçados, relatados pelos enfermeiros entrevistados, utilizando-se o procedimento deliberativo de Diego Gracia, na segunda etapa, que trata da *Deliberação dos Valores*. Desse modo, seguiu-se analisando a situação-fonte, em que se identificaram os problemas morais de cada caso, a indicação do problema moral fundamental e por fim a identificação dos valores em conflito (Gracia, 2001).

A partir disso, foi realizada análise detalhada desses valores em conflito e do seu agrupamento buscou-se encontrar temas comuns. Do agrupamento foram identificadas três categorias e subcategorias correspondentes. As categorias foram: igualdade na distribuição da carga de trabalho; autonomia profissional nas decisões gerenciais e justiça e prudência nas decisões gerenciais. As categorias e subcategorias respectivas emergidas serão detalhadamente apresentadas, analisadas e discutidas no decorrer deste estudo.

Após o delineamento das categorias a partir dos conflitos éticos relatados, na busca de atingir o segundo objetivo, os participantes da pesquisa foram novamente convidados voluntariamente a participar da segunda fase do estudo.

2ª fase do estudo do estudo

Nessa segunda fase do estudo, foi utilizada a técnica de grupo focal (GF). Considera-se esta abordagem adequada, por ser capaz de proporcionar a manifestação do coletivo dos gerentes de enfermagem sobre a percepção da tomada de decisão frente a um conflito ético.

Para maior clareza da pertinência da escolha da técnica de grupo focal, como método de coleta de dados dessa segunda fase, destaca-se a seguir algumas concepções básicas que abrangem a técnica de grupo focal.

O grupo focal permite a emergência de multiplicidades de pontos de vista e processos emocionais ancorados na experiência cotidiana dos participantes, além da obtenção de quantidade substancial de material em um curto período de tempo e captação de significados, que é favorecida por meio da interação entre os participantes (Gatti, 2005).

A principal característica da técnica de GF reside no fato de trabalhar com a reflexão expressa através da “fala” dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema. No caso deste estudo, o tema a ser explorado é, portanto, como são tomadas as decisões frente a conflitos éticos na área gerencial. Em decorrência disso, as informações produzidas ou aprofundadas são de cunho essencialmente qualitativo (Moreira, Sucena, Cruz Neto, 2002).

A técnica de GF é importante ao estudo das representações presentes em um dado grupo social, porque, de certo modo, simula conversações espontâneas pelas quais as representações são vinculadas no cotidiano. Essa técnica é considerada adequada para construção e validação de conteúdos específicos para um instrumento. Os grupos focais são usados para focalizar a pesquisa, formular questões precisas, além de complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções, sendo que no presente estudo, será explorada atitude do grupo na tomada de decisão frente a um conflito ético (Minayo, 2004).

Para o desenvolvimento da técnica de GF faz-se necessário o desempenho de funções, distribuídas e organizadas durante a realização do grupo, constituídas por: mediador ou moderador, relator, observador e operador de gravação. O mediador ou moderador é considerado a função-chave da técnica, responsável pelo início, motivação, desenvolvimento e conclusão dos debates, sendo a única pessoa a intervir e interagir com os participantes. A

qualidade dos dados e das informações levantados no GF está intimamente vinculada ao seu desempenho, que se traduz no favorecimento da integração dos participantes; na garantia de oportunidades equânimes a todos; no controle do tempo de fala; no incentivo e/ou arrefecimento dos debates; na valorização da diversidade de opiniões; no respeito à forma de falar dos participantes; na abstinência de posturas influenciadoras e formadoras de opinião. O relator tem como atribuição anotar as falas, denominando-as, associando-as aos motivos que as incitaram e enfatizando as idéias nelas contidas. Deve registrar também a linguagem não verbal dos participantes (tons de voz, expressões faciais e gesticulações). O observador tem como objetivo analisar e avaliar o processo de condução do GF, atendo aos participantes isoladamente e em suas relações com o mediador. As anotações têm como meta a constante melhoria da qualidade do trabalho e a superação dos problemas e dificuldades enfrentados, adotando como ponto de partida: se cada participante sentiu-se à vontade; se houve integração entre os participantes; se houve compreensão correta sobre o intuito da pesquisa e a forma como as funções foram exercidas. O operador de gravação tem como função a gravação integral, de acordo com o equipamento disponível (Moreira, Sucena, Cruz Neto, 2002).

Ressalta-se que na técnica de GF, o moderador não deve expressar opiniões próprias, mantendo-se neutro diante das colocações dos participantes e viabilizando a discussão no tema central. Pode-se optar entre a *técnica de moderação diretiva*, a qual utiliza perguntas diretivas e limita a amplitude das respostas e a *técnica de moderação não diretiva*, em que se utilizam perguntas abertas, permitindo maior expressão dos participantes do grupo (D'Agnoll, Ciampone, 1999). Neste estudo optou pela técnica de moderação não diretiva.

Para realização dos grupos, deve ser reservado um espaço, preferencialmente neutro e de fácil acesso aos participantes. Uma sala que abrigue confortavelmente o número de participantes e moderadores e que esteja protegida de ruídos e interrupções. Também deverá ser disponibilizada água, café e um lanche para os participantes (Trad, 2009). O número de encontros a serem realizados é determinado conforme o necessário para que o tema abordado obtenha o alcance dos objetivos ou através da avaliação de que os dados discutidos deixem de ser considerados novos. Além disso, é importante que os participantes tenham características comuns e associadas ao tema pesquisado, configurando-se assim uma amostra intencional. O tempo de duração das sessões deve ocorrer entre 01h30 e 02h00, inclusive considerando o tempo para “aquecimento” e integração entre os participantes e a preservação de um tempo para realização do encerramento. A dimensão do grupo varia entre seis a quinze participantes (D'Agnoll, Ciampone, 1999).

Neste estudo, após escolhido o local adequado de realização dos encontros, foi criado um ambiente de cordialidade antes do início das sessões contribuindo para a desinibição dos participantes, na construção de um clima de confiança e confraternização. Para facilitar o debate, o grupo foi organizado em forma circular na sala, para que todos ficassem voltados uns para os outros.

Os principais momentos que constituem o eixo norteador da sessão são: a abertura da sessão, a apresentação dos participantes, esclarecimento sobre a dinâmica do encontro, estabelecimento de um *setting* (destaque dos aspectos éticos e do compromisso de todos), o debate, a síntese do encontro e o encerramento da sessão (D'Agnoll, Ciampone, 1999).

Assim, obedecendo a sequência dos momentos propostos pelas autoras, foi realizada uma breve “Introdução”, com apresentação da equipe de pesquisa, esclarecimento dos objetivos desta fase, da técnica de grupo focal, uma síntese relativa à primeira fase do estudo, como devolutiva ao grupo e novamente os participantes foram consultados sobre a gravação das discussões, lembrando que as mesmas não seriam divulgadas e serviriam apenas para facilitar a análise das informações com o conhecimento e autorização de todos. Foi destacada a importância da participação nos debates e também explicado como os dados coletados seriam utilizados após o fechamento dos encontros. Foram realizadas, ainda, dinâmicas integrativas nos encontros, com o propósito que os participantes se sentissem confiantes e privilegiados por estarem tomando parte do processo de pesquisa e com isso, engajarem-se com afinco nas discussões.

Os grupos podem ser estruturados, não estruturados e semi-estruturados. Optou-se neste estudo, em função do objetivo delineado, a realização do grupo semi-estruturado, o qual se utilizou um guia temático estruturado associado a perguntas abertas no decorrer da sessão (D'Agnoll, Ciampone, 1999). No debate entre os participantes, conforme propõe Moreira, Sucena, Cruz Neto, (2002), a moderadora buscou pautar-se em um guia temático estruturado para que as discussões fossem abordadas ou aprofundadas (Apêndice C).

Para o alcance do objetivo, foi realizada a eleição de uma situação hipotética (fictícia) de conflito ético pela pesquisadora, definida neste estudo como “caso-conflito”. O “caso-conflito” foi elaborado contendo os conflitos éticos mais evidenciados na primeira fase do estudo, em que se objetivou identificar os conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros na área gerencial. O denominado “caso-conflito”, foi digitado em folha impressa, entregue e apresentado aos participantes do grupo. A seguir, foi realizada a leitura do caso-conflito, sendo estimulado ao grupo explicitar as impressões, percepções, experiências e opiniões em relação à tomada de decisão frente à problemática apresentada, através de um debate. Assim,

os participantes foram indagados a respeito da decisão a ser tomada, tendo por base para a discussão, o fato apresentado. A partir dos relatos apresentados, em relação à tomada de decisão dos gerentes de enfermagem, frente ao “caso-conflito”, pretendeu-se buscar os cursos de ação elencados para a decisão.

Os resultados obtidos nessa fase foram transcritos a cada encontro e, após, foram analisados a partir dos paradigmas subjacentes existentes nos discursos, visando à interpretação dos dados coletados para conhecer a realidade da tomada de decisão dos enfermeiros com atuação na área gerencial frente a conflito ético, em uma relação dialética entre pesquisador e pesquisados.

Nessa fase a organização e preparo dos dados para análise inicial, também se ancorou nos passos da técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (2011), congregada a análise desenhada nos estudos de Livre-docência, descrito por Zoboli (2010), que se apóia no referencial metodológico-conceitual do método deliberativo de Gracia (2001).

Desse modo, os dados dos encontros do GF foram preparados e organizados da seguinte forma:

- a) transcrição da discussão dos encontros com os enfermeiros;
- b) leitura flutuante de todo debate para obtenção do sentido geral e reflexão dos significados, focalizando as ideias apresentadas e a impressão geral sobre os relatos, assim como, sua profundidade;
- c) leitura exaustiva do texto transcrito (além da leitura o áudio da gravação foi escutado repetidamente para apreender as ideias contidas nos encontros) e a codificação do texto, através de demarcações isoladas dos segmentos transcritos, ordenando-os em categorias. Ressalta-se neste passo, referente especificamente ao segundo encontro, que objetivou identificar os cursos de ação para a tomada de decisão, a fim de manter a coesão com o referencial da Deliberação Moral, foram agrupados somente os cursos de ação iguais, seguindo a proposta de análise, conforme indicado por Zoboli (2010), que relata que qualquer nuance distinta nos dados impediria o seu agrupamento destacando-se assim, um novo curso de ação, sendo que cada um desses cursos assume a função da categoria empírica;
- d) descrição das categorias empíricas (no caso, os cursos de ação) de forma detalhada e ordenação dessas, segundo o método do referencial metodológico-conceitual, de acordo com a descrição esquematizada por Zoboli (2010);
- e) representação das categorias através dos trechos da discussão com narrativas qualitativas;

- f) Interpretação dos dados e seus sentidos através de comparação e informações de literatura. Nesta fase, se propôs a deliberar sobre os achados, observando a coerência com o referencial metodológico-conceitual da deliberação (Zoboli 2010).

Ressalta-se, mais uma vez, que a proposta do procedimento deliberativo de Diego Gracia é composta por quatro etapas, sendo elas a deliberação sobre: os fatos, os valores, os deveres e as responsabilidades (Gracia, 2001).

Foi utilizado na coleta de dados, nesta segunda fase, o caso fictício (caso-conflito) retratando um cenário com situações hipotéticas, descritas de forma aparente, com o propósito de explicitar o problema ético gerencial em enfermagem, sendo utilizado como elemento disparador da discussão no encontro, com vistas a explorar a opinião dos participantes. Dessa forma, não haveria a possibilidade de utilizar a metodologia deliberativa a partir dos fatos (primeira etapa). Isso também ocorreu com a segunda etapa do procedimento deliberativo (a deliberação sobre os valores), porquanto, o problema moral fundamental do caso e os valores em conflitos contidos no caso-conflito, foram previamente definidos pela pesquisadora deste estudo, no caso hipotético referido.

A partir do Procedimento Deliberativo, especialmente na terceira etapa, da deliberação dos deveres, pretendeu-se apresentar os cursos de ação utilizados no processo decisório desses enfermeiros no encontro, a fim de verificar as tendências das ações intermédias, identificadas nos discursos, perante a situação proposta de conflito ético descrita e a seguir discuti-los analiticamente. Dessa forma, propôs-se avaliar se esses cursos de ação tendem para os cursos extremos do caso-conflito ou para o justo-meio da decisão a ser tomada, sendo esse último, considerado a decisão prudente (Gracia, 2001).

O curso prudente a ser avaliado a partir da deliberação dos achados empíricos neste estudo, será aquele que realiza mais, ou lesa o menos possível os valores em conflito propostos na situação fictícia (Zoboli, 2010).

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos que regem pesquisas envolvendo seres humanos e a coleta dos dados, somente ocorreu após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o Parecer Consubstanciado nº. 489.987 de 10 de dezembro de 2013. (Apêndice D)

Todos os sujeitos foram convidados de forma voluntária para participarem da pesquisa e após o consentimento verbal foi oferecido o “Termo de Consentimento Livre Esclarecido” (Apêndice A), proposto na Resolução 466/2012 que rege sobre pesquisas envolvendo seres

humanos, (Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde) contendo as orientações quanto ao teor, objetivo e importância da pesquisa e a ética, enfatizando o respeito à privacidade de cada um e à interrupção a qualquer momento, se quisessem.

Antes de proceder à entrevista foi esclarecido ao enfermeiro que a entrevista seria gravada e que o tempo de resposta ficaria a critério do entrevistado.

Na realização da técnica de grupo focal, conforme recomenda Trad (2009), se levou em consideração a preservação dos direitos dos participantes, ou seja, o sigilo das informações, o bem-estar do grupo, o ambiente acolhedor, preservação da identidade e a preocupação com os significados dos conteúdos que foram trabalhados nos encontros.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PRIMEIRA FASE DO ESTUDO

Na primeira fase do estudo que apresenta por objetivo, identificar conflitos éticos na percepção enfermeiros com atuação no gerenciamento dos Serviços de Enfermagem, foi realizada a caracterização do perfil profissional dos entrevistados.

Dos 20 enfermeiros entrevistados, dezoito pertenciam ao sexo feminino (90%) e dois ao sexo masculino (10%).

A faixa etária dos participantes do estudo compreendeu entre trinta e quatro anos e setenta e seis anos de idade, sendo que na faixa etária entre 30 e 40 anos estão cinco enfermeiros (25%), na faixa entre 41 a 50 anos compreendem 10 enfermeiros (50%), entre 51 e 60 anos somam-se quatro enfermeiros (20%), entre 61 a 70 anos não há enfermeiros (0%) e na faixa etária de 71 a 80 anos somente 1 enfermeiro (5%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros entrevistados conforme a faixa etária.

Faixa etária (anos)	Nº de Enfermeiros	Percentual(%)
30 a 40	5	25%
41 a 50	10	50%
51 a 60	4	20%
61 a 70	0	0
71 a 80	1	5%
Total	20	100%

Verificou-se que o tempo de formação na graduação em enfermagem dos entrevistados variou entre seis anos e cinquenta e um anos, distribuídos conforme tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros entrevistados conforme o tempo de formação.

Tempo de Formação (anos)	Nº de Enfermeiros	Percentual(%)
1 a 10	2	10%
11 a 20	7	35%
21 a 30	8	40%
31 a 40	2	10%
41 a 50	0	0%
50 a 60	1	5%
Total	20	100%

Em relação ao tempo de atividade profissional na área gerencial hospitalar em enfermagem, variou entre um ano e seis meses e trinta e quatro anos. Sendo que onze (55%) enfermeiros apresentaram atuação gerencial entre 1 a 10 anos, sete (35%) enfermeiros apresentam atuação entre 11 e 20 anos, um (5%) enfermeiro atua na área entre 21 a 30 anos e um (5%) enfermeiro entre 31 a 40 anos (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros entrevistados conforme o tempo de atividade profissional na área gerencial.

Tempo de Atividade Profissional (anos)	Número de Enfermeiros	Percentual(%)
1 a 10	11	55%
11 a 20	7	35%
21 a 30	1	5%
31 a 40	1	5%
Total	20	100%

Todos os enfermeiros possuem cursos de pós-graduação, em diversificadas áreas do conhecimento. Dos vinte enfermeiros, 17 profissionais realizaram mais do que um curso de pós-graduação e somente 3 possuem um curso de pós-graduação. Quanto ao tipo de curso

nota-se que 6 enfermeiros também possuem pós-graduação *Stricto Sensu*, na área de mestrado. Foram detectados cursos das seguintes áreas de especialização (*lato Sensu*), conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 - Apresentação dos cursos de especialização (*lato Sensu*) realizados pelos enfermeiros entrevistados.

Cursos de pós-graduação (<i>lato Sensu</i>)	Nº de enfermeiros
Administração Hospitalar	10
Enfermagem em Oncologia	2
Enfermagem em Terapia Intensiva	2
Enfermagem no controle da dor	1
Enfermagem Obstétrica	1
Gestão dos Serviços Públicos de Saúde	3
Enfermagem em Urgência e Emergência	3
Gerencia em Enfermagem	1
Enfermagem em Saúde mental e Psiquiátrica	2
Enfermagem em Nefrologia	1
Acreditação Hospitalar	1
Enfermagem Pediátrica	1
Controle de Infecção Hospitalar	2
Acunputura	1
Cuidados Paliativos	1
Docência para ensino superior	2
MBA	2

Em relação aos cursos de pós-graduação *Stricto Sensu*, que foram informados pelos entrevistados, seis enfermeiros realizaram Mestrado em Ciências da Saúde e três enfermeiros realizaram Mestrado em Bioética.

6.2 A PERCEPÇÃO DAS ENTREVISTAS

Todos os 20 depoentes responderam a questão norteadora relativa ao primeiro objetivo do estudo, em que se buscou identificar os conflitos éticos percebidos pelos enfermeiros com atuação na área gerencial.

Antes de delinear a apresentação e discussão em relação aos dados encontrados neste estudo, acredita-se que é importante ressaltar minha percepção enquanto pesquisadora, durante a entrevista na fase da coleta de dados.

Ressalta-se no que diz respeito à pesquisa de abordagem qualitativa, a dinâmica relativa ao intercâmbio entre o pesquisador e os pesquisados no campo. Minayo (2004) descreve que a entrevista não se restringe somente a um trabalho de coleta de dados, mas em uma situação de interação, na qual as informações relatadas pelos participantes do estudo podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador.

Dessa maneira, foi percebido que alguns enfermeiros ao relatarem fatos vivenciados na sua ação gerencial, como problema ético geradores de conflito ético/moral, eles somente atentaram-se que essas situações vividas apresentavam-se como um problema ético, a partir da compreensão do conceito de conflito ético, segundo descrito anteriormente neste estudo proposto pelos autores Ferrer e Álvarez (2005) e explanado pela pesquisadora, antes da realização da pergunta norteadora do estudo.

Esse aspecto vem ao encontro de discussões realizadas por alguns autores que destacaram em seus estudos que, não raramente, os profissionais de enfermagem enfrentam problemas éticos em seu cotidiano de trabalho, os quais são percebidos como questões de ordem organizacional, tão somente. Assim, muitas vezes, esses problemas sequer são reconhecidos como situações que implicam em uma abordagem na perspectiva dos valores éticos (Bulhosa, 2006, Dalmolin, Lunardi, Lunardi Filho, 2009).

O envolvimento dos enfermeiros nos problemas éticos presentes no seu dia a dia, depende dos valores, crenças e os conhecimentos adquiridos, ao longo das vivências profissionais e pessoais, o que possibilita torna-lo um enfermeiro apto a lidar com as ocorrências éticas no ambiente de trabalho (Freitas, Oguisso, Merighi, 2006). Portanto, é através da aprendizagem e do desenvolvimento da ética vinculada à educação entrelaçada aos costumes, aos valores e às relações interpessoais que os seres humanos podem se tornar éticos (Segre, Cohen, 2002).

Para Lunardi (2004), os enfermeiros, muitas vezes, não reconhecem as situações éticas no seu dia a dia e não conseguem tomar consciência disso, assim, problematizar o cotidiano, perceber dificuldades e contradições é primeiro passo para se falar em ética.

Para Diego Gracia, a vida moral consiste em realizar valores após sua deliberação, mas para isso ocorrer é necessário, antes de tudo, identificar quais valores se encontram especialmente em situação de conflito em uma situação concreta (Zoboli, 2010).

Uma vez que a capacidade de compreender uma situação como problema ético interfere diretamente na forma de enfrentamento e tentativa de solucionar esses problemas. Esse é um importante passo para a constituição de um sujeito ético. Dessa forma, a origem

dos problemas éticos, pode ser considerada como um princípio para a formação moral dos profissionais de enfermagem (Lunardi, 2004).

Acredita-se, portanto, na contribuição dessa pesquisa, antes mesmo de sua finalização, pois ao abordar os entrevistados sobre os problemas éticos enfrentados na área gerencial de enfermagem, oportunizou-se sensibiliza-los quanto à reflexão sobre os fatos que envolvem aspectos éticos em seu dia a dia, já durante a fase das entrevistas.

6.3 IDENTIFICAÇÃO DOS CONFLITOS ÉTICOS GERENCIAIS DOS ENFERMEIROS

Iniciando a apresentação e discussão dos resultados, referente ao primeiro objetivo do estudo, em que se objetivou identificar os conflitos éticos narrados no vivido pelos enfermeiros-gerentes, identificou-se através do conteúdo das entrevistas, dessa primeira fase, os problemas éticos que foram agrupados em categorias empíricas e suas respectivas subcategorias. Foram identificadas três categorias:

- Igualdade na distribuição da carga de trabalho;
- Autonomia profissional nas decisões gerenciais;
- Justiça e prudência nas decisões gerenciais.

Analisando as categorias foram encontrados os problemas éticos, a partir do procedimento deliberativo, como instrumental de análise, que, por sua vez, foram integrados às subcategorias da mesma classificação.

Desse modo, a primeira categoria, *igualdade na distribuição da carga de trabalho* foi composta por três subcategorias: respeito às solicitações de folgas dos membros da equipe; prestação de assistência de qualidade com recursos escassos e respeito às limitações da capacidade laborativa da equipe. A segunda categoria, *autonomia profissional nas decisões gerenciais*, conta com duas subcategorias: respeito às determinações da política institucional de gestão financeira; manutenção da lealdade à categoria profissional. Na terceira categoria, *justiça e prudência nas decisões gerenciais* evidenciou-se duas subcategorias: respeito às relações profissionais de trabalho; responsabilidade pelas consequências na tomada de decisão (Quadro 2).

Ressalta-se que partir das unidades de registro selecionadas foram identificadas situações ou circunstâncias que também se convergiam e estavam integradas na temática de algumas das subcategorias, sendo denominadas neste estudo de unidades de contexto..

Dessa forma, serão apresentadas as categorias e suas subcategorias, assim como, será relatada cada uma das unidades de contexto correspondentes, sendo que todas serão discutidas na sequência.

Quadro 2 - Apresentação das categorias e subcategorias relativas à identificação dos conflitos éticos dos enfermeiros na ação gerencial.

	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1 ^a .	Igualdade na distribuição da carga de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Respeito às solicitações de folgas dos membros da equipe. • Prestação de Assistência de qualidade com recursos escassos. • Respeito às limitações da capacidade laborativa.
2 ^a .	Autonomia profissional na decisão gerencial	<ul style="list-style-type: none"> • Respeito às determinações da política institucional na gestão financeira • Manutenção da lealdade à categoria profissional.
3 ^a .	Justiça e prudência nas decisões gerenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Respeito às relações de trabalho. • Responsabilidade pelas consequências

6.3.1 Categoria: Igualdade na distribuição da carga de trabalho.

Nesta categoria nota-se que os problemas éticos vivenciados, na perspectiva dos participantes do estudo, que originaram conflitos éticos estão relacionados à organização formal do trabalho no Serviço de Enfermagem que abrange a divisão do trabalho, o sistema hierárquico e as relações de poder e autoridade e a disponibilização de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros na saúde. No âmbito da administração de pessoal em enfermagem especificamente, quanto à necessidade de manter a igualdade na distribuição da carga de trabalho da equipe de enfermagem, se inserem as unidades de contexto, que correspondem as seguintes subcategorias: o respeito às solicitações de folgas dos membros da equipe; a prestação de uma assistência de qualidade com recursos escassos e o respeito às limitações laborativas dos trabalhadores de enfermagem.

6.3.1.1 Subcategoria: Respeito às solicitações de folgas dos membros da equipe.

Avalia-se nesta subcategoria a presença de conflito ético dos enfermeiros na elaboração das escalas de pessoal. O conflito entre manter a organização de trabalho de enfermagem de forma equitativa quanto à distribuição da carga desse trabalho, visando garantir uma assistência de enfermagem adequada e segura e o respeito no atendimento às expectativas e demandas de ordem individual geradoras de solicitações de folgas dos membros da equipe na elaboração da escala de pessoal, constitui os valores éticos em conflito desta subcategoria, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Apresentação dos valores em conflito no respeito às solicitações de folgas dos membros da equipe.

Dentre às solicitações de folgas dos colaboradores, destaca-se nos relatos dos enfermeiros, a necessidade da observância aos preceitos religiosos dos membros da equipe, no ato da distribuição das folgas, na elaboração da escala de pessoal. Observa-se que se instala o confronto entre manter o número suficiente de trabalhadores, no sentido de garantir uma prestação de assistência de enfermagem adequada nas 24 horas e respeitar as necessidades e solicitações individuais, relativo a datas que envolvem manifestações religiosas, segundo as crenças desses membros da equipe. Acresce-se que para o depoente evidencia-se o valor atribuído à religiosidade do indivíduo, como um aspecto importante a ser levado em consideração no ato da elaboração da escala de pessoal, por acreditar que ao satisfazê-lo, possa oferecer uma melhor qualidade de vida no trabalho aos membros da equipe de enfermagem:

[...] os maiores conflitos que tive foi em escala [...] as enfermeiras, várias [...] judias. [...] exigiam folgar no Natal dos judeus. [...] ---- Respeito à religião de vocês [...] quando chegar à época do Natal “brasileiro”, da religião católica [...] --- Vou contar com vocês. [...] --- Não entram na escala de Natal. [...] Não aceitaram [...] falavam: --- Más é feriado! [...] Na época do Natal, católico, uma enfermeira faltou, a judia, [...] Entrava muito em conflito com a lei e a religiosidade [...] uma coisa ética, sempre me acompanhou. [...] Os funcionários adventistas [...] exigiam folga no sábado. [...] Todo mundo tem direito a uma folga no domingo. Dava [...] todos os sábados, [...] exigiam também o domingo [...] Era conflitante, me colocava no lugar deles [...] sou religiosa, católica [...] dou muito valor para essas datas, [...] o funcionário também. [...] Importante à parte de religiosidade [...] se a pessoa estiver bem pessoalmente vai render mais profissionalmente. Sempre tive isso [...] de qualidade de vida, que com certeza influencia na qualidade do serviço [...]. (ENF.1)

Outra solicitação dos membros da equipe em relação às folgas na escala é referente aos feriados de datas comemorativas no calendário. Identificado como um problema que se inicia com a incerteza quanto ao agir, quando está em pauta, a manutenção da segurança do cuidado através de um quantitativo de pessoal suficiente na realização desse cuidado, especialmente nessas datas. Revela-se a preocupação com princípio ético da justiça, relativa à igualdade na distribuição das folgas nos feriados de datas comemorativas, que se evidencia devido à impossibilidade do enfermeiro ofertá-las aos membros da equipe com bom desempenho por merecimento, por entender, por outro lado, que não poderá contar com os “maus” trabalhadores na escala nestes dias, prejudicando o quantitativo necessário para a assistência:

[...] em relação à escala de funcionários, na época de natal. Ano novo e carnaval eram as piores [...] Aqueles funcionários que falavam: [...] --- Eu não vou vir, vou entrar de atestado. [...] Você tem que penalizar o bom funcionário, porque sabe que o ruim não vai vir. [...] Acabava fazendo isso, senão ficava sem funcionário [...] Prejudiquei o bom funcionário. É justo? [...] ter que prejudicar o bom. [...] (ENF.5)

No ambiente de trabalho ao tentar satisfazer as necessidades individuais dos trabalhadores em relação às folgas solicitadas, pode-se aumentar o nível de motivação no trabalho e conseqüentemente estimular uma prestação de serviço de qualidade. Como resultado, na ótica do depoente, isso também possibilita aos trabalhadores uma melhor qualidade de vida. Denota-se no relato, a preocupação referente à qualidade de vida no trabalho como um dos valores importantes na elaboração da escala de pessoal de enfermagem, principalmente, diante das condições de trabalho atual, que se apresenta com uma excessiva demanda de atendimento em saúde. Acresce que essa sobrecarga de trabalho pode ocasionar doenças ocupacionais, resultando em prejuízos aos integrantes da equipe de enfermagem e para a assistência de enfermagem. Assim, valores como a distribuição de uma escala de pessoal equitativa, que viabilize garantir uma assistência de enfermagem segura e atender as expectativas dos membros da equipe ao oferecer condições de trabalho saudáveis, é o conflito ético que emerge neste registro:

[...] preocupação muito grande, com a qualidade de vida da enfermagem [...] A demanda está excessiva, [...] eles ficam doentes, [...] síndrome do carpo, [...] ansiedade, [...] síndrome do pânico [...] por excesso de trabalho, [...] ficam mais cansados, estressados, [...] ansiosos, [...] nervosos, sem contato com a família. [...] acabam trabalhando mais [...] isso provoca uma menor qualidade de vida [...] tem que ter bom senso, humanização, [...] manter uma qualidade de vida mínima possível [...] é muito difícil [...] fazer escala de enfermagem atendendo a demanda atual [...] Não deixar o nosso paciente sem assistência. Esse é o conflito. Fazer a escala, a qualidade de vida do funcionário e uma assistência boa de enfermagem. [...] fico pensando: Meu Deus, não sei se seria enfermeira de novo. [...] (ENF.2)

A escala de pessoal, escala mensal ou escala de folga refere-se à distribuição dos membros da equipe de enfermagem de uma ou mais unidade da instituição de saúde, durante todos os dias do mês e segundo os turnos de trabalho. Portanto, trata-se de um documento em que são registradas as folgas, férias e licenças desses membros da equipe de enfermagem (Massarollo, 2005a).

Muitas situações problemáticas relacionadas às escalas diárias, mensais e de férias, principalmente associadas aos feriados, finais de semana prolongados e aos meses declarados de férias são observadas no cotidiano dos Serviços de Enfermagem (Jerico, Peres e Kurcgant, 2008).

Estudos realizados na área de gestão, também encontraram a escala como fonte de problemas para equipe de enfermagem. As autoras relatam que esse instrumento gerencial denuncia processos silenciosos, que ocorrem no ambiente organizacional e que em alguns momentos revelam interesses, desejos e autoritarismo, relacionados, muitas vezes, à micropolítica dos serviços de saúde, originando situações conflituosas na equipe (Lima, 1998, Spagnol, 2006; Spagnol et al., 2010).

Assim, não causa estranheza, o fato dos enfermeiros relatarem impasses ao elaborar as escalas de pessoal, em que emergem valores éticos em conflito, pois quando não conseguem satisfazer as necessidades individuais dos membros da sua equipe, podem gerar insatisfações, por não respeitar o sistema de valores de alguns integrantes da equipe (neste estudo, em relação às crenças religiosas), prejudicando consequentemente a qualidade de vida desses profissionais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida (QV) é conceituada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (*World Health Organization*, 1995).

Avalia-se que para a concretização satisfatória da Qualidade de vida no trabalho (QVT) há a necessidade de se valorizar o trabalhador, a sua participação no processo

decisório, o incentivo do potencial criativo, a satisfação de suas necessidades, a humanização das relações de trabalho e a melhoria das condições laborais (Felli, Tronchin, 2010).

A humanização, portanto, é um dos aspectos éticos a ser considerado nas relações de trabalho, principalmente por aqueles ocupam uma posição hierárquica na estrutura organizacional e detêm o poder para tomar decisões que pode interferir, sobremaneira, nas expectativas, portanto, na qualidade de vida desses trabalhadores, como no caso dos enfermeiros com atuação na área gerencial.

Por outro lado, o impasse pode ocorrer quando o enfermeiro ao optar por respeitar e satisfazer as necessidades de seu pessoal, ofertando folgas em datas comemorativas ou respeitando as distintas práticas religiosas, em dias santos não oficializados no calendário brasileiro, na construção de suas escalas, deixa de realizar uma distribuição igualitária de folgas entre a equipe, podendo ocasionar insatisfações e sentimentos de injustiças para com os outros membros da equipe. Além disso, podem ocorrer prejuízos à assistência, pelo fato desses enfermeiros, ao conceder as solicitações de folgas dos integrantes da equipe, correrem o risco de não garantir um quantitativo adequado de trabalhadores, para efetivação de uma assistência segura.

A escala é um dos instrumentos gerenciais para organizar o trabalho em enfermagem e deve ser elaborada de forma que o enfermeiro estabeleça critérios bem pactuados entre os profissionais e organização de saúde para encontrar um consenso na equipe (Lima, 1998, Spagnol, 2006, Spagnol et al., 2010).

Ao analisar o conflito ético presente na fala dos enfermeiros nesta subcategoria, observa-se que a busca do equilíbrio na realização das escalas de pessoal, através do consenso para manter um bom atendimento e satisfazer os desejos dos colaboradores de enfermagem, propiciando assim, uma boa qualidade de vida no trabalho, é um dos pontos que os enfermeiros almejam, entretanto, surgem valores éticos conflitantes entre si.

Para tanto, os gestores, em função desse poder e governabilidade frente às decisões que envolvem a equipe de enfermagem devem estar atentos a orientar suas condutas pelo fundamento ético que define o ser humano como um fim em si mesmo, não o transformando em simples meio de satisfação de interesses, individuais, institucionais e empresariais (Zoboli, Fortes, 2002).

Em síntese, atender as demandas da equipe relativa às expectativas dos membros da equipe, no que diz respeito às folgas na escala, e ao mesmo tempo manter um quantitativo adequado de profissionais de enfermagem através de uma distribuição igualitária para a segurança da assistência, são os valores em conflito identificados nestes casos concretos

apresentados. Conflitos éticos (morais) esses, que de acordo com Pose (2012), não podem ser resolvidos somente apelando-se a uma espécie de reducionismo técnico ou tecnocrático.

6.3.1.2 Subcategoria: Prestação de assistência de qualidade com recursos escassos

Encontra-se nesta subcategoria, no âmbito da gestão de recursos em saúde, a questão da disponibilidade desses recursos, no sentido de tentar garantir uma assistência de enfermagem eficaz, eficiente e contínua.

Observa-se nas argumentações, que para assegurar a continuidade do atendimento de enfermagem aos pacientes, o conflito ético surge entre distribuir igualmente a carga de trabalho e manter a qualidade da assistência, a despeito da insuficiência de recursos em saúde (Figura 2).

Figura 2 – Apresentação dos valores em conflito na prestação de assistência de qualidade com recursos escassos.

Os entrevistados percebem que os recursos em saúde, principalmente no que diz respeito aos recursos humanos, são insuficientes frente à alta demanda de pacientes atual. Assim, apresentam dificuldades na realização da distribuição da carga de trabalho da equipe, tendo em vista a segurança da assistência de enfermagem, que pode ser colocada em risco, por não conseguir oferecer essa continuidade de cuidado de forma adequada, em função da deficiência de pessoal:

[...] A demanda de pacientes está excessiva. [...] Hoje como fica a nossa assistência? Tem paciente que você não consegue nem olhar. [...] é um conflito terrível, muitas vezes, mal dá para falar. [...] antes a gente conversava, fazia exame físico da cabeça

aos pés [...] a falta de pessoal... é muito difícil, essa qualidade de enfermagem ser mantida [...] (ENF. 2)

[...] imagina 70 pacientes na maca, no corredor, cheguei a contar [...] tinha algum que você nem sabia, que estava lá na porta. Nem sabia que estava com dor. Até chegar... É muito complicado, [...] não tinha gente para cuidar [...] esse era o maior conflito [...] (ENF. 5)

A gestão de recursos em saúde, como uma das atribuições de responsabilidade do enfermeiro, portanto, pode acarretar problemas de ordem ética, pois frente a uma situação de falta de recurso material em sua unidade, o paciente é colocado em situação de risco, sendo essa a causa de desgastes do profissional de enfermagem:

[...] um conflito muito grande [...] o pessoal do SAMU e bombeiro. [...] não tem maca. [...] Na hora que tiver que colocar o paciente no chão, não vou mais ser mais enfermeira, [...] um desgaste emocional [...] na primeira oportunidade, num cantinho [...] eles colocam o paciente. É um senhorzinho de 80 anos, com atrofia de coluna, não pode ficar em qualquer lugar. Tem que ficar numa maca decente, não é assim. Infelizmente [...] (ENF. 2)

No que tange ainda à escassez de recursos hospitalares constata-se a inadequação do número de leitos ou vagas disponíveis para ao atendimento em saúde nos hospitais. Problemática essa que atinge diretamente os profissionais enfermeiros que têm por responsabilidade atender e acolher a todos de forma igualitária, tendo em vista, proporcionar conforto, privacidade e conforto aos pacientes. Assim, o conflito ético relativo aos critérios a serem utilizados no contexto da microalocação de recursos em saúde é a temática que se evidenciou no relato do enfermeiro:

[...] gerenciamento de um PS [...] movimento muito grande [...] Tínhamos uma enfermaria de internação e os boxes, eram meio uma UTI, [...] não tinha vaga [...] No corredor pacientes internados. À medida que as vagas surgiam, ia colocando para dentro. Uma escolha. [...] de que paciente vou colocar para dentro. [...]. Quem sai da maca e vai cama [...]. Está muito, na sua mão, a vida daquela pessoa. Uns conflitos [...] Que tipo de escolha? [...] sempre escolhi pela gravidade [...] E aquele senhorzinho, a idade? Isso deveria prevalecer daquele que tem mais dor, da privacidade? [...] Escolhe uma pessoa que não teria tanta necessidade, mas que ele tem um “curativão” imenso e todo mundo ficava olhando [...] Muitas vezes me arrependia. [...] pensava no meu avô. [...] tenho pena do idoso [...] Se tivesse que optar sempre pegaria o mais velho. Nem sempre foi [...] mas ia embora pensando nele. [...] (ENF. 5)

Ressalta-se no relato acima, a utilização de um método teórico-racionalista como primeira eleição de critério para a seleção dos pacientes, baseado na gravidade clínica. No entanto, emerge na fala do enfermeiro, a preocupação com a idade dos pacientes, como um valor sensível, representativo de fragilidade e vulnerabilidade para o depoente. Observam-se questionamentos e dúvidas sobre os critérios iniciais adotados pelo enfermeiro, mesmo após a decisão (ação) de qual paciente foi selecionado, caracterizando, o conflito ético.

Os enfermeiros como gerentes de unidades, geralmente, são os responsáveis pela gestão de recursos na estrutura organizacional, atuando como participantes do processo decisório, mas por vezes, estão inseridos na gerência intermediária, assim dependem, em última instância, das definições estratégicas da alta direção (Ventura, 2011). Infelizmente os recursos necessários para a produção em saúde, nem sempre são disponibilizados de acordo com a dinâmica das unidades. Assim, as ações gerenciais que deveriam ser determinadas pelo conhecimento administrativo da assistência, objetivando melhorar a qualidade e a eficiência da utilização dos recursos em saúde, não conseguem seguir essa orientação, transformando-se em conflitos entre os profissionais em geral e dirigentes da instituição (Castilho, Fugulin e Gaidzinski, 2010).

Especificamente a área da gestão de recursos humanos, nas instituições hospitalares, objetiva garantir um quadro de pessoas habilitadas e qualificadas para desempenho das atividades assistenciais, assegurando a ininterruptão do cuidado (Ventura, 2011). No entanto, o que usualmente se verifica é que nem sempre o quantitativo de pessoal, como também, a qualificação desse profissional correspondem à realidade da alta demanda no atendimento em saúde. Como pontua Gaidzinski, (2005), que o enfoque qualitativo do dimensionamento de pessoal de enfermagem é tão importante quanto o quantitativo.

A demanda de atendimento da clientela, com necessidades cada vez mais complexas tem causado sobrecarga de trabalho aos profissionais de enfermagem, dificultando o favorecimento de uma assistência de qualidade (Gaidzinski, Fugulin, Castilho 2010). Frequentemente, em algumas instituições de saúde, presencia-se atuação de profissionais com recursos insuficientes, em condições inadequadas de funcionamento e de qualidade questionável, expondo a biosegurança dos profissionais e clientes e, ainda, a falta de privacidade e intimidade na organização dos ambientes de saúde (Lunardi et al., 2004).

Um estudo realizado por Ulrich et al. (2010), com 422 enfermeiros de quatro estados, Califórnia, Maryland, Massachusetts, e Ohio, dos Estados Unidos da América (EUA) sublinham a importância das questões éticas que os enfermeiros sofrem, através de uma variedade de configurações da sua prática e da quantidade de estresse que essas questões podem engendrar. Assim, mais de dois terços dos entrevistados citaram a proteção dos direitos do paciente como a questão ética mais frequente, mas eles identificaram a insuficiência de pessoal como a questão mais estressante, principalmente para a garantia desses direitos. Sem pessoal suficiente, é difícil cumprir as normas éticas da prática profissional. Portanto, o déficit de pessoal e outras barreiras organizacionais podem impedir os enfermeiros de cumprir suas responsabilidades, incluindo a proteção dos direitos dos

pacientes e familiares, alívio do sofrimento, visando ainda, preservar a sua própria integridade.

Corley (2002) descreve diante dessas situações discordantes que os enfermeiros estão engajados em um esforço moral, enfrentando muitos desafios para tomar a decisão certa e agir corretamente. Quando os enfermeiros não conseguem fazer o que consideram corretos eles experimentam o sofrimento moral.

Sofrimento moral é um conceito amplo que descreve o sofrimento psicológico, emocional e fisiológico que pode ser experimentado quando agimos de forma incompatível com os valores éticos profundamente arraigados, princípios ou compromissos morais (McCarthy, 2012).

Entretanto, em uma pesquisa de percepção de sofrimento moral e clima ético dos enfermeiros, 292 entrevistados responderam sobre situações que consideram moralmente angustiante. Observou-se, sobretudo, que os enfermeiros responderam de forma positiva e ativa para as várias situações moralmente angustiantes. Dessa forma, as autoras sugerem que o sofrimento moral não deve ser visto como uma "incapacidade de agir", mas como um conceito relacional que leva em conta os contextos das práticas e dinâmicas de poder os quais, os enfermeiros devem tomar decisões. (Varcoe et al., 2012).

Comumente presencia-se nas instituições hospitalares que os enfermeiros defrontam-se com algumas situações de sofrimento moral, como as que exigem critérios de escolha de pacientes frente a recursos escassos, na realização dos cuidados. Não raro, a questão da falta de leitos disponíveis se encontra entre essas situações. A seleção do paciente a ser escolhido, geralmente, está nas mãos dos enfermeiros que administram o serviço.

Todavia, a problemática da alocação de recurso em saúde, apresenta-se em um âmbito muito maior. Segundo Fortes (1997), existe na realidade, um problema ético apresentado à sociedade, governantes e administradores de saúde, de compatibilizar os recursos existentes com as necessidades de saúde da população. As necessidades físicas, psíquicas e sociais são cada vez mais crescentes, se modificam e se sofisticam a cada dia. Mesmo países com situação econômica mais privilegiada e estável, apresentam a inexistência de recursos suficientes destinados a satisfazer as demandas de saúde de seu povo.

Consequentemente essa problemática da microalocação de recurso em saúde reflete diretamente como um problema ético vivenciado pelo enfermeiro, em que se evidencia o valor da justiça, no sentido de oferecer atendimento igualitário a todos e de forma indiscriminada, presente no cotidiano desses enfermeiros, referente, em especial, à seleção de pacientes na ausência de vagas nos leitos hospitalares.

As políticas públicas de saúde, no entanto, devem se pautar pelo princípio da equidade. Os indivíduos devem ser tratados como seres únicos, assim, os que tiverem maiores necessidades de saúde deverão ter direito à prestação de serviços diferenciados e adequados a cada situação, pois saúde não pode ser vista como equivalente a objeto de consumo (Fortes, 1997).

O princípio da equidade é utilizado na seleção dos pacientes frente à microalocação de recursos, conforme as diferentes necessidades que esses pacientes apresentam. Verifica-se que um dos depoentes utiliza como critério inicial de escolha a gravidade do paciente, por meio da avaliação clínica. Por outro lado, esse critério inicial defronta-se com os valores pessoais do profissional (opção pela pessoa idosa) que não o eximiu de vivenciar dúvidas e incertezas sobre a assertividade de sua ação, em relação aos critérios de escolha.

Esse critério da idade como gerador de dúvidas sobre as escolhas dos pacientes na microalocação de recursos, também foi discutido em um estudo realizado por Fortes, Zoboli e Spinetti (2001), com graduandos de primeiro e último ano em administração hospitalar. Objetivou-se analisar as escolhas para a seleção de pacientes em serviços de emergência médica, através de um questionário com situações hipotéticas, contendo critérios de seleção como: idade, sexo, condição econômica, estilo de vida e responsabilidade social. No estudo, os idosos foram preteridos, quando suas necessidades foram confrontadas com escolares ou jovens. A não-priorização de pessoas idosas avalia que o critério da idade, na microalocação pode significar o entendimento de um limite natural para a vida humana a ser validado moralmente. Questão a ser discutida, em função, principalmente, das modificações na estrutura etária, como a ampliação da esperança de vida, nas últimas décadas. Os autores consideram a utilização desse critério de exclusão moralmente errôneo, por se basear em estatísticas artificiais, não se levando em conta as individualidades.

Nota-se, no entanto, nas instituições de saúde que as indagações dos profissionais sobre a assertividade de sua conduta, referente aos critérios na seleção de pacientes na microalocação, se instalam no âmbito pessoal e local do fato, visto como uma constante no dia a dia. O enfermeiro, por vezes, compreende a insuficiência do número de leitos como uma situação rotineira e imutável de sua realidade nas instituições hospitalares, restando a ele, tão somente, o “melhor” critério de julgamento nessa seleção. Avalia-se que, muitas vezes, que não ocorrem questionamentos ou discussões, relativa a essa problemática, entre os profissionais de enfermagem ou entre a equipe multiprofissional de saúde, sequer reivindicações sobre a responsabilidade institucional e/ou do Estado na garantia dos direitos de saúde do cidadão, no que tange a complexa temática da alocação de recursos em saúde.

Neste contexto, concordamos com Berlinguer (1996), que infelizmente ao invés de pensar em alternativas para melhorar e estender a assistência de saúde às pessoas e focar a relação entre profissional e paciente, somos conduzidos, na realidade, a simplesmente justificar escolhas de políticas restritivas de exclusão na assistência de saúde.

O posicionamento das pessoas diante das deficiências do sistema de saúde, focaliza-se na necessidade do profissional de saúde, no caso o enfermeiro, buscar o conhecimento no padrão sociopolítico, para que assim, tenha uma visão mais abrangente no que tange a responsabilidade e o compromisso como um agente de mudança sócio-político e organizacional, investindo na inovação e sustentabilidade do processo de trabalho em defesa da saúde. Ressalta-se, que o conhecimento sociopolítico molda todos os demais padrões do saber como: o empírico, o ético, o estético e o pessoal, visto como um conhecimento transversal em relação aos demais, pois seu conceito contempla o contexto em que as pessoas interagem, em especial, o enfermeiro e o paciente (Perseghina et al., 2009).

Desse modo, para ser verdadeiramente implementado um sistema de saúde baseado no princípio da equidade, faz-se necessário a efetiva participação dos cidadãos, controlando as decisões tomadas a respeito da forma, da organização e dos caminhos a serem trilhados pelo sistema de saúde (Fortes, 1997).

É imprescindível que o ambiente organizacional, neste caso, o hospitalar, ofereça condições adequadas de trabalho para que os profissionais assumam o que é de sua competência, exerçam o que aprenderam em seu processo de formação, sem se afastarem de suas crenças e de seus valores morais e que esses sejam respeitados e cada vez mais reconhecidos (Dalmolin, Lunardi, Lunardi Filho, 2009). No cotidiano da gestão dos Serviços de Enfermagem hospitalar, no entanto, presencia-se que os muitos enfermeiros vivenciam situações difíceis, com participação superficializada na gestão de recursos em saúde, em que se sentem desvalorizados.

Isso pode ser observado na dissertação de natureza qualitativa apresentada por Ventura (2011), realizada em um hospital privado, a qual se identificou que a participação do enfermeiro na gestão dos recursos hospitalares ocorre no nível operacional, através das informações passadas aos órgãos ou setores que subsidiam a tomada de decisão, porém o enfermeiro não participa da gestão estratégica, nem define ações e prioridades da alocação. No estudo concluiu-se, entretanto, que a participação do enfermeiro é maior do que a verbalizada ou consciente dos mesmos e que o conhecimento sistemático sobre a eficiente alocação de recursos, objetivando uma assistência de qualidade, é uma ferramenta importante de empoderamento do enfermeiro para agir na definição desses recursos.

Exigindo melhores condições organizacionais de trabalho, os enfermeiros indiretamente advogam pelos pacientes, reivindicando que os seus valores, assim como, as suas responsabilidades ético-profissionais sejam apoiadas. Essa advocacia poderia ser mais facilitada, por meio de um maior senso de confiança dos enfermeiros oriundos de um autovalor profissional (Lunardi et al., 2007).

Diante do quadro apresentado nota-se o quão importante é a postura proativa do enfermeiro, através de uma reflexão crítica e autônoma dos direitos que envolvem condições adequadas de trabalho na gestão dos recursos em saúde. Para tanto, é necessário que os enfermeiros adquiram consciência desse papel e imprimam estratégias através da mediação junto a decisões institucionais do hospital, objetivando oferecer aos pacientes condições dignas de assistência e condições de trabalho seguras à equipe de enfermagem, minimizando situações de conflitos éticos que eles e sua equipe se deparam diuturnamente.

6.3.1.3 Subcategoria: Respeito às limitações da capacidade laborativa da equipe

Na perspectiva da distribuição equitativa de carga de trabalho, o enfermeiro ainda se depara com a situação da diminuição da capacidade laborativa dos membros da equipe. Ao tentar manter a segurança na assistência de enfermagem, o conflito ético do enfermeiro surge entre distribuir de forma equívél a carga de trabalho e respeitar as limitações laborais dos membros da equipe (Figura 3).

Figura 3 - Apresentação dos valores em conflito no respeito às limitações da capacidade laborativa da equipe

Percebe-se nesta subcategoria a sensação de impotência do enfermeiro frente a questões organizacionais que originam a dificuldade em distribuir igualmente a carga de trabalho da equipe no hospital e o dever de proteger as pessoas envolvidas no atendimento em saúde, ao respeitar o cuidador que apresenta a capacidade de trabalho limitada pelo fator da idade, impossibilitado de oferecer um cuidado seguro ao paciente através de uma força de trabalho adequada:

[...] a capacidade laborativa diminuída de nossos colaboradores, por conta de um perfil do serviço público [...] ele fica conosco por muitos anos e se aposenta [...] na fase compulsória [...] com 70 anos. [...] tenho que trabalhar com esse quadro [...] não consigo justificar para alta Diretoria, [...] que preciso de alguém para ajudar no serviço [...] Entra esse conflito [...] o servidor não consegue assistir o paciente na sua totalidade. [...] são muitas pessoas entrando neste patamar, [...] não tem nenhuma mobilidade política [...] apoio legal, [...] Você tem funcionário, tem o número [...] mas não produz como há 30 anos atrás. [...], porém continua na unidade, às vezes, crítica, porque não têm outros para atuar lá. Ele tem que continuar prestando assistência. [...] (ENF.12)

No serviço de saúde, especificamente no ambiente hospitalar, geralmente, os profissionais de enfermagem são expostos às demandas aceleradas de trabalho devido à insuficiência de profissionais e/ou profissionais desqualificados, excesso de pacientes, relações multidisciplinares insatisfatórias, associados à sobrecarga física, emocional e mental. Mesmo sob essas condições adversas o profissional sente o dever de prestar uma assistência de enfermagem com qualidade e eficiente, com vistas a garantir o bem-estar e o restabelecimento dos pacientes, assim como, os interesses organizacionais. O hospital pode favorecer o adoecimento dos profissionais, uma vez que não são vistos como potenciais pacientes, sob a ótica do universo do trabalho (Queiroz, 2012).

Além desses agentes causadores oriundos da forma como é estruturada a organização hospitalar, o adoecimento dos profissionais pode ocorrer em função das limitações advindas da própria fisiologia do envelhecimento humano, como determinante para a capacidade de trabalho dos profissionais. Assim, emerge o fator idade como limitante, como sendo uma problemática característica da organização do trabalho em saúde, principalmente no serviço público.

Neste sentido, Walsh et al. (2004), descrevem que partir dos 45 anos, os indivíduos começam a ficar expostos ao aparecimento de doenças ou agravamento de alguns tipos de doenças. Com o avançar da idade, capacidades físicas e mentais começam a se deteriorar, ocorrendo a redução das capacidades cardiorrespiratórias e musculoesqueléticas, da percepção, velocidade de processamento das informações e memória. Além disso, os autores também destacam que nas organizações em geral, o sexo feminino apresenta maior risco para a redução da capacidade de trabalho nos diversos segmentos sociais, relacionados às piores

condições de trabalho e salários com relação aos homens. Assim, as condições socioeconômicas também são relevantes para a perda da capacidade laborativa, associadas aos fatores relacionados ao trabalho. Fatores esses preponderantes na profissão de enfermagem considerada ainda hoje, como eminentemente feminina.

Assim, Queiroz (2012) destaca a necessidade dos estudos relativos à capacidade laborativa na enfermagem, por contribuírem para a avaliação dos serviços prestados pelos profissionais e por ser uma ferramenta que avalia as competências físicas e emocionais necessárias para o desenvolvimento do trabalho, construindo um perfil da capacidade laboral desses trabalhadores.

Recomenda-se neste âmbito, que algumas ações nas organizações sejam implementadas na promoção da capacidade para o trabalho, como: manter ambiente de trabalho seguro e adequado às questões ergonômicas; possibilitar maior autonomia ao trabalhador; estimular o reconhecimento e a valorização pelo trabalho; estimular hábitos de vida saudável e propiciar capacitações permanentes (Magnago et al., 2013).

Contudo, outros valores emergem frente a esse conflito ético quando o enfermeiro, mesmo na posição gerencial como agente decisor, trabalha em estruturas administrativas normativas que o impedem de agir em prol da proteção de seus colaboradores e, conseqüentemente, não conseguem manter a segurança na assistência de enfermagem, sob sua responsabilidade.

6.3.2 Categoria: Autonomia profissional para a tomada de decisão

Nesta categoria incluem-se duas subcategorias que envolvem os problemas éticos relatados pelos depoentes do estudo, originando conflitos éticos que se confrontam com a autonomia profissional do enfermeiro. São elas: respeito às determinações da política institucional de gestão financeira; manutenção da lealdade à categoria profissional.

6.3.2.1 Subcategoria: Respeito às determinações da política institucional

Nesta subcategoria os problemas éticos encontrados, na percepção dos entrevistados, abrangem o respeito às determinações da política institucional da gestão financeira que interferem na autonomia do enfermeiro, no que diz respeito as suas decisões gerenciais, o que resulta em implicações na qualidade da assistência de enfermagem. Ainda nesta subcategoria inserem-se duas unidades de contextos reveladas nos discursos: compromisso com a

sobrevivência econômico-financeira organizacional; critérios justos no corte de pessoal por redução de custos (Figura 4).

Figura 4 - Apresentação dos valores em conflito no respeito às determinações da política institucional.

Cada uma das unidades de contexto apresentadas também será discutida, a partir dos dados emergidos nas entrevistas realizadas.

Avalia-se nos relatos dos entrevistados, fatores que afetam a autonomia profissional, devido dificuldades na tomada de decisão. Denota-se o conflito ético do enfermeiro em atender as demandas dos pacientes, tendo em vista a qualidade do cuidado, e ao mesmo tempo, contribuir para manter uma receita de capital, no sentido de garantir da sobrevivência econômico-financeira do hospital, especialmente na área privada, pelas exigências em acatar as restrições determinadas pelas operadoras de plano de saúde que afetam a assistência.

Assim, os enfermeiros ao assumirem as responsabilidades gerenciais do cargo, sentem-se compelidos a respeitar as ordens e regras determinadas pela política organizacional:

[...] hospital de convênio médico, [...] pensam muito no ganho e pouco na parte ética. [...] vai ter corte de funcionário [...] ou dava ou [...] simplesmente cortavam. UTI e pronto socorro, por exemplo, eram os setores críticos do hospital e não deixava mexer sem pensar muito bem [...]. (ENF. 1)

[...] os convênios, [...] a gente fica com o paciente, dias [...] tem que fazer cirurgia, colocar placa, parafuso [...] e não se resolve [...] tenho vontade de falar para o paciente: --- Vai lá, liga lá, faz um escândalo. [...] não pode fazer isso [...] vai contra o convênio, contra o hospital. [...] é uma coisa que me angustia, [...] me consome demais. [...] a pessoa não tem a mínima noção, está sofrendo, está quieta [...] Você fica entre fazer e não fazer, entre dar uma de louca, mandar tocar e depois vejo o que faço. Isso é bastante pesado [...] (ENF. 19)

[...] atendimento particular e convênio [...] a empresa não quer perder [...] o paciente [...] fora de possibilidades terapêuticas. Não tem o porquê fazer o ser humano sofrer tanto [...] podia ficar na casa dele por mais de um ano, [...] com qualidade de vida. [...] más vai ter dinheiro, é droga cara, vai fazer. O paciente olha para você com aquela cara de “pelo amor de Deus”, “alguém faça alguma coisa”, “fala que não quero mais”. [...] não tem o que fazer, está prescrito. A vontade que você tem é ensinar ele. - Fala que não quer mais. Você não pode fazer isso. Esse que é o problema [...] (ENF. 9)

Nesses relatos compreende-se a dificuldade relativa à manifestação da vontade e das escolhas do enfermeiro, sentido como um fator de frustração. Assim, os sentimentos e opiniões estão cerceados por fatores institucionais, alheios à deliberação do enfermeiro. O conflito ético vivenciado pelo enfermeiro surge ao sentir-se comprometido com a instituição e, por conseguinte, impotente, por não ter autonomia para proteger o paciente vulnerado, que por sua vez, desconhece os trâmites administrativo-operacionais da relação hospital-plano de saúde. Assim, revela-se o impedimento de agir ao tentar oferecer uma assistência de acordo com as reais demandas apresentadas pelo paciente.

Os enfermeiros também destacam como valor a necessidade de manter a qualidade da assistência de enfermagem através de um número suficiente de pessoal, porém são pressionados pela alta cúpula administrativa para reduzir o seu pessoal com vistas à manutenção dos custos hospitalares e assim, percebem-se em conflito ético, quando são obrigados a eleger critérios para selecionar os membros da sua equipe a serem desligados.

[...] Tivemos que fazer [...] 19 demissões no mesmo dia, sem pensar [...] aleatório [...] Corta-se custos, 5% da escala agora. Como se fazer isso? Quais os critérios? [...] um único emprego, fator idade? [...] Será que ele vai conseguir um trabalho? A questão da adaptação, [...] Você acaba conhecendo cada funcionário [...] sabe que se sair daqui, [...] vai passar grande dificuldade no mercado. [...] (ENF.4)

[...] mas a nossa posição exige isso [...] ter que demitir alguns funcionários por conta de um corte estrutural é muito difícil [...] É duro [...] Fica a seu critério quem vai. Se é casado, solteiro, viúvo ou tem um emprego ou tem dois empregos. Isso é um conflito. [...] (ENF.19)

A utilização da avaliação de desempenho bem feita, como instrumento eficaz no processo de desligamento, pode contribuir para uma maior segurança ao enfermeiro gestor, quanto aos critérios de escolha, principalmente em situações de solicitação de redução de pessoal pelos dirigentes da organização. Entretanto, mesmo utilizando a avaliação de desempenho profissional como critério inicial adotado ao assumir a gerência de um serviço de enfermagem, isso não foi suficiente o bastante para conferir segurança e tranquilidade ao enfermeiro sobre os critérios de escolhas em sua decisão:

[...] assumi a gerência desse serviço, [...] para por a casa em ordem. [...] Os resultados estavam ruins [...] muita coisa para ser feita, tinha que melhorar os resultados. [...] Mais da metade dos funcionários de enfermagem eram ex-funcionários meus de outras instituições que eu havia demitido. Não tinham competência [...] Minha dificuldade, por onde começar? Quem que você demite primeiro? Qual o critério? [...] será que ele não melhorou? [...] Em que se basear? [...] Não conhece as pessoas para definir o que fazer com a vida delas. [...] (ENF.15)

Discutindo o compromisso com a sobrevivência econômico-financeira organizacional

O enfermeiro no exercício da gerência se situa em uma linha intermediária na organização hospitalar. Posição essa, que o coloca no ponto central dos processos de aprendizagem e de desenvolvimento do conhecimento, necessários para a aquisição de competências, com vistas a qualidade do cuidado. Sua atuação ocorre no cruzamento vertical e horizontal das informações nas unidades de assistência, tornando-o o vínculo de comunicação entre a alta administração e os colaboradores de linha de frente (Shinyashiki, Trevisan, Mendes, 2003).

Nesta posição intermédia, o enfermeiro recebe cobranças da alta cúpula administrativa, com vistas ao atingimento das metas macro-organizacional. No sentido inverso, ele sente as pressões e expectativas da equipe e clientes, quanto aos objetivos das práticas clínico-assistenciais. O enfermeiro enfrenta situações éticas, como as relatadas, no que diz respeito a acatar as decisões institucionais, ao mesmo tempo em que sua liberdade de decisão pode estar ameaçada, no sentido de atender aos objetivos qualitativos da assistência de enfermagem.

Todavia, é importante salientar que o hospital não é uma organização qualquer, pois lida com um elemento muito valioso que é a vida humana, mas como prestador de serviços integrado a atividade econômica incorpora em sua estrutura características empresarias. Assim, torna-se imprescindível que o hospital seja regido por princípios éticos (Anunciação, Zoboli, 2008).

Nas últimas décadas, muitas instituições de saúde tornaram-se privadas, sendo compradas por empresas que tem por objetivo um rendimento máximo, fazendo surgir um

novo desafio de gestão em saúde para a ética médica, o *managed care*. A partir dessa institucionalização, as regras e normas não são apenas estabelecidas pelos profissionais de saúde ou pelas associações de classes, porém são impostas pela organização, tornando a atividade em saúde, metade profissional e metade política (Gracia 2010). No *managed care* o elemento chave da atenção no serviço de saúde passa a ser a administração que intencionalmente controla os recursos organizacionais influenciando as decisões clínicas dos profissionais de saúde, em especial o médico. As escolhas que tradicionalmente eram realizadas exclusivamente na relação clínica, são explicitadas por arranjos organizacionais de natureza administrativa (Zoboli, 2004).

Partindo dessas premissas, como toda organização em geral, a filosofia do serviço hospitalar apresenta políticas assistenciais normatizadas e atualizadas que norteiam a organização. Para a materialização dessas políticas, através da execução de planos e orçamentos, é indispensável manter um equilíbrio entre custos e benefícios (Pontón Laverde, 2009).

Através da política de recursos humanos, as empresas procuram estabelecer uma comunicação com seus empregados e, de certa forma, tentam influenciar o comportamento e o envolvimento deles no ambiente organizacional (Bandeira, Marques, Veiga, 2000). A forma como o empregado se comporta e se envolve estabelecendo um vínculo psicológico com a organização e se identificando com a cultura, valores e políticas internas, compreende o seu comprometimento organizacional (Meyer, Allen, Smith, 1993).

Bastos e Lira (1997) definem comprometimento organizacional.

Como um estado psicológico que caracteriza o relacionamento do empregado com a organização e outros aspectos do seu mundo do trabalho e que tem implicações nas decisões relativas ao curso de ação específico em relação a cada alvo ou foco. Constituído por componentes afetivo, cognitivo e de ação, caracteriza-se por um vínculo mais profundo e duradouro que o indivíduo estabelece com seu mundo de trabalho e que desenvolve lentamente, sofrendo menos efeitos que os aspectos circunstanciais.

Neste sentido, Ribeiro (2008) destaca que as bases aceitas e reconhecidas sobre comprometimento organizacional são: a afetiva, a instrumental e a normativa. A base afetiva constitui-se no vínculo caracterizado por sentimentos de afeição, apego, identificação, reconhecimento, lealdade. A instrumental, o vínculo é desenvolvido por meio da análise de custos e benefícios relacionados a permanecer ou não na organização. A normativa, o vínculo se origina mediante a internalização de normas, valores e padrões estabelecidos, criando uma concordância moral com as crenças, objetivos e missão da organização.

Tendo em vista as bases que envolvem o comprometimento das pessoas na organização, pode-se dizer em relação à área afetiva, que o enfermeiro ao atuar na gerência, desenvolve valores que incluem a identificação com a filosofia organizacional, o envolvimento, engajamento e a lealdade à instituição, como uma forma de recompensa do status alcançado, devido à confiança nele depositada pelo cargo, advinda do alto escalão da organização.

Nota-se a problemática dos enfermeiros no que tange aos valores envolvidos no comprometimento em relação ao hospital, quando solicitados a agir de forma contrária aos valores que sustentam as suas boas práticas de saúde, as quais julgam como as mais corretas. Essas questões, segundo Cecere et al. (2010), em torno da permissividade de ações e condutas consideradas impróprias ou impostas e a sensação de desconforto frente a algumas situações vivenciadas no trabalho, podem comprometer a qualidade do cuidado aos pacientes.

Cada vez mais as operadoras de saúde determinam as regras e os preços a serem praticados, deixando os estabelecimentos hospitalares reféns de suas imposições. O mercado de tratamento em saúde, em que o próprio hospital define seu preço, é mínimo, deixando as organizações, cada vez mais dependentes das operadoras de planos de saúde, que detêm a grande maioria do mercado privado (Teixeira, 2011).

Esses aspectos mencionados remetem ao enfrentamento de dificuldades de ordem econômico-financeira pelos hospitais, que afetam a gestão de recursos organizacionais necessários para a manutenção de um atendimento em saúde adequado.

Paradoxalmente, esse setor da saúde no âmbito privado autônomo, vinculado às operadoras de planos de saúde surge, no imaginário social, como uma referência assistencial de qualidade. A utilização de estratégias de *marketing* pela mídia, contribuem para a divulgação de uma concepção de maior eficiência nesta área, enfatizando rapidez e resolutividade em saúde. Entretanto, referente ao setor público de saúde, a visão comum está associada à ausência de médicos e equipamentos, esperas excessivas, desprezo às necessidades individuais e descuido com instalações e conforto (Souza, Bodstein, 2002).

Todavia, diariamente somos informados, também através desses meios de comunicação, sobre as dificuldades dos usuários de planos de saúde, que divulgam agendamentos demorados, consultas e exames não autorizados, recusas de cirurgias e de internações, morosidade na aprovação de insumos, principalmente de altos custos, para realização de procedimentos em geral, descredenciamentos de unidades e de profissionais de saúde, dentre outros.

Neste âmbito, ainda destaca-se a quantidade de ações judiciais pleiteando reparação de danos causados pela má qualidade ou pela ausência de atendimento aos usuários da atenção médica privada (Souza, Bodstein, 2002).

Ressalta-se, porém, a importância da viabilidade econômico-financeira para a organização de saúde, que precisa criar diferenciais para se manter viva e sólida em um ambiente atual de competitividade. Os gestores, neste sentido, têm o desafio de utilizar ferramentas de gestão econômico-financeira, para equilibrar suas finanças e conferir um diferencial competitivo para se destacar no mercado (Teixeira, 2011).

As relações estabelecidas entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços (os hospitais) incluem a forma de contratualização, remuneração e os instrumentos de regulação não financeiros como: a existência de médico de porta de entrada, restrições na utilização de alguns serviços intermediários, a adoção de autorizações prévias, dentre outros. Essas relações interferem no modelo assistencial em saúde, induzindo ou não à atenção integral ao paciente, incidindo sobre a qualidade dos serviços prestados. Este conjunto de mecanismos de indução e de controle exercidos de um agente econômico sobre outro, no caso, as operadoras de planos de saúde sobre os hospitais é denominado de microrregulação (Uga et al., 2009).

São várias as dificuldades presentes no ambiente hospitalar oriundas da microrregulação dos hospitais e planos de saúde. Tais dificuldades afetam a todos os envolvidos, especialmente os enfermeiros pelas características da profissão. A prática da enfermagem oferece a oportunidade de estar mais próximo do cliente e por maior quantidade de tempo. Isso propicia aos profissionais compactuarem das angústias, aflições e ansiedades dos pacientes de variadas formas, dentre elas, a demora e/ou as negativas de autorização de alguns procedimentos e materiais, por parte das operadoras dos planos de saúde (Teixeira, 2011).

É importante que o hospital mantenha fidelidade com sua missão social, não deixando a questão econômico-financeira prevalecer a ponto de prejudicar a atuação dos profissionais da saúde na assistência. Sabe-se da necessidade do fator econômico em todas as instâncias da assistência em saúde e da elevação dos custos devido à incorporação da tecnologia em saúde, que fazem com que as decisões clínicas envolvam quantias monetárias consideráveis. Assim, a solicitação de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos onerosos pode gerar conflitos de ordem ética entre o corpo clínico e a administração do hospital e operadora do plano de saúde com risco de romper o compromisso ético com vistas a excelência da assistência (Anunciação, Zoboli, 2008).

Discutindo critérios justos no corte de pessoal por redução de custos.

Devido o fenômeno da globalização, o mundo dos negócios se tornou mais competitivo e complexo. As empresas ao concorrer com o mundo todo precisam melhorar a sua eficiência, aumentar a produtividade e qualidade, o que inclui a redução de custos (Ferreira, Tomei, 2006).

As organizações hospitalares, face a esses movimentos e aos mecanismos globais, para manterem sua sobrevivência financeira no mercado, também necessitam acompanhar essas tendências, portanto na sob ótica do modelo empresarial atual, não raro, os hospitais também adotam políticas de corte de pessoal para redução de custos.

Infelizmente percebe-se que atualmente o ambiente de saúde é impulsionado por exigências discordantes entre prestar cuidados de alta qualidade e gerenciar custos com diminuição de recursos (Ulrich et al., 2010).

Essa problemática sócio-econômica empresarial é fruto de um novo tipo de gerenciamento, em que muitas organizações utilizam instrumentos como reengenharia, fusões, aquisições, redução de funções burocráticas e *outsourcing*. A utilização dessas ferramentas que demandam um enxugamento estrutural (diminuição do tamanho), um redesenho administrativo e redução de custos é denominada de forma genérica de *downsizing* (Ferreira, Tomei, 2006). Porém sabe-se que a competitividade de uma empresa não é adquirida apenas através da diminuição de tamanho e redução de custos, mas por um conjunto de elementos que envolvem inovações tecnológicas e gerenciais, ambiente organizacional entre outros, assim, “diminuir para crescer” parece ser o novo imperativo organizacional (Mendonça, Falcão, 1999).

Os principais motivos das empresas, geralmente, apontados para os “enxugamentos” de pessoal, são justamente os que envolvem redução de despesas/custos, aumento da lucratividade, aumento do retorno dos acionistas no valor de mercado, melhoria da produtividade, eficiência e/ou qualidade, além de outros, como modismo e obsessão e a falta de preparo (Silva, 2010).

Na área da saúde, conforme cita Gadzinski, (2005), em função das carências de recursos econômicos nas organizações, ocorrem situações em que os profissionais responsáveis pelos serviços (no caso, o Serviço de Enfermagem) são fortemente pressionados pelos dirigentes a reduzir quantitativamente os recursos humanos, visando melhores resultado econômicos. A equipe de enfermagem, em especial, representa quantitativamente o percentual mais significativo de pessoal das instituições de saúde, em torno de 60% nas instituições hospitalares, sendo, portanto, a equipe mais visada quando o problema é redução de despesas.

Portanto, a política organizacional afeta significativamente o Serviço de Enfermagem, a exemplo dessa redução de custos que tende a recair sobre a equipe de enfermagem, ocasionando diminuição do quadro de pessoal e repercutindo na qualidade de assistência (Campos, Melo, 2007).

Esse cenário se apresenta de forma cruel, tanto para o profissional desligado, uma vez que todo processo de demissão é sempre traumático, como também para o trabalhador que se manteve na empresa, por ficar sobrecarregado pela insuficiência de recursos humanos. Alia-se ainda, um clima organizacional de insegurança, medo e instabilidade. Essa insatisfação, quando se trata de uma instituição hospitalar, também pode acarretar prejuízos na assistência em saúde, colocando em risco a vida das pessoas. Ferreira e Tomei (2006) ratificam o exposto, ao descrever que a prática do *downsizing* provoca estresse aos chamados “sobreviventes” do ambiente de trabalho, tendo como causa, não somente o aumento do trabalho e o grau de responsabilidades assumidas, mas também a insegurança relativa à manutenção do emprego.

Gadzinski (2005) ressalta que na enfermagem os aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos humanos devem ter uma atenção especial das gerências, em virtude das implicações que um dimensionamento inadequado de pessoal pode causar na qualidade do atendimento.

Essa atenção reflete a necessidade do desenvolvimento do poder de negociação por parte do enfermeiro, principalmente no gerenciamento, uma vez que esse trabalha diretamente com os recursos humanos, tendo como objeto de seu trabalho também o ser humano, em uma situação especial, num dado momento da vida (Campos, Melo, 2007).

Nitidamente verifica-se nos relatos dos enfermeiros a dificuldade em relação à solicitação de corte de pessoal pelo hospital. Acredita-se que uma análise mal feita em qualquer processo demissional, acarrete prejuízos à organização, entretanto, a maior dificuldade dos enfermeiros inicialmente é definir com clareza quem são os profissionais a serem desligados, em especial, nas solicitações de corte de pessoal.

Nesse caso, se a organização apresenta um sistema confiável de avaliação de desempenho e plano de carreira, esse instrumento pode ser utilizado, pelos enfermeiros, como o ponto de partida para a primeira definição dos critérios de desligamento.

Para Gonçalves (2003), a avaliação de desempenho é um processo dinâmico em que se mensura de forma individual a qualidade do desempenho profissional no exercício do cargo, através de critérios predefinidos, constituindo-se em um instrumento de diagnóstico gerencial que ajuda a fundamentar as decisões administrativas, por meio da qual, se estabelece

as metas. Objetiva analisar os aspectos atitudinais e técnicos como: comportamento, conhecimento, competências, habilidades, produtividade, eficiência e eficácia, além da sua satisfação e da instituição. Percebe-se que a análise do desempenho profissional nem sempre é o suficiente na tomada de decisão para o processo de demissão nas organizações, principalmente quando esse instrumento se esgota em função do alto percentual de “enxugamento de pessoal” determinado pelos dirigentes do hospital, ultrapassando o número de profissionais que estariam dentro do escopo de um desempenho ruim.

Geralmente o que se observa nos processos de desligamento é utilização de critérios baseados em uma racionalidade decisória, que nem sempre estão presentes os aspectos éticos. A racionalidade restringe-se apenas às possíveis consequências da ausência do empregado, em que se analisam as dificuldades de sua substituição, a perda de produtividade e os impactos organizacionais que aquela demissão pode causar, especialmente nas circunstâncias de cortes de pessoal, não se levando em consideração nenhum aspecto humano, apenas o numérico. Para Caldas (2000), no rompimento do vínculo empregatício em geral, são utilizados os seguintes critérios, isolados ou combinados. São eles: tempo de permanência na empresa, posição/função desempenhada, status trabalhista, voluntários e avaliação do desempenho profissional. O tempo de empresa é um critério utilizado para desligamentos de novos empregados, como os mais antigos. Quanto às funções, elas podem ser criadas ou eliminadas quando se objetiva mudanças de estrutura, processos e estratégias. Pode-se optar ainda, por um programa de demissão voluntária no sentido de atrair o interesse e motivação do empregado.

Quando os cortes de pessoal são realmente necessários, outra questão é a forma como a demissão é realizada. Os critérios empregados pelas organizações são avaliados pelos gestores que buscam ansiosamente manter o valor moral da justiça. O processo demissional na percepção dos empregados denota o respeito e a dignidade com que a organização mostra em relação aos demitidos (Silva, 2010).

Observam-se nas falas dos depoentes a preocupação no desligamento de pessoal por corte de custos, em que se busca uma justificção dos seus critérios de escolha, porém quando não encontram a resposta do que consideram ser justo ou o mais correto nessa escolha, enfrentam o conflito ético.

Os gerentes, mesmo em uma linha intermediária decisional, mas também empaticamente, na figura de empregados da empresa, sentem os impactos dessas percepções de (in)justiça, principalmente ao se colocarem no lugar da pessoa a ser desligada. Ser o responsável pela escolha, decisão e comunicação do desligamento de um profissional não uma

tarefa fácil, muito menos confortável, pois com certeza isso afetará a vida pessoal e profissional do indivíduo desligado da organização.

Toda a organização ao demitir seus empregados deveria ter um programa de recolocação profissional, além da garantia dos direitos trabalhistas, a fim de contribuir para uma transição rápida e eficiente. Outra opção prudente seria a introdução de práticas de contratação temporária ou de terceirização dos serviços, como formas de manter a flexibilidade e um tipo de status trabalhista em que se controla o número de funcionários mantendo um quadro estável (Silva, 2010).

Através dessas ações e determinados cuidados com as pessoas empregadas, inclusive nos inevitáveis processos de desligamento impositivos por redução de custos, essas empresas têm a oportunidade de oferecer a quem decide uma proximidade quanto aos aspectos humanísticos, preservando valores éticos importantíssimos na manutenção da dignidade do trabalhador.

6.3.2.2 Subcategoria: Manutenção da lealdade à categoria profissional.

Identifica-se nesta subcategoria, a importância da lealdade profissional, referente à preservação da identidade e representatividade da profissão de enfermagem, perante situações impostas dos superiores hierárquicos, que fragilizam a autonomia do profissional nas decisões gerenciais, por se traduzirem como fonte de angústia e frustração para alguns profissionais, ao influenciar as escolhas profissionais (figura 5).

Figura 5 - Apresentação dos valores em conflito na manutenção da lealdade à categoria profissional

Percebem-se nesta subcategoria, valores que se chocam, entre as escolhas, relativas à autonomia profissional, influenciada por interesses pessoais que abrangem o mundo do trabalho, como a manutenção da empregabilidade, a oportunidade de desenvolvimento de certas atividades no trabalho, a carreira profissional e a busca por melhores rendimentos salariais, conforme citado pelos depoentes, e, ao mesmo tempo, manter a lealdade, o pertencimento à sua profissão, a sua classe profissional, especialmente quando solicitado a abrir mão desses interesses pessoais:

[...] fui convidada para ser Diretora Técnica de uma UTI [...] que estava sendo iniciada. [...] montar essa unidade [...] Diretor médico fez uma reunião [...] e a primeira coisa que ele trouxe [...] --- Você é a Diretora Técnica da minha UTI, não tem nada a ver com o corpo de enfermagem do hospital. Você não tem que dar satisfação. [...] nenhuma interação. [...] Um grande problema [...] e os funcionários? [...] faziam parte do corpo de enfermagem daquela Diretoria Geral [...] Como enfermeira fazer essa dicotomia? [...] um conflito que vivenciei [...] estruturar uma UTI [...]. Quando é que a gente tem essa oportunidade? São poucas [...] não gostaria de perder [...] Como agir? [...] Vou fechar as portas? [...] Éramos contratados pela fundação [...] como abrir mão da minha área? [...] da enfermagem? [...] dessa representatividade? [...] (ENF.8)

[...] uma instituição pública que serviu como um piloto de um novo organograma. O hospital foi dividido em núcleos, não existindo mais uma gerência [...] A única era a diretoria técnica. Dividiu-se em núcleo cirúrgico, clínica médica e urgência/emergência [...] Três gerentes diferentes que coordenam as demais equipes [...] A gerência de enfermagem desapareceu. [...] os enfermeiros são subordinados ao gerente médico [...] Se for colocar a sistematização de enfermagem, quem autoriza é o gerente médico [...] se achar que o enfermeiro tem que ficar distribuindo papel no ambulatório, ele vai distribuir [...] um conflito muito grande, ético. Ser um profissional subordinado a uma outra classe [...] perder a identidade da enfermagem. [...] (ENF.17)

Os aspectos éticos se evidenciam ainda mais, quando o enfermeiro enfrenta situações que beiram a coação de superiores, conforme relatado nos depoimentos:

[...] eu era supervisora de uma UTI. A enfermeira de plantão me ligou [...] tinha um paciente do pronto socorro [...] indo para UTI [...], o médico intensivista não estava na unidade. Ela procurou o médico pela instituição [...] não o encontrou [...] O paciente evoluiu para óbito [...] Me dirigi até o local [...] A família constatou que não tinha médico [...] fez o boletim de ocorrência [...]. Era praxe todos os plantões, ele sair. [...] Uma reclamação que já tinha sido passada para o diretor responsável da UTI [...] Tentaram de todas as formas que eu omitisse o fato [...] colocando a culpa na enfermagem. [...] que o médico estava e a enfermagem falhou em não ter chamado em tempo hábil [...] Se falasse isso e os meus outros turnos e minhas enfermeiras? Eu era responsável por elas [...] Ofereceram uma proposta [...] diminuir a carga horária de trabalho e aumentar o meu salário. [...] para eu fazer uma carta de próprio punho [...] Como você vai mentir? Ser conivente com uma situação dessas [...] foi uma sensação horrível, de impotência, de estar ferindo o código ético da enfermagem [...] Pensei: Senhor me dá um direcionamento. O que eu faço? [...] (ENF. 20)

A palavra lealdade, segundo o dicionário Aurélio, refere-se à qualidade, ação ou procedimento de quem é leal. Porquanto, o significado de leal, do latim *legale*, da raiz *lex*, quer dizer lei, refere-se a sincero, franco e honesto, fiel aos seus compromissos (Ferreira, 2002).

Apropriando-se do significado de *lealdade*, no sentido, de fidelidade do enfermeiro em relação ao compromisso com a sua classe profissional, identificado como subcategoria deste estudo nota-se que a lealdade, é um dos valores profissionais, que coloca o enfermeiro frente a um conflito ético, quando vivencia situações em que ele se sente forçado a optar entre a manutenção dessa lealdade e as exigências institucionais. Esse impasse impede a liberdade de escolha na tomada de decisão, no exercício gerencial de enfermagem.

Identifica-se na leitura dos relatos dos enfermeiros, nesta subcategoria, a importância da lealdade profissional referente à preservação da identidade e representatividade da profissão de enfermagem, perante as situações impostas dos superiores hierárquicos, que fragilizam a autonomia do profissional nas decisões gerenciais, por se traduzirem como fonte de angústia e frustração para alguns profissionais, ao influenciar as escolhas profissionais.

Toda profissão é composta por trabalhadores especializados em um ramo do conhecimento que requer capacitação sistemática e contínua para produzir e reproduzir saberes necessários ao exercício profissional. Os profissionais são reconhecidos por desenvolverem um trabalho útil à sociedade, organizam-se em entidades de representatividade social, que estabelecem regras para o exercício da profissão e um código de ética que orientem suas ações (Albuquerque, 2006).

A enfermagem como profissão, ao longo do seu trajeto histórico, vem galgando diversificados espaços e áreas de atuação e construindo, desse modo, sua representatividade social, mesmo que para alguns de forma tímida e que ainda muitos desafios tenha a conquistar. A análise dessas conquistas ocorre na leitura da própria trajetória da enfermagem, que se inicia no período de Florence e estende-se às atuais ações empreendedoras.

A construção de um papel próprio do enfermeiro relaciona-se com a construção da identidade profissional. Isso significa a necessidade de explicitar o que é específico da atividade do enfermeiro e que caracteriza a enfermagem como profissão. Entretanto, não significa uma negação à interdisciplinaridade, mas o seu reforço, na medida em que oferece contribuições singulares à equipe de saúde e presta uma assistência de qualidade à sociedade. Assim, é de suma importância que os enfermeiros promovam a sua imagem, valorizando e qualificando o conteúdo do cuidado para a conquista do reconhecimento social. Estratégias significativas de mudanças que muito contribuirão para fundamentar a identidade e autonomia, evidenciando a representatividade profissional (Ribeiro, 2011).

A própria identidade das pessoas nas organizações, por vezes, se confunde com o seu trabalho, pois as experiências vividas nas instituições podem apresentar uma conotação positiva, em função do desenvolvimento de laços afetivos duráveis neste ambiente.

Contrariamente, pode haver perda de significado, em circunstâncias as quais as relações interpessoais podem ser fonte de frustração (Morin, 2002, Morin, Tonelli, Pliopas, 2007).

O significado da enfermagem pode estar comprometido por cotidianamente os enfermeiros se depararem com situações difíceis caracterizadas como dilemáticas, conflituosas, de enfrentamento das relações de poder, que se questionam se devem ficar calados ou falar, omitir ou agir, participar ou ficar indiferentes. Além desses, surgem outros questionamentos: sobre qual o caminho a seguir, quais os prejudicados e beneficiados em relação ao modo de fazer e ser do enfermeiro e qual a justificativa moral implicada no modo de agir dos enfermeiros (Lunardi et al., 2004).

Concorda-se com a opinião do presidente do Conselho Regional de Minas Gerais, Schröder Sobrinho (2013), ao relatar que a enfermagem tem vários desafios, sendo que transformar o seu poder invisível em poder visível é o maior deles. Para isso, destacam-se três eixos importantes: legislar, a aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e buscar alternativas empreendedoras e ter representatividade no âmbito político. Ressalta-se ainda como desafio, conforme descreve Horta (1979), a autonomia profissional do enfermeiro, somente será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar a metodologia científica em suas ações, o que só será alcançado pela aplicação sistemática do processo de enfermagem.

No entanto, apesar das dificuldades que envolvem a ação profissional na enfermagem como um todo, constituída da carga de trabalho e das condições estruturais, organizacionais e ambientais, como fatores que podem afetar a saúde do trabalhador, o enfermeiro na área hospitalar, tem a oportunidade de contribuir na recuperação do paciente, além de participar das metas organizacionais a serem atingidas, tendo em vista a qualidade assistencial. Esse pode ser o agente motivador para os enfermeiros manterem-se leais a sua classe profissional.

Dessa forma, o profissional enfermeiro na atuação gerencial, como responsável na participação ativa e integralizadora do cuidado, alia-se ao compromisso da profissão, defendendo-a e recusando-se a tomar decisões, mesmo que sob pressão ou imposição, que podem ser prejudiciais à classe profissional. Na visão de Belatto e Pereira (2006), entretanto, a enfermagem tem produzido e reproduzido sua história coletivamente, embora apresente um grupo de profissionais que tende a responder ao que lhe é imposto pela organização de saúde, por outro lado, existe um grupo forte e atuante, reescrevendo a história menos subalterna, culturalmente condicionada e mais autônoma, fundamentada no saber científico. Para os autores, os estudos e os campos de atuação do enfermeiro têm aumentado consideravelmente nos últimos anos, ampliando o campo de conhecimento.

6.3.3 Categoria: Justiça e prudência nas decisões gerenciais.

Nesta categoria identificam-se duas subcategorias em que os valores presentes nos problemas éticos que geraram conflitos, na ótica dos entrevistados, se efetivam no respeito nas relações profissionais no ambiente de trabalho frente a decisões gerenciais e nas responsabilidades pelas consequências das decisões que julgam necessitar serem prudentes e justas.

6.3.3.1 Subcategoria: Respeito às relações profissionais de trabalho.

Nesta subcategoria o conflito ético, a partir dos fatos relatados, na percepção dos entrevistados, emerge entre tomar decisões gerenciais justas e prudentes e respeitar um sistema de valores que se apresentam tanto nas relações interpessoais horizontais como verticais, do mundo do trabalho, tendo em vista, a proteção dos clientes internos, os trabalhadores e os clientes externos, no caso, os pacientes. Ressalta-se que nesta subcategoria se inserem duas unidades de contextos diferentes: respeito às relações hierárquicas de poder no trabalho; respeito às relações na equipe multiprofissional (Figura 6).

Figura 6 - Apresentação dos valores em conflito no respeito às relações profissionais de trabalho.

O poder nas relações de trabalho, como um dos aspectos existentes na estrutura organizacional foi manifestado de forma negativa pelos enfermeiros.

Os enfermeiros sentem-se acuados pelo aspecto dominante do poder exercido pela alta administração hospitalar. Situações de imposições que colocaram os enfermeiros frente a um conflito ético por terem tomar decisões justas ou prudentes através da análise de seu sistema de valores morais em voga em uma determinada situação e os impostos pela hierarquização institucional:

[...] tentava fazer o máximo possível, mas chega uma hora que você é funcionária e não tem jeito. [...] é obrigada a fazer [...] Eu falava: [...] --- Vocês estão vendo a sua parte, [...] tem o lado da empresa. [...] Adianta a empresa quebrar? Você vai ficar sem emprego e não sabe se vai conseguir outro [...]. (ENF.1)

[...] às vezes você passa por aquelas circunstâncias [...] que é obrigada a fazer [...] você é um ser hierárquico [...] recebe ordens, [...] tem hora que tem que fazer cumprir [...] É complicado quando chega alguma situação que vem lá de cima e você tem que se repensar [...] (ENF. 4)

O impedimento no agir do enfermeiro, conforme o que ele acredita ser a ação mais correta ou acertada, revela sentimentos de arrependimento pelo fato de ter acatado a ordem do superior hierárquico, principalmente ao identificar prejuízos na qualidade do atendimento ao usuário:

[...] a implantação do sistema informatizado de classificação de risco. [...] Um método que trazia ao usuário segurança, rapidez e acolhimento do enfermeiro. [...] estávamos com esse trabalho desde final de 2010 [...] Sempre sentindo um pouco de resistência dos médicos [...] que ficavam muitos presos ao horário de atendimento, à produtividade de trabalho. [...] Tive por solicitação do meu Diretor Geral que deixar de utilizar esse sistema que me dava informações estatísticas [...] Os médicos diziam ao diretor que o sistema atrasava e atrapalhava [...] aumentava o tempo de espera [...] Uma questão muito difícil [...] tirar o sistema e voltar ao impresso [...] Ele disse que seria mais tranquilo para os médicos. Meu desejo era dizer não [...] pelo usuário [...] pelos meus enfermeiros que estavam fazendo um excelente trabalho. [...] No sistema impresso deixa de ser notificado o tempo que a enfermagem leva para realizar o acolhimento e obviamente, o tempo de espera e da consulta médica e as pausas entre os atendimentos [...] acabava aumentando a espera do usuário [...] Uma vontade de não mais continuar com esse a frente desse trabalho [...] muito frustrante [...] um trabalho eficiente, eficaz e a gente teve que retroceder [...] não podemos fazer uso dele para beneficiar o cliente. Uma tristeza, é desumano [...] Deveria ter 4 ou 5 médicos, sem o sistema tem três e dois param de atender, então fica um. [...] No fundo eu acho que eu não deveria ter tirado [...] (ENF. 16)

Diante de um problema ético, a capacidade de discernimento e escolha sobre as alternativas presentes em um fato concreto não é tarefa fácil, por envolver um universo de indagações e avaliações a respeito dos valores humanos presentes. Torna-se mais difícil optar por um curso de ação, principalmente frente à obrigatoriedade de respeitar o que foi estabelecido, quando essa determinação é entendida como injusta ou prejudicial ao paciente. Evidencia-se a indignação relativa ao resultado negativo, originado pelo descaso e negligência

da assistência médica, ainda mais, quando a omissão no cuidado está sob a responsabilidade de um profissional da saúde com cargo de dirigente na organização, (um dos donos do hospital), portanto, na figura de “patrão”, fato que pode contribuir para fragilizar o posicionamento como profissional, em função do respeito a essa “autoridade” como um dos valores éticos presentes:

[...] a rede entrou em crise financeira [...] conseguiram vender para um médico [...] era o dono [...] Ele fazia coisas horríveis [...] Pulava as etapas, cortou tudo que era estéril [...] Vai da infecção. Ele: - Vai dar infecção mesmo. Porque você está tão preocupada? Um dia ele foi passar um cateter, fez uma lambança [...] - Doutor o paciente vai morrer desse jeito. Ele falou: - Qual o problema? Todos nós vamos morrer um dia. Sai pensando: Denuncio ou não denuncio? [...]. Tudo tão certinho e de repente ver no lixo. Como seu trabalho não vale nada. Como se todo seu investimento não tivesse valor nenhum. (ENF.15)

O enfermeiro demonstra em suas argumentações, sentimentos de desvalorização e de revolta por presenciar o uso de poder abusivo e desmedido pelo profissional médico, também na posição de superior hierárquico, em situações que se colocou em risco a vida do paciente, causando danos letais:

[...] No sábado, de folga. Eu era supervisora de uma UTI [...] hospital particular. A enfermeira [...] entrou em contato [...] tinha um paciente grave no pronto socorro que necessitava de vaga de UTI. [...], porém estava sem médico [...]. O paciente evoluiu para uma PCR e óbito [...] No horário de trabalho [...] ele (o médico) tinha dado uma escapada [...] ele era um dos “donos do hospital” com cargo de diretoria. [...] Uma sensação de revolta. Tem uma vida que se perdeu. Será que era o momento? A gente não sabe, fica aquela dúvida. [...] Não teve assistência [...] a enfermeira começou a fazer a massagem [...] mas e o restante. [...] tem que pensar que sempre atrás de um paciente tem a família [...] (ENF. 20)

O poder também se revela de forma assimétrica no ambiente trabalho, nas relações interpessoais horizontais, especificamente entre enfermeiros e médicos. Na avaliação dos depoimentos, percebe-se a consternação dos entrevistados, devido à constatação de que as condutas terapêuticas de alguns membros da equipe médica são percebidas pelos enfermeiros como inadequadas, colocando em riscos e/ou causando prejuízos aos pacientes:

[...] tive uma paciente [...] um câncer de ovário migrava metástase intestinal, costuraram a mulher inteira, anus vagina, bolsa de colostomia, embaixo era reta. Que qualidade de vida? [...] Existem outras formas, a quimio, a rádio paliativa para dar qualidade de vida. Isso acabava comigo [...] (ENF.6)

[...] conflito [...] relacionado com uma decisão gerencial. Era enfermeira obstétrica recebi uma gestante, [...] menos de 37 semanas [...] a paciente me entregou uma cartinha da médica, dizendo: [...] - Não realize o exame de toque, [...] internar para uma cesárea. [...] A gestante não tinha sequer 37 semanas [...] não havia dilatação. [...] li a carta depois que examinei. [...] me reporte à coordenadora, [...] um bebê prematuro. [...] Falei:– Vou ter que fazer a evolução dessa paciente [...]de acordo com a minha avaliação, que é completamente diferente dessa carta. [...] A coordenadora pediu para não fazer a evolução. A coordenadora fez, a médica operou. [...] me prejudicou muito do ponto de vista dos meus valores, [...] Foi muito aviltante. [...] precisava do emprego, estava começando minha carreira, [...] inexperiente, sucumbi [...] me incomoda sobremaneira até hoje. [...] como gestora, nossos grandes conflitos

[...] estão diretamente relacionados com decisões médicas versus a conduta profissional do enfermeiro, muitas vezes limitada, dependente [...] de um ato médico [...] lamentavelmente não está na mão da enfermagem tomar a decisão maior. Quem [...] vai sair correndo para ressuscitar o doente é o médico. Ele é o líder, [...] a gente está totalmente dependente de uma decisão médica. [...] isso causa mal estar para a equipe (ENF. 9)

[...] Teria que ser o médico do pronto socorro, ele se negou e o paciente foi a óbito, [...] alguém fez a alguma coisa? [...] Não teve assistência. Não deu tempo [...] a gente estuda sabendo que tem o dom de reabilitar, de curar [...] de ajudar o paciente [...] foi uma sensação horrível, [...] de impotência, estar ferindo o código ético da enfermagem. Me senti desvalorizada [...] sentimento de revolta [...] foi difícil [...] (ENF 20)

Acentua-se a assimetria de poder ainda, quando se constata uma conotação de dependência da enfermagem referente às condutas médicas, evidenciando um poder de decisão reduzido nas ações de enfermagem, porém percebida como geradora de conflito ético:

[...] como gestora, nossos grandes conflitos [...] estão diretamente relacionados com decisões médicas versus a conduta profissional do enfermeiro, muitas vezes limitada, dependente [...] de um ato médico [...] lamentavelmente não está na mão da enfermagem tomar a decisão maior. Quem [...] vai sair correndo para ressuscitar o doente é o médico. Ele é o líder, [...] a gente está totalmente dependente de uma decisão médica. (ENF.9)

Evidencia-se na fala dos enfermeiros uma indignação como fonte de conflito ético, referente ao desrespeito aos direitos do paciente, quanto à ausência de informação nas questões que envolvem as condutas terapêuticas, no que diz respeito à saúde desse paciente. Incluem-se neste contexto, a imposição nessa relação terapêutica médico-paciente:

[...] Ninguém explica nada para paciente [...] - Você vai fazer um remedinho e acabou. [...] - Como é que não falam para a paciente vai tomar quimioterapia? [...] - Qual o direito que vocês têm de falar para paciente o que é bom o que é ruim? [...] não dar direito para ela resolver o que é bom para ela. Se não tiver consciente, não tiver orientada, a família tem até condições de resolver, mas uma mulher de 35, 40 anos, não é possível que não saiba o que quer da vida. [...] mas eles sabem tudo, [...] o paciente não precisa ficar sabendo o que tem. [...] é muito complicado. [...] (ENF. 6)

[...] situações com pacientes que se recusam a determinada terapia [...] um direito do paciente [...] não raro o médico intercede, [...] de forma muito incisiva e autoritária. Ele toma as decisões ainda pelo doente e não com o doente. [...] para o corpo de enfermagem gera um mal estar, [...] de que teríamos feito diferente. [...] Quanto isso vai trazer de benefício para esse paciente? Principalmente [...] paciente oncológico, [...] Porque o médico está insistindo nisso? [...] não trará nenhuma qualidade de vida, [...] (ENF. 9)

Discutindo o respeito às relações hierárquicas de poder no ambiente de trabalho

As organizações de saúde ao estabelecer os níveis hierárquicos dos serviços e agentes sociais que a compõe através da sua estrutura formal indicam, pelas distintas posições no desenho organizacional, as relações de poder entre os cargos (Kurcgant, Massarolo, 2010).

Desse modo, a autoridade, ou direito de comandar, faz parte de qualquer cargo administrativo, sendo assim, uma fonte de poder (Marquis, Huston, 2010).

Além da forma como é estruturada a organização, a maneira de exercer o poder, ainda toca em outros dois aspectos: a orientação estratégica da empresa e a cultura interna dominante. Equivale dizer que a postura que a direção assume afeta sistematicamente o seu funcionamento, assim como, o grau em essa organização se flexibiliza (Kanaane, 2009).

O poder, portanto, é parte imanente da vida das organizações e saber como obtê-lo e exercê-lo no universo organizacional, pode ajudar o gerente a tornar-se melhor sucedido em sua atividade (Robbins, 2007).

No âmbito etimológico, poder é uma palavra latina do verbo *potere*, que significa ser capaz. Poder é definido como, o que capacita a pessoa a alcançar as metas ou ainda, como a capacidade de agir ou a força e a potência para realizar algo (Marquis, Huston, 2010).

No entanto, tomadas de decisões gerenciais podem ser prejudicadas em relação a sua avaliação, se justas e prudentes ou não, na medida em que a cultura da organização predispõe os profissionais ao desenvolvimento de disputas acirradas ou em situações de abuso nas relações de poder.

Analisando o processo decisório observam-se diferentes manifestações de poder e da política institucional e suas relações com a cultura organizacional, denotando quem decide, por qual processo, quais os resultados, quem perde e quem ganha e quais são as justificativas. Os processos de tomada de decisão são politizados e influenciados pelos sistemas de valores das pessoas e da organização. Assim, presenciam-se situações de incertezas e abertas a múltiplas interpretações, objetivos conflitantes, pouco claros e dificuldade de serem atingidos simultaneamente, interesses divergentes, preferências pessoais inconsistentes e ambivalentes, além de que as conseqüências das alternativas nem sempre são bem conhecidas nas decisões tomadas (Bertero, 1996).

Através do poder, um indivíduo ou um grupo exerce influencia sobre outros a fim de alcançar resultados. Os membros da organização que exercem posições de poder adotam, por vezes, posturas utilitaristas e manipulatórias a partir da dominação e medo, o que gera insegurança aos indivíduos. Essa dominação pode se manifestar de forma coercitiva sobre os níveis hierárquicos, prevalecendo o poder burocrático, o que influencia na conduta dos trabalhadores de forma negativa. Infelizmente, esse tipo de dominação tende a ser uma constante no ambiente organizacional, acentuando mais a distância entre os níveis hierárquicos (Kanaane, 2009).

O poder aparentemente possui dois lados: o positivo e o negativo. O lado positivo ocorre quando alguém tem influência em nome de alguém, ou de algo, em vez de sobre alguém ou alguma coisa, enquanto que o poder negativo, apresenta o aspecto do “eu venço e você perde” caracterizando a dominação *versus* a submissão. O poder em si não pode ser considerado bom nem mau, na realidade a forma como é usado, assim como a sua finalidade, é que determinará como ele se apresenta (Marquis, Huston, 2010).

Na teoria do poder social descrita inicialmente pelos estudiosos French e Raven, em 1959, defendia-se que as relações entre as pessoas baseavam-se em trocas sociais que tinham por base relações de influências, postulou-se assim, a existência de tipos para o exercício do poder na organização: o poder por recompensa, que ocorre mediante favores ou recompensas; o poder punitivo ou coercitivo, que ocorre mediante ameaças, geralmente, implícitas (rebaixamentos, transferências ou dispensas) ou punições e possui sentido oposto ao poder de recompensa; o poder legítimo, decorrente do título ou cargo oficial; o poder por especialização ou perícia, que se faz por meio de conhecimento, habilidades ou experiência e o poder referencial, como aquele que o líder possui porque outros se identificam com ele ou com o que ele simboliza (aprovação e aceitação pessoal) (Martins, 2008, Marquis, Huston, 2010).

Nos depoimentos é nítida a preocupação dos enfermeiros no que tange ao respeito em torno de suas obrigações para com a instituição, nas decisões gerenciais frente ao cargo que ocupam. Denota-se nos fatos descritos que eles sentem-se pressionados frente às situações, caracterizando-se o poder da dominação através da coerção, mesmo que por vezes, isso ocorra de forma subjetiva.

O sistema valorativo das organizações apresenta forte pluralidade devido às instituições serem compostas por pessoas com valores, crenças, opiniões e preferências distintos. Desse modo, conflitos podem ocorrer na tomada de decisão. Pessoas que detêm grande poder na organização podem ser coerentes com suas próprias preferências e seus valores. Entretanto, aqueles que estão em uma posição de subordinação organizacional, precisam, muitas vezes, considerar os valores organizacionais a fim de manterem seu cargo ao tentar buscar um equilíbrio, pois também é uma decisão baseada em valores morais inserir-se no contexto organizacional e acatar ou decidir, conforme normas e diretrizes da organização (Marquis e Huston, 2010). Essa visão do valor da manutenção do cargo, do emprego e da oportunidade de trabalho é evidenciada em algumas argumentações dos enfermeiros do estudo.

Urge a necessidade de uma postura proativa no exercício desse poder pelos enfermeiros nas organizações de saúde, tanto na relação consigo, com os seus desejos, aspirações, quanto na relação com os clientes, profissionais de saúde e administradores que aponta como estratégia para uma atuação ética. É salutar que os enfermeiros compreendam realmente sua prática profissional, assim como o modo como o trabalho de enfermagem vem se organizando e, por fim, que o exercício (ou não) de poder e da autoridade nas escolhas decisórias pode ter implicações éticas, para si e para com os clientes (Lunardi et al., 2007).

Discutindo o respeito às relações na equipe multiprofissional

As relações no ambiente de trabalho também serão discutidas tendo como eixo de análise a qualidade da conduta médica na assistência ao paciente, como geradora de conflitos éticos, por ocorrerem de forma assimétrica entre os profissionais de saúde, especificamente entre enfermeiros e médicos.

A profissão de enfermagem, assim como a medicina, são profissões fundamentais nas organizações de saúde. Considera-se a enfermagem umas das profissões essenciais de prática social.

As relações de poder no ambiente de trabalho, especificamente na área hospitalar, é descrita por Foucault (2012) que relata sobre a transformação desse sistema de poder no interior do hospital ao longo da história.

Até meados do século XVIII quem detinha o poder era o pessoal religioso, raramente leigo, destinado a assegurar a vida cotidiana do hospital, a salvação e a assistência alimentar das pessoas internadas. O médico era chamado para os mais doentes entre os doentes, era mais uma garantia, uma justificação, do que uma ação real. A visita médica era um ritual feito de modo irregular, em princípio uma vez por dia, para centenas de doentes. O médico estava, além disso, sob a dependência administrativa do pessoal religioso que podia inclusive despedi-lo. A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. (Foucault, 2012 p 109).

No que se refere ao exercício da gerência de enfermagem no complexo ambiente hospitalar, denota-se que os enfermeiros, ainda hoje, se prestam a servir a uma ideologia dominante, admitindo uma atuação subalterna ao poder médico, ainda hegemônico diante dos profissionais de saúde (Prochnow et al., 2007).

O poder do médico, em relação aos outros profissionais de saúde, tem sua marca histórica manifestada pelo advento do ritual da visita médica, no hospital do século XVIII, que ocorria como um desfile quase religioso, em que o médico seguia na frente em direção ao leito do doente, sendo seguido pelas pessoas que compunham a hierarquia hospitalar da época: assistentes, aluno, enfermeiras, etc. Essa codificação do ritual da visita médica,

descrita nos regulamentos do hospital, dizia como cada pessoa devia estar colocada e que o médico deveria ser anunciado por uma sineta, e a enfermeira posicionada à porta, com um caderno nas mãos, devia acompanhar o médico assim que ele adentrasse (Foucault, 2012).

Além da herança histórica, os aspectos em torno da relação de poder da área médica podem ter origem na sua própria formação, ao envolver poderes decisórios sobre aspectos que interferem na vida e na morte dos indivíduos, gerando dificuldades em compartilhar o poder dessas decisões, além da resistência no seguimento de regras institucionais que possam de alguma forma interferir nestes aspectos. Alves e Brito (1999) adicionam que essa cultura da formação da profissão médica transforma os profissionais em “senhores absolutos”, fazendo com que eles se sintam superiores aos outros cargos nas organizações de saúde.

Alia-se ao modelo hegemônico da área médica, que a base ideológica da enfermagem sempre foi de cunho religioso, o que originou a um distanciamento da postura científica e profissional, a favor de um perfil abnegado, caritativo e devotado. Esse perfil se identifica com as características atribuídas ao gênero feminino e seu trabalho como atividade periférica, secundária e auxiliar, sendo vista como uma ocupação complementar na área de saúde (Passos, 2012).

Assim, a enfermagem assumiu o papel de subalternidade em relação à medicina, destacadamente, por uma questão de gênero. A posição de dependência e dominação das mulheres em relação aos homens está presente nos estereótipos dessa subordinação do enfermeiro ao médico (Germano, 1993). Neste íterim, concordamos com Felli e Peduzzi (2010), que a inserção da enfermagem no mundo do trabalho e na atenção à saúde tem sido marcada pelos determinantes históricos, além dos sociais, econômicos e políticos ao longo da trajetória da profissão.

Nas organizações de saúde, embora a enfermagem e a medicina estejam em posições hierarquicamente simétricas, a prática médica tende a ordenar o ritmo do trabalho no hospital, uma vez que esses profissionais internam, solicitam a propedêutica e prescrevem a alta hospitalar aos pacientes, especialmente na área hospitalar, em função das características curativo-terapêuticas inseridas nesse tipo de organização de saúde. Entretanto, nota-se que nas últimas décadas, a enfermagem vem provocando algumas fissuras nessa hierarquia (Bellato, Pereira, 2006).

Nessa complexa estrutura das organizações hospitalares em que interagem as duas categorias profissionais (enfermeiros e médicos) consideradas de grande importância nas atividades em saúde, verifica-se que por esses profissionais atuarem de forma interdependente e ao mesmo tempo manterem-se em estreito vínculo, essa dualidade apresenta um potencial

para desencadear conflitos interprofissionais. Desse conflito, emerge problemas éticos (independência versus vínculo) que prejudicam a relação na equipe multidisciplinar e principalmente o paciente (Oliveira, 2010).

Problemas éticos que se instalam ao identificar na enfermagem uma autonomia relativa em sua prática profissional, orientada pelo trabalho médico. Pela proximidade do trabalho do médico com ênfase nos procedimentos, os enfermeiros tendem a obedecer às questões da área médica, em detrimento das demandas dos usuários, em um processo manual e repetitivo, portanto, constituindo-se em um trabalho sem conteúdo científico, tendo como consequência forte tendência à alienação (Bellato, Perreira, 2006).

Na ótica de Marques e Lima (2008), por outro lado, o poder médico é inegável, mas esse domínio profissional pode ser rompido, visto que sua autonomia também é relativa, por estar, muitas vezes, definida por limites de competência (originada da superespecializações) e por saberes impostos por outros agentes no trabalho (incluindo-se a enfermagem) e pela presença atual de relações sociais mais amplas na saúde atualmente.

Outras vezes, o conflito é velado, traduzido sob a forma de uma discreta disputa de poder, em que ambos querem demonstrar o seu papel preponderante no tratamento ao paciente: o que prescreve ou o que administra os medicamentos. O primeiro se recusa a ouvir os conselhos do segundo, que por sua vez se recusa a obedecer às recomendações do primeiro. Isso acarreta implicações nos esquemas terapêuticos, ou mesmo erros que poderiam ser evitados. Assim, surge a bioética que desponta como uma possibilidade de instrumentalizar os profissionais de saúde para o enfrentamento dos conflitos éticos interrelacionais, seja com pacientes, profissionais da equipe e gestores, a nível pedagógico, profissional e político (Oliveira, 2010). Através de uma reflexão humanística, tendo como foco a pessoa a ser cuidada, tentando através de um movimento multiprofissional e interdisciplinar, garantir resultados satisfatórios na assistência em saúde.

Contudo, na opinião de Nunes (2006), as intervenções de enfermagem, de modo geral, são ao mesmo tempo autônomas e interdependentes. O enfermeiro ao prestar cuidados de forma autônoma, não é um profissional que age por indicação de outrem. A interdependência configura-se simplesmente no início do processo de prescrição de cuidados, porém mesmo quando o outro profissional prescreve, é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus atos e pelas decisões tomadas na assistência.

Na análise dos discursos, nota-se também que os enfermeiros percebem-se frente a problemas éticos quando presenciam o uso do poder, por parte de alguns profissionais médicos, referente ao desrespeito, às vontades e escolhas dos pacientes nas decisões do

processo saúde-doença. Esse desrespeito ocorre no âmbito da falta da transmissão da informação e na imposição da terapêutica pela área médica. A transmissão da informação ao paciente, compreendida como ato cuidadoso individualizado e autônomo para a enfermagem, habita como um dos problemas éticos, pela necessidade de defender os direitos dos pacientes.

Na assistência em saúde, entende-se que o paciente é um sujeito e não um objeto de cuidado. Dessa forma, ele tem o direito de ser informado sobre o que está acontecendo, dos seus direitos em relação ao processo saúde-doença. Isso significa que são necessárias atitudes de respeito, através do diálogo, consulta sobre suas opiniões e participação nas decisões. Essa informação deve ter como ponto de partida o esclarecimento, por meios de uma linguagem clara, simples e acessível, reconhecendo a capacidade de pensar, de divergir das proposições terapêuticas, assim como das crenças e valores que abarcam os profissionais de saúde (Lunardi, et al., 2004).

Respeitar a autonomia não está somente em recorrer à autodeterminação do paciente, mas auxiliá-lo a ir ao seu limite, visando ajudá-lo a descobrir e escolher o que está de acordo, no sentido de respeito à dignidade humana, ajudando-o a responsabilizar-se e assumir-se enquanto indivíduo. Isso não significa qualquer tipo de pressão ou imposição sobre o paciente, pois existe uma linha tênue entre impor e ajudar, que é preciso se atentar, porquanto é possível e essencial (Durand, 2003).

Segundo Clotet (2009), o princípio da autonomia é a denominação mais comum pela qual é conhecido o princípio do respeito às pessoas. Apresenta como exigência aceitar que os indivíduos se autogovernem, ou sejam autônomos em suas escolhas e nos seus atos, reconhecendo o domínio do paciente sobre a sua própria vida e respeitando sua intimidade. Desse modo, limita a intromissão de outros indivíduos no mundo da pessoa que está em tratamento.

Mesmo diante das tendências e discursos da contemporaneidade sobre o estímulo do autocuidado em saúde, no sentido de reforçar a participação do paciente no planejamento da sua assistência, a percepção e a abordagem desse paciente, como sendo capaz de pensar, refletir, conhecer e optar, decidindo por si e para si, dotado de razão, vontade e capacidade de exercer sua liberdade, não ocorre de forma satisfatória, pois o sujeito que determina o processo, ainda parece ser o profissional de saúde (Lunardi et al., 2004).

Em princípio, o dever da informação refere-se ao que o paciente tem necessidade de saber para decidir com inteligência. Isso não significa dizer tudo, mas o suficiente para que compreenda o que está em jogo. Além, disso, na ética, a maneira, “*de como dizer ou fazer*”, é tão importante quanto o seu conteúdo, que significa “*o que dizer*”. Dessa forma, para informar

o paciente, podem-se distinguir três tipos de atitudes: paternalista, informativa e deliberativa. O paternalismo (que poucos defendem) consiste em escolher a informação para que o paciente decida, no sentido do que o profissional deseja, ou oferecer pouca informação com o intuito do profissional decidir o que seria bom ao paciente. O informativo ou libertário (oposto ao paternalismo) consiste em dar “friamente” as informações ao paciente para ele decidir, oferecendo total espaço a liberdade das pessoas. O deliberativo (considerado como intermediário entre os modelos) evoca a existência de formas de responsabilidade partilhada, baseado na negociação entre parceiros capazes. Essa negociação baseia-se na troca de informações e tomada de decisão de cada um na busca de uma solução mais apropriada, através do princípio de igualdade dos parceiros e na diferença das competências. O resultado dessa decisão é uma opinião melhor possível sobre os tratamentos e ao paciente, remetendo a situação pessoal em relação à decisão médica (Durand, 2003).

Para um resultado assistencial satisfatório, contudo, considera-se o trabalho em equipe e a maior participação das pessoas, uma exigência atual para tomada de decisão nas organizações. O diálogo visando um “pensamento comum” deve ser estimulado, pois sempre há espaço para o diálogo e tomada de decisão conjunta. Ao considerar o ponto de vista de cada um para decisões de qualidade, o processo decisório passa do nível individual para o de equipe, por ter um objetivo comum, a qualidade do cuidado prestado. A comunicação deve ser um potente instrumento, através do qual o profissional provoca mudanças nas relações de poder existentes, tanto no sentido profissional-profissional quanto no sentido profissional-usuário (Marques, Lima, 2008, Angeloni, 2003).

Logo, a comunicação como um instrumento a favor do trabalho cooperativo e adequada divisão de funções, em que cada profissional compreende o seu papel no cuidado humano e a importância da boa relação profissional para esse cuidado, favorece a manutenção do equilíbrio das relações de poder (Oliveira, 2010).

Todo este cenário indica que algumas alternativas vêm emergindo, com ênfase na necessidade de se resgatar valores como democracia, ética, capacidade crítica e autonomia. A medicina contemporânea deveria privilegiar sentimentos e valores dos pacientes, de seus familiares e dos profissionais de saúde, todos os atores presentes na “arte de curar” e a estimular a reflexão em conjunto para as tomadas de decisões, ou seja, a democratização da relação médico-paciente, resgatando, assim a humanização (Soares, Camargo Jr., 2007).

6.3.3.2 Subcategoria: Responsabilidade pelas consequências da decisão.

O conflito entre tomar decisões justas e prudentes e ter consciência que a suas decisões podem ter consequências compõe esta subcategoria. Essa consciência da responsabilidade do enfermeiro pelas implicações das suas decisões abarcam, nos relatos do estudo, quatro unidades de contexto: a responsabilidade inerente ao cargo gerencial; o dever como critério na tomada de decisão gerencial; a responsabilidade da decisão gerencial na ocorrência de erro profissional e a influência das relações interpessoais na decisão gerencial (Figura 7).

Figura 7 - Apresentação dos valores em conflito relativo à responsabilidade pelas consequência na decisão.

A consciência de que não há inocuidade sobre as decisões é relatada como conflituosa nos argumentos dos enfermeiros gerentes. O contexto descrito traduz o conflito expresso pelas dificuldades na relação do poder das decisões, principalmente quando envolvem ter que decidir nas situações desagradáveis que ocorrem no mundo do trabalho:

[...] como gestor [...] tem que tomar uma decisão [...] Todos os dias você toma decisão, da hora que chega e recebe o plantão, a hora que vai embora e em casa. deixou tuas ações, [...] e se tiver uma consequência do que tu deixaste? É um dilema. [...] (ENF. 10)

[...] você tem que tomar decisão numa gerência, [...] Jamais gostaria de tomar decisões ruins [...] chega uma hora, que tem que decidir, a última palavra é a minha. Por mais que a gente se junte, [...] tudo se resolva num bom senso [...] não é legal mandar ninguém embora, chamar alguém para conversar coisas desagradáveis [...] a preocupação é que se mantenha um clima bom de trabalho. [...] É uma angústia, [...] você acaba sendo o responsável por todo mundo [...] essas pessoas dependem do meu aval e ter esse poder de decisão, às vezes, é complicado [...] (ENF. 19)

Nota-se a preocupação com as implicações que o resultado das decisões gerenciais podem efetivamente causar. O “peso” e as dúvidas sobre as decisões a serem tomadas, são observadas através da busca de respostas espirituais, para amenização da angústia, em relação à suposta assertividade das escolhas na tomada de decisão do enfermeiro:

À noite no hospital [...] somos supervisoras [...] Tudo o que acontece, as tomadas de decisão são nossas [...] Todas as responsabilidades também [...] Tem que pensar muito antes de tomar uma decisão e isso muitas vezes também é um conflito muito grande. Porque às vezes a gente toma uma decisão e fica pensando: – Será que tomei a decisão certa? Deus! faça com que eu tenha feito o melhor [...] (ENF. 2)

Denota-se também no relato uma conduta do enfermeiro em que não se ateu às consequências, mas a crença de que o importante seria garantir os direitos institucionais e a sua efetividade do exercício do poder e da autoridade, enquanto gerente da unidade. Na avaliação dos prejuízos e malefícios, referentes ao resultado da ação, no entanto, verifica-se relato de arrependimento, em função da ação estar fundamentada no dever da denúncia da ocorrência, não avaliando amplamente todos os aspectos, inclusive humanos, envolvidos no fato.

[...] Uma profissional no pronto socorro lotado [...] na correria, [...] deixou o aparelho de glicemia capilar na bancada, quando voltou não o encontrou mais. [...] Fui obrigada a fazer um documento, [...] para administração, [...] Ela tinha três, quatro meses para se aposentar, infelizmente a gente foi parar na delegacia [...] institucionalmente ela foi punida, [...] não esperava toda essa repercussão. [...] ela sempre correspondeu às expectativas, [...] mas era o meu dever profissional [...] tinha certeza que ela não estava vinculada com o desaparecimento do aparelho [...] um mal-estar [...] se pudesse voltar atrás, teria comprado um aparelho novo. [...] Ela não merecia, uma profissional acima de qualquer suspeita, dedicada, proativa [...] o lado emocional me dizia o contrário [...] tem que tomar essas atitudes, senão cai em descrédito. [...] (ENF. 11)

O “dever”, no entanto, como critério ético para tomada de decisão, surge como dúvida no posicionamento do enfermeiro frente a um caso de doação de órgãos entre irmãos em que o doador estava sendo gratificado com um bem por este ato pelo receptor:

[...] só pode ser doador parentes próximos. [...] Um paciente, o irmão fez os testes e foi compatível para doar o rim. [...] todo mundo feliz [...] Não teve rejeição [...] Em troca o irmão pedia um apartamento [...] Você fica sem saber que decisão tomar. [...] Até que ponto... [...] Deveria ter denunciado, às vezes acho que não [...] difícil. [...] fiquei muito chocada. [...] ficava tão feliz de ver alguém ter este desprendimento [...] Mas entre irmãos... Te dou um rim, mas você vai ter que me dar um apartamento... [...] (ENF. 15)

A dificuldade de fundamentar a decisão através de critérios claros e bem estabelecidos é relatada como um problema ético, em que se observa a preocupação dos depoentes em balizar a tomada de decisão através de critérios que abrangem valores humanísticos de respeito, atenção, empatia, alteridade, no que tange a equipe de enfermagem:

[...] as decisões para quem é gestor [...] tem que pensar que você pode ser desumano. A gente está preso a um código de ética. [...] Que nos deixa temerosos [...] O que tem que ser feita é uma decisão baseada em preceitos, em princípios e jamais na interposição pessoal. [...] Pode-se perder numa tomada de decisão porque não mediu, não ouviu. [...] o Código de Ética é severo, ele tem que nos permitir uma reflexão. Cada situação, evento que acontece, tem que ser muito bem avaliado [...] (ENF. 10)

[...] o bom coordenador conhece sua equipe, [...] não pode ser tendencioso. Independente daquele colaborador ser proativo, [...] Por força de lei, das questões administrativas, você acaba tratando todos iguais. Acaba beneficiando aquele que não colabora, que é até negligente [...] O sistema [...] dificulta [...] Isso gera um conflito ético. [...] fica difícil. [...] não consegue contemplar o funcionário que merece [...] Um prejudica o outro [...] Com relação ao salário [...] muitos profissionais recebem muito pelo que fazem [...] muitos mereciam ganhar muito mais remuneradamente e ser melhor reconhecido. Você não pode fazer isso. [...] É muito complicado para gente [...] (ENF. 11)

[...] também as advertências. [...] que são aplicadas [...] às vezes a gente dá uma advertência. Porque que eu estou dando, se o outro já fez igual e não aconteceu nada? [...] essas coisas me fazem ficar com conflito [...] (ENF. 17)

Destaca-se nos discursos o confronto ético do enfermeiro ao se deparar com a necessidade de utilizar critérios justos e prudentes e a sua responsabilidade frente às consequências da tomada de decisões na ocorrência de erro profissional na assistência e de outras falhas de condutas profissional que não estavam diretamente ligadas à assistência de enfermagem:

[...]. Ao chegar à diretoria tinha um caso [...] a passagem de sonda de uma enfermeira, sonda nasointestinal [...] um erro. [...] Teve complicação no quadro clínico da paciente. [...] se fosse detectado na passagem [...], seria retirada, mas perdurou por um período. [...] Que dilema! [...] Se você estivesse no lugar? Como é que você iria fazer? Você seria julgado? [...] às vezes o próprio servidor ajudou a Instituição: na suplementação da carga horária, completar o quadro de pessoal, solicitá-lo em casa. [...] Isso foi pesado de forma crítica e analítica? [...] O reconhecimento [...] de entender que a funcionária nos ajudou? [...] A parte mais difícil de quem é gestor, [...] ao rezar uma

penalidade por um erro, [...] por faltar, não ter comprometimento, é diferente para quem é assíduo é responsável, [...] comprometido com o seu setor e de repente ele erra e você tem que penaliza-lo [...] (ENF.10)

Meu primeiro conflito na gestão [...] foi uma demissão [...] o funcionário fez uma iatrogenia [...] Era para fazer um cloreto de sódio, o paciente estava com câibra e fez de potássio. As ampolas [...] a cor era a mesma [...] não conferiu o nome [...] não foi um erro só dele. Foi uma sequência de falhas [...] era filho de uma funcionária antiga nossa. [...] Era o primeiro emprego dele, fiquei naquele dilema de dar justa causa e isso iria abrir um processo civil. [...] Iria acabar com a vida do menino novinho, recém-formado, primeiro emprego [...] (ENF. 15)

[...] Um erro transfusional, uma situação difícil [...]. Até onde vai a culpabilidade de quem erra? Até que ponto, posso causar uma condenação severa àquele indivíduo por um erro isolado na carreira dele? Até onde deveria ter ido enquanto gerente? [...] Mandá-lo responder eticamente no COREN, se não tinha subsídio teórico. Não tinha ninguém afirmando que o paciente morreu por causa da transfusão. Supostamente. [...] Morreu um dia depois. [...] O grande conflito é encaminharia ou não esse indivíduo para um julgamento ético? [...] Mas também não posso jurar que o paciente morreu em decorrência disso [...] manda-lo para um julgamento ético e de repente ter uma punição mais severa? [...] é complicado, essa coisa que envolve de ser cooperativista. Pensar se você tivesse na situação do indivíduo. Você poderia ter errado. [...] Até que ponto você pode condenar toda a carreira do indivíduo? [...] é isso, uma questão da troca de lado [...] (ENF.18)

[...] Um profissional fez uma medicação que não era para ser feita [...] o paciente falava que foi feita e ele diz que não [...] não admite o erro [...] Quando admite é mais fácil [...] Quando a pessoa nega, gera uma dúvida. [...] Você acha que pode ser verdade dela. [...] Isso me tira o sono [...] Se foi outra pessoa que tirou a medicação em nome desse paciente? É uma coisa que mexe com a parte ética. [...] Posso estar indo contra uma verdade. [...] O profissional [...] dá indícios, muitas vezes, que é real, mas a proporção dos achados não condiz [...] E você tem que tomar uma decisão [...] (ENF.19)

[...] uma colaboradora usuária de medicamentos controlados [...] pediu 2 ampolas de diempax no nome do paciente de alta. [...] O que nos chocou [...] ela era usuária, por conta de 3 filhas de relacionamentos diferentes. [...] Tinha sido jurada de morte e teve que sair de casa com 3 filhas e a roupa do corpo [...] Foi morar num albergue [...] ficava 2 a 3 dias sem comer [...] tinha fortes dores no corpo, [...] era a única forma de dar atenção para as filhas e trabalhar [...] Uma ótima profissional [...] ponderamos as possibilidades [...] encaminháramos ao Conselho de Ética, boletim de ocorrência, demissão, Conselho Regional? [...] Poderia até acabar com a vida dela [...] pesamos até em ficar com ela e encaminhar, mas e a confiança? [...] (ENF. 3)

[...] unidade de quimioterapia, era enfermeira chefe [...] me deparei com uma queixa de um paciente [...] A auxiliar de enfermagem batia na mão dele. [...] A menina realmente agredia os pacientes, [...] Nessa unidade os funcionários eram escolhidos a dedo. Eu havia escolhido ela. Era minha ex-aluna. [...] uma decepção [...] horrível [...] tive que vigiar [...] um conflito [...] Achava que ela era uma boa profissional, ia contra todos os preceitos éticos que eu ensinava. [...] (ENF.7)

[...] Um auxiliar de enfermagem [...] Uma das coordenadoras [...] foi ao banheiro e esqueceu o celular, foi buscar e não encontrou. [...] Foi ver nas câmeras [...] esse funcionário entrou no banheiro [...] fizeram pressão [...] devolveu o celular [...] Como é que a gente vai agir neste caso? [...] Ele tinha uma história na instituição [...] Uma pessoa muito religiosa. [...] Jamais imaginava que poderia fazer alguma coisa errada. [...] Tudo o que era solicitado fazia. [...] participar de campanhas, [...] hora extra, [...] disposto, disponível. [...] Ele estava saindo um pouco da ética, [...] gostava dele e não queria prejudicá-lo [...] Será que pode fazer isto outra vez? Será que não está fazendo coisas piores que isso e ninguém está vendo? (ENF. 14)

Evidencia-se ainda, no relato, a influência das relações informais e afetos de amizade que geram proximidades no âmbito pessoal do ambiente de trabalho e acabam por influenciar a tomada de decisão dos enfermeiros, sendo percebido como situação de conflito ético:

Estou sofrendo conflito ético [...] O enfermeiro de educação permanente, [...] começou comigo [...] está apático, [...] desmotivado, [...] não tem mais a mesma linha de atuação. [...] tenho que dispensá-lo. Está no fator idade, prestes a aposentadoria, tem um bebê de um ano, está fazendo aquisição de um bem. [...] fico pensando: - Meu Deus, se eu mandar esse homem embora o que vai acontecer? [...] não vai conseguir emprego fácil. [...] todo dia vou para casa pensando. [...] Como eu vou falar? [...] É duro. [...] não tem mais o perfil [...], que estamos hoje tendo que atender. O hospital mudou [...] (ENF. 4)

Discutindo a responsabilidade na tomada de decisão como atribuição do cargo gerencial

O processo de tomada de decisão gerencial parte do pressuposto que o decisor atue de forma racional, ou seja, faça escolhas consistentes, maximizando o valor dentro de limitações específicas, porém a maioria das decisões importantes é tomada por meio do julgamento da pessoa e não por um modelo prescritivo definido (Robbins, 2008).

Avaliando a posição dos enfermeiros, enquanto gerentes, a tomada de decisão é considerada a mais específica da atividade de liderança e o cerne da administração. É uma das tarefas do gestor, que geralmente empreende muito tempo para a execução dessa prática, entendida como um processo cognitivo complexo que envolve a escolha de determinada linha de ação (Marquis, Huston, 2010). O perfil do gerente e sua postura na tomada de decisão afetam de forma significativa os resultados e as consequências dessas decisões (Massarollo, Fernandes, 2010). É inevitável que a individualidade do decisor interfira na tomada de decisão, por envolver a percepção e a avaliação de que as pessoas se valem da sensação, da intuição, do raciocínio e dos sentimentos (Marquis, Huston, 2010).

Devido a essa complexidade que envolve as relações sociais nas organizações em geral, afirma-se que as decisões gerenciais não são inócuas ou isentas, pois carregam um enorme poder de irradiação pelos efeitos que provocam nesses agentes, tanto no ambiente interno como no externo, vinculados à instituição (Srouf, 2008).

Nas organizações as pessoas passam muito mais tempo convivendo com as consequências das decisões do que as tomando. As consequências das decisões, frequentemente ocorrem devido à manifestação dos processos de influência. Neste íterim, o poder, conforme anteriormente assinalado neste estudo, é uma variável importante, por possuir um papel crucial no processo decisório organizacional. Nas relações de poder emerge um desequilíbrio de forças entre as partes, com interesses divergentes, em que uma parte impõe sua vontade sobre a outra. Baseiam-se na posse de recursos, muitas vezes assimétricos,

produzindo um efeito na relação social, possuem tendência a se ocultar, sendo ambíguas e ainda abarcam conflitos de interesses divergentes (Macêdo, 2002).

Decidir é uma ação frequente no dia a dia dos enfermeiros, principalmente na atuação gerencial, portanto é uma ação que faz parte do cargo atribuído. Sendo a obrigatoriedade do processo decisório, portanto, inerente à responsabilidade do cargo, essa por sua vez, conjuga-se com os princípios da autonomia e liberdade, por meio dos quais é possível assegurar uma tomada de decisão de qualidade balizada em princípios e valores éticos.

A noção de responsabilidade, na perspectiva ética, está ligada à liberdade, portanto responsabilidade e liberdade são fontes do ato ético, assim como, a consciência e os valores. Sendo assim, somente é possível assumir a responsabilidade pelos atos, a pessoa que é livre e tem consciência dessa existência (Fernandes et al., 2008).

Responsabilidade define-se como a capacidade e a obrigação de assumir os atos e as respectivas consequências, como capacidade para julgar. A autora apresenta três idéias relacionadas à responsabilidade: a capacidade, a obrigação e o compromisso. A capacidade corresponde ao “estar preparado” para responder, prestar contas, ser julgado frente às promessas e aos compromissos assumidos, sendo uma questão central, tanto no sentido de *capacidade de* (exercício de poderes, de causar danos), como da *capacidade para* (ser imputável, ser responsável). A obrigação refere-se ao cumprimento de certos deveres, certos encargos, de manter compromissos (fidelidade à “palavra” dada). No direito civil a obrigação tem a conotação de reparar danos causados por erro, falha ou falta ou tentar corrigir a situação e a obrigação de cumprir o castigo, a punição frente a esse dano (enquadrada no direito penal). O compromisso relaciona-se ao fazer e cumprir a promessa, é a realização da missão por meio do cumprimento de uma tarefa (Nunes, 2006).

Esse último tipo de responsabilidade, de forma simplificada, é definida como o conjunto de todas as atividades e obrigações especificadas pelo papel formal, também denominada de responsabilidade funcional (Toffler, 1993).

Os sentimentos de obrigação e compromisso nas decisões encontram-se presentes nos discursos dos enfermeiros denotando um problema ético ora questionando-se, ora lamentando-se por terem o “peso” da responsabilidade do poder decisório.

No âmbito da ética, Srour (2008) descreve que a teoria ética da responsabilidade apregoa que somos responsáveis por aquilo que fazemos. Os agentes realizam uma análise da situação através dos efeitos previsíveis que a ação produz, planejam obter resultados positivos e ampliam o leque de escolhas ao preconizarem “dos males o menor” ou ao visar fazer bem ao maior número de pessoas. Desse modo, a tomada de decisão torna-se indutiva, derivada da

reflexão sobre as implicações dos cursos de ação possíveis, obrigando-se a conhecer as circunstâncias presentes, analisando os riscos, supondo uma relação custo-benefício e presumindo que serão alcançados fins valiosos, portanto universalistas.

Classificando a ética da responsabilidade dentro das estruturas lógicas da ação moral, Cortina e Martinez (2012) afirmam que a ética da responsabilidade atende aos efeitos das ações pelos quais se assume a responsabilidade, compreendendo as consequências não previsíveis, se apoiando na justificação pelos fins. Contrapondo, tem-se a ética classificada como a ética da convicção/intenção por fundamentar a ação, justamente na convicção, no racionalismo. Os autores descrevem que o principal defeito da ética da convicção/intenção é o mal não desejado como consequência de uma ação bem intencionada, enquanto na ética da responsabilidade, o mal é aceito como meio para um fim bom, porém dinamicamente recíprocos um ao outro (mal e bem).

Ao assumir as responsabilidades das decisões tomadas a pessoa torna-se autônoma (Ribeiro, 2011). A palavra autonomia de origem grega composta por *autos*, (“por si mesmo”) e por *nomos*, (“lei”), indica, portanto, a capacidade humana de dar leis, a si próprio ou a capacidade de determinar por ela mesma a lei à qual se submeterá (Nunes, 2006).

Para Ribeiro (2011), a autonomia em enfermagem é a capacidade de executar as funções de forma autodeterminada, ao mesmo tempo em que cumpre com os aspectos práticos e ético-legais da profissão. Entretanto, para esse autor, a conquista da autonomia na enfermagem ainda não atingiu sua plenitude. Essa conquista leva os enfermeiros a se confrontarem com problemas éticos e com a consequente necessidade de tomarem decisões complexas que exigirão a adequação das decisões aos princípios e valores éticos. Como ocorre área hospitalar, por vezes, onde a autonomia é exercida de forma paradoxal entre a liberdade da iniciativa profissional e o controle inibidor provocado pelo modo como o trabalho é organizado.

Isso retrata a necessidade da manutenção de um clima organizacional favorável, mas que pode se tornar instável, dependendo do tipo de decisão que precisa ser tomada e de suas prováveis implicações, em função de que as decisões nem sempre são consideradas agradáveis ou boas, tanto para os gestores, como para aqueles a quem a decisão afeta.

Falar em responsabilidade pressupõe falar em liberdade, como parceiras inseparáveis. A liberdade exige um olhar reflexivo, pois ao exercê-la, responsabiliza-se pelos atos, compromissando-se com a decisão tomada. As pessoas têm liberdade e poder para avaliar as diferentes posições diante de uma situação, analisando os aspectos favoráveis ou não sobre os diferentes cursos de ação e a partir disso, realizar as escolhas. Além disso, é importante o

conhecimento das normas jurídicas e do código de ética profissional, uma vez que o desconhecimento desses, não exime a pessoa da sua responsabilidade (Massarollo, Fernandes, 2010). Neste estudo, percebe-se nos relatos, o conflito do enfermeiro que surge entre a liberdade na tomada de decisão e o cumprimento do dever, pelo fato de se sentir “preso” aos princípios legais da profissão ou as normas institucionais.

Assim, na decisão gerencial, a pressão para acertar é inerente, devido à responsabilidade social e também a visibilidade do decisor perante os pares. Há ocasiões em que os decisores são colocados em situações estressantes, especialmente quando as consequências de suas decisões são danosas para a empresa ou para as pessoas. Essa pressão quando constante, prolongada e intensa pode provocar reações emocionais (Motta, 2002).

Alem disso, no processo de tomada de decisão o sistema de crenças de uma pessoa tem papel fundamental. As crenças, inclusive as religiosas, afetam a percepção e leitura do mundo, na limitação do conjunto de alternativas disponíveis e na seleção da ação a ser realizada. Os aspectos religiosos ou espirituais devem propor uma reflexão bioética, sempre preservando o caráter plural da discussão, questão ou fato (Salgueiro, Goldim, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, espiritualidade é o conjunto das emoções e convicções de natureza não material, com a suposição que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como significadas e sentidas da vida, não se limitando a qualquer tipo de crença ou prática religiosa (*World Health Organization*, 1998).

Cumprir antes entender que a espiritualidade requer uma ação que permite o desdobramento singular de cada pessoa, gerando um sistema de idéias, em que se contextualiza, crítica e aperfeiçoa o entendimento sobre algo, ou seja, busca-se o conhecimento através de um senso comum e da sobrevivência humana, tomando consciência de suas limitações, tentando significar e resignificar a vida, por meio de entendimentos que vem através de questionamentos desde a sua origem. Portanto, a pessoa realiza um “segundo olhar”, uma resignificação de possíveis mudanças que podem/devem ser substituídas quando necessário (Adami, Souza, 2013).

Espiritualidade, defendida pelos autores Hossne e Pessini (2014), como um referencial, para o exercício da (bio)ética como baliza para o equacionamento das opções possíveis que oferece base de sustentação e discussão, como referência ao subsidiar uma determinada opção. Os autores advogam a espiritualidade como um referencial bioético destacando a sua importância na tomada de decisão frente a conflitos éticos, na medida em

que se articula com outros referenciais: prudência, alteridade, altruísmos, equidade, autonomia, beneficiência, solidariedade.

De maneira geral, observaram-se menções, alusões ou mesmo evocações a Deus, em algumas entrevistas, no relato dos conflitos éticos nas vivências dos enfermeiros. Esses depoentes buscaram a compreensão de significado e de sentido sobre os fatos que estão sob sua responsabilidade, por meio da espiritualidade para encontrar apoio e conforto, no sentido de amenizar seu questionamento ético (que tenha optado pelo melhor), diante das possíveis consequências de sua escolha na decisão.

Tal evidência pode estar aliada ao fato de que a espiritualidade também tem sido enfocada como necessária para o profissional de saúde a fim de que se capacite melhor para atuar na assistência, enfim na profissão (Hossne, Pessini, 2014).

Discutindo o dever como critério na tomada de decisão gerencial

A abordagem ética humanística da justiça por merecimento e da justiça por igualdade, são os critérios os quais alguns depoentes procuraram transitar para subsidiar a tomada de decisão no gerenciamento diante de um fato concreto. No entanto, alguns obstáculos originaram conflitos éticos, devido fatores externos determinantes: do modo como é organizada a instituição de saúde e os princípios ético-legais da própria profissão de enfermagem.

Assim, revelou-se o questionamento do valor moral da justiça nas decisões dos enfermeiros, através da reflexão do que trata o Código de Ética da profissão, em relação ao direcionamento da sua conduta como profissional, na alegação de rigidez desse código, que o impede de tomar uma decisão mais humanística, principalmente no que se refere à ocorrência de erro profissional.

Um código de ética é um conjunto de princípios estabelecidos por uma profissão para orientar o profissional da área, podendo ser usado como referencial teórico, como uma união de normas de conduta para orientar os profissionais em uma solução ética, funcionando como guia para os padrões de uma prática ética, agindo um meio de reduzir incertezas quanto às atitudes a serem tomadas (Marquis, Huston, 2010, Nash, 2001).

Na enfermagem, Oguisso (2010) considera que conhecendo os motivos históricos que fundamentam a elaboração do código de ética profissional de enfermagem, desde o primeiro, em função de sua representatividade e dos impactos causado na época (julho de 1953), é possível entender e melhor utilizar o seu conteúdo como apoio e balizamento para ações de enfermagem. Espera-se que com a força legal para definir infrações penalidades relativas ao

exercício profissional, o código de ética possa estimular os profissionais a exercer a profissão com autonomia, justiça, compromisso, equidade, resolutividade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade, como previsto no CEPE-2007. Entretanto, a criação de códigos não torna as instituições ou os profissionais mais éticos. Por isso, os códigos de ética necessitam ser continuamente ajustados às novas situações oriundas da evolução técnico-científica e dos desafios que surgem no cotidiano da enfermagem.

Além do código de ética, as regras e normas institucionais também são relatadas como fator limitante para a tomada de decisão, portanto se traduzem em problema ético para os enfermeiros.

O “dever” de tratar todos os membros da equipe da mesma forma, (tratamento igualitário), ou seja, quando os enfermeiros-gerentes se vêm obrigados a ter a “mesma medida” para todos, percebem-se em conflito ético, por avaliarem que as pessoas apresentam desempenho profissional diferentes entre si e que, nestes casos, alguns seriam mais merecedores do que outros.

Esse critério ético baseado no “dever”, deriva seu referencial da corrente deontológica. Assim, Serrão (2008) descreve que na deontologia, o fundamento da norma é o que as pessoas pertencentes àquele grupo (por exemplo, de enfermeiros) consideram que é bom ou o melhor a ser realizado em uma situação. É uma espécie de consenso. A norma dita a todos, como deve ser feito. Antes, entretanto, é necessário que os profissionais de forma democrática, abrangente e dialética concordem com a norma a ser construída. Assim, a origem da norma deontológica é exclusivamente o consenso entre os membros daquela profissão.

Do ponto de vista Kantiano, contudo, a moralidade se distingue, antes de tudo, pela forma universal de significação para todos os seres racionais, Kant, em um sistema estritamente racional, opõe-se ao sistema religioso, referindo que a moral diz respeito à motivação, assim postulada: “Age de maneira que possas querer que o motivo que te levou a agir se torne uma lei universal”. O homem, para Kant, é legislador de si mesmo e todos os homens são fins em si mesmo. Dessa maneira, a moral Kantiana é considerada a moral do dever e da imposição de normas para si, como uma ética formal e autônoma (Germano, 1993). Em síntese, na capacidade da própria pessoa definir sua própria lei, de ser seu próprio legislador e de agir em seguida por dever (Durand, 2003).

Serrão (2008) acrescenta ainda que na deontologia, quando as crenças ou opiniões do consenso do grupo sobre a norma construída se modificam, a norma deontológica também deve se mudar.

Desse modo, se interpõe a necessidade de reflexão sobre os princípios morais (codificados ou não) e sobre o seguimento rígido de normas, rotinas, protocolos e regras organizacionais, o que remete a um entendimento mais profundo a respeito dos valores, crenças, convicções individuais e coletivas no trabalho. O fato dos profissionais depararem-se com situações de conflitos éticos, não pode torná-los menos sensíveis e acomodados. São necessárias reflexões e mudanças de posturas e valores no enfrentamento dos problemas éticos. A reflexão ética requer avaliação dos limites e possibilidades frente aos seus direitos e deveres profissionais. Toda e qualquer tentativa de uma ética centrada no agir cotidiano dos profissionais de saúde requer uma análise da realidade social, tendo em vista o processo de tomada de decisões (Silveira, 2006).

Ao tentar fundamentar seu agir através de valores éticos morais, os enfermeiros procuram ponderar, avaliar, analisar suas decisões. Desse modo, percebe-se que incidem em tomar decisões de maneira prudente e justa. Entretanto, Motta (2002) pontua que a prudência na tomada de decisões pode ser influenciada pela própria posição do cargo na estrutura organizacional. A hierarquia na chefia também provoca alguma variação com relação à decisão. Ocupantes de cargos de primeiro e segundo níveis hierárquicos tendem a ser mais cautelosos e prudentes do que os ocupantes de posição intermediária.

Discutindo a responsabilidade da tomada de decisão diante da ocorrência de erro profissional

As ações de enfermagem, em geral, objetivam a qualidade da assistência, como um objeto a ser alcançado, para isso é necessário a realização do controle do serviço, tendo em vista a avaliação dessa assistência, através de parâmetros mensuráveis, com a implantação e utilização de determinados indicadores de qualidade (Beccaria et al., 2009).

Qualidade, segundo a Organização Mundial de Saúde.

É um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, mínimo de risco ao paciente/cliente, além de alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes (*World Health Organization*, 1991).

A minimização de riscos aos pacientes, como sendo um dos atributos para o alcance da qualidade da assistência em saúde, propõe o desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente, contudo, isso depende do conhecimento e cumprimento de um conjunto de leis e regulamentos que regem o funcionamento do serviço de saúde, da sustentabilidade e do cumprimento de missão institucional (Mendes, Moura, 2013).

Na perspectiva de garantir essa segurança é necessário gerenciar as condições de trabalho dos profissionais de saúde e a responsabilidade dos prestadores de serviços de saúde, considerando o fato de que as ocorrências existem quando as ações dos profissionais se mostram negligentes, imprudentes ou mesmo quando executadas sem a devida habilidade técnica ou conhecimentos necessários para consecução segura dos cuidados de enfermagem (Freitas, Oguisso, Merighi, 2006).

Ademais, nas organizações de saúde existem situações que predis põem ao risco de eventos adversos, tais como: avanço tecnológico com incompatibilidade do aperfeiçoamento pessoal necessário, distanciamento das ações próprias de cada profissional, desmotivação, ausência ou limitação da sistematização e na documentação do cuidado de enfermagem, delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviço (Madalosso, 2000). Todavia, a falibilidade é uma característica intrínseca e imutável do processo de cognição humana, por isso, é possível a ocorrência de erros ou falhas na realização da assistência à saúde (Salles, 2009).

Segundo a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), as situações onde ocorrem erros ou falhas são denominadas incidentes e podem ou não provocar danos no paciente. O evento adverso é o incidente que atinge o paciente e resulta em dano ou lesão, podendo representar um prejuízo temporário ou permanente, ou mesmo a morte do usuário (Moura, Magalhães, 2013).

As falhas humanas no exercício da enfermagem são consideradas como ocorrências éticas, especialmente quando essas falhas expõem o paciente a situações de riscos, mesmo que realizadas de forma involuntária por parte do profissional (Freitas, Oguisso, Merighi, 2006). Portanto, quando a assistência ao cliente se desvia do curso tido como normal e esperado, desencadeia a chamada ocorrência iatrogênica que pode acarretar danos ao cliente e ainda, à instituição ou ao próprio profissional, culminando em problemas de ordem física, ética e moral (Freitas, Oguisso, 2007).

Os enfermeiros gerentes relataram dificuldades na tomada de decisão frente à situação de erro na assistência, em função dos fatores externos ou contribuintes, muitas vezes, envolvidos no fato. Percebe-se a presença do conflito ético quando se evidencia a necessidade do cumprimento do dever ético-jurídico-legal frente ao erro, em que ao mesmo tempo ocorre uma avaliação subjetivada do fato, emergindo dúvidas, referente aos possíveis prejuízos que a acusação e as sanções punitivas, advindas da falha cometida poderiam causar ao profissional responsável. Questionamentos hiperbolizados, principalmente pela incerteza da real culpabilidade do profissional na ocorrência. Questões essas que ocasionam impasses e que

influenciam na tomada de decisão ética. Assim, nos discursos, percebeu-se densa preocupação, de alguns enfermeiros em não reduzir os problemas éticos, presentes no caso, mesmo na ocorrência de erro profissional, somente no âmbito jurídico-legal, por acreditarem que devem levar em consideração, outros agentes intervenientes no fato.

Na enfermagem, o cuidar é a ação mais valiosa, entendido como foco do trabalho da profissão. Visto pelos profissionais de enfermagem, como um ideal moral, no sentido da realização da proteção, da promoção e preservação da dignidade humana. Assim, o compromisso do profissional relaciona-se em prestar uma assistência isenta de risco e evitar erros, como um dos objetivos. Essa preocupação de não causar danos ao paciente remete ao histórico hipocrático na área da saúde, quando Hipócrates pronunciava: *primum non nocere*, significando, “em primeiro lugar, não cause danos” (Salles, 2009).

Usualmente o que se presencia nas instituições é que a decisão tomada sobre a consequência de um erro, na abordagem individual é realizada nominando, culpando, estimulando o sentimento de vergonha no profissional de saúde. São medidas corretivas dirigidas a quem errou, geralmente re-treinando e, por vezes, criando uma falsa sensação de segurança, de que o problema foi solucionado (Mendes, Moura, 2013). Esse histórico de punições frente à ocorrência de erros, acompanhada frequentemente de exposições públicas que provocam sentimentos de medo e vergonha, contribui para a manutenção de uma cultura punitiva (Moura, Magalhães, 2013).

A punição frente aos erros profissionais é uma preocupação descrita presente nos discursos. Percebe-se a tentativa em alinhar à decisão frente à ocorrência, buscando não incorrer em qualquer tipo de injustiças ou ações desumanizantes com o profissional que causou o problema.

Na literatura da Agência Nacional de Saúde (ANVISA) sobre assistência segura, Harada e Pedreira (2013) discutem a necessidade de desenvolver uma cultura de segurança na organização, para que se possa gradativamente conhecer a realidade e propor estratégias para uma prática segura. Essa cultura move os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos, através de gestores líderes que potencializem o entendimento e explicitem os benefícios, assegurando a imparcialidade, sem medidas radicais de punição frente à ocorrência.

Assim, a liderança, o trabalho em equipe, a comunicação clara e estruturada com técnicas corretas, o aprendizado com os erros, a justiça, o cuidado centrado no paciente e a prática baseada em evidências são identificadas como propriedades (subculturas) da cultura de segurança. Desse modo, tomando como eixo de discussão a preocupação percebida pelos entrevistados, referente a uma justa avaliação da decisão frente falha profissional, a

denominada subcultura da justiça, no ambiente hospitalar, reconhece os erros como falhas que ocorrem no sistema, ao invés de falhas individuais, porém, ao mesmo tempo, não coíbe de responsabilizar os indivíduos por suas ações. Assim, é muito importante determinar se essas falhas são decorrentes do sistema ou são de cunho individual. A cultura da justiça é caracterizada pela busca da verdade. Neste ínterim, propõe-se formular alguns questionamentos para tentar identificar o tipo de falha, como: se cuidado foi desenvolvido de forma ilegal; se foi realizado sob influência de alguma dependência química (álcool ou drogas); se o profissional estava ciente de que estava cometendo um erro; se haveria a possibilidade de dois ou três cuidadores cometerem o mesmo erro (Harada, Pedreira, 2013).

Diante do que foi dito, ressalta-se a importância de se discutir novamente a temática da responsabilidade profissional relacionada à ocorrência de erro no trabalho. Neste âmbito, é imperativo retomar que uma condição que precisa ser conhecida e devidamente compreendida por todos os profissionais em uma organização de saúde, é aquela que se destaca, que toda pessoa é responsável pela própria conduta. Assim, legalmente não se permite que o indivíduo que apresente uma má conduta causando um erro ou uma falha não seja responsabilizado pelo seu ato (Marquis, Huston, 2010).

Inclui-se neste quadro que um dos fatores que também interfere na tomada de decisão ética na organização é a gravidade da questão ética propriamente dita. A ocorrência frequente de infrações éticas gera um perigo, devido às pessoas, organizações e sociedade se surpreenderem cada vez menos com essas ocorrências, perdendo sua capacidade de indignação e passando a não avaliar a gravidade do fato de forma adequada (Massarollo, Fernandes, 2010).

Além disso, um dos grandes obstáculos encontrados no estudo dos eventos adversos na assistência à saúde, advém do comportamento vigente de omitir ou esconder os eventos indesejáveis que ocorrem, comprometendo a confiabilidade dos bancos de dados em virtude da ausência de notificações, configurando cenários que não retratam a realidade dos serviços (Moura, Magalhães, 2013).

Neste contexto, destacam-se outras condutas profissionais inadequadas, em que se incluem os roubos ou furtos e a dependência química. Fatos presentes nas organizações de saúde em geral.

Conforme destaca Sertek (2002), por melhores que sejam as intenções ou as justificativas de algumas ações empregadas, a qualificação ética negativa não se modifica, como no caso do roubo, fraude, mentira, tráfico de influências, corrupção, entre outros.

Uns dos problemas mais dispendiosos e emocionalmente desgastantes são os empregados cuja atividade profissional é prejudicada por abusos de substâncias químicas e por disfunção psicológica (Marquis e Huston, 2010). Ainda que as condutas negativas ou desfavoráveis no ambiente de trabalho, como furtos ou roubos, por exemplo, podem denotar por parte dos empregados o fato de estarem frustrados pelo tratamento impessoal que recebem da organização, como uma forma de “vingança” justificada por esse tratamento recebido (Davis, Newstrom, 2002).

De acordo com Freitas, Oguisso e Merighi, (2006) o trabalho educativo e não punitivo em relação ao profissional de enfermagem que comete uma ocorrência ética é considerado a medida gerencial mais sábia, porém a postura educativa, ainda se constitui em uma utopia em muitas instituições hospitalares, por isso representa um grande desafio, sobretudo para aqueles que praticam um modelo gerencial autoritário e centralizador do poder decisório, utilizando-se do encaminhamento do profissional à Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) com um caráter estritamente punitivo.

De acordo com o exposto, entende-se que os enfermeiros, em sua ação gerencial, presenciam fatos concretos que envolvem tomar decisões, em que se faz necessário a opção entre valores com sentido moral, assim se configura o conflito ético (Gracia, 2001, Zoboli, 2010). Para isso, é importante o desenvolvimento da autonomia, da liberdade, da responsabilidade e do senso crítico na capacidade de construir e defender determinados pontos de vista, tanto individuais como coletivos, vistos como imprescindíveis para a formação balizada no agir ético na enfermagem (Fernandes, et. al., 2008). Atentando-se em especial às decisões do enfermeiro gerencial, em virtude da amplitude que suas escolhas podem adquirir na organização de saúde.

Discutindo as relações interpessoais na decisão gerencial

Muito discutido neste estudo, que o trabalho gerencial que o enfermeiro desempenha nos serviços de saúde deve contemplar os aspectos assistenciais, pedagógicos, técnico-científicos e políticos, bem como, os que dizem respeito às relações interpessoais, com o propósito de alcançar o planejamento, tendo em vista a assistência integral, prestada de forma segura e livre de riscos, ao indivíduo, à família e à população (Spagnol, 2005).

Para gerenciar pessoas na enfermagem é necessário ter um bom relacionamento com todos, contribuindo para o conhecimento e equilibrando com bom senso o desempenho dos membros dessa equipe. É fundamental saber ouvir, ter flexibilidade diante das situações, resolver os problemas sem gerar ansiedades e desconfortos. A equipe deve ter capacidade de

lidar com as diferenças. O bom relacionamento contribui para relações mais eficazes, aumentando a compreensão mútua, inspirando confiança e respeito, encorajando a persuasão, sem coerção, permitindo o equilíbrio da razão e da emoção e se aprimore a comunicação (Sales, Lima, Farias, 2007). Antes é preciso compreender que neste processo relacional entre seres humanos estão envolvidos aspectos culturais, sociais, políticos, econômicos, éticos, subjetivos, enfim, um conjunto de fatores que dão forma à realidade institucional (Urbanetto, Capela, 2004).

No que diz respeito às relações interpessoais, especialmente àquelas que ocorrem entre os enfermeiros com atuação na gerência e os membros da equipe de enfermagem, dependendo da maneira como essa relação se estabelece, pode interferir de forma significativa nas decisões a serem tomadas por esse gestor, principalmente perante as situações eticamente conflituosas, em função do universo de valores que pode estar envolto. Consequentemente, todos os aspectos que englobam o ambiente de trabalho, a formação e as experiências de vida do indivíduo, o grau de racionalidade, assim como, as questões afetivas e emocionais, são fatores que podem influenciar, de forma isolada ou conjunta, nas decisões éticas.

Ferrell, Fraedrich e Ferrell (2001) consideram como principais fatores que interferem nas tomadas de decisões éticas, a identificação da gravidade da questão ética, os aspectos individuais, a cultura organizacional, as pessoas que exercem influência sobre o indivíduo ou grupo de trabalho, e a oportunidade.

As relações profissionais, cujas características envolvem laços de amizade e de cumplicidade, podem gerar um envolvimento de cunho pessoal que vai além da necessidade organizacional. Isso pode desprofissionalizar as relações no trabalho e trazer, ao contrário do que se sente e parece, várias dificuldades no que se refere à tomada de decisão (Urbanetto, Capela, 2004). A tomada de decisão é constituída de elementos objetivos, que contribuem para a racionalidade do processo, mas também de inúmeros elementos subjetivos como a emoção e os sentimentos, que a influenciam de diferentes aspectos e contextos (Andriotti et al., 2013).

O conflito ético se instaura ainda quando o enfermeiro gestor é influenciado por um processo empático advindo das relações com seus pares, mesmo perante a ocorrência de falhas, que influenciam a tomada de decisão. Percebe-se que a representação mental do enfermeiro-gerente nessas situações, supõe um sentido direcionado para preservação profissional, facilitada pela proximidade do ambiente de trabalho, tendo em vista que as pessoas envolvidas pertencem à mesma classe profissional.

Tais influências subjetivas vêm ao encontro de estudos da área da educação de alguns pesquisadores como Kohlberg, Jean Piaget e Martin Hoffman, que referem que o desenvolvimento da moralidade está relacionado ao desenvolvimento cognitivo, afetivo e às interações sociais ao longo da vida das pessoas. Para Hoffman, a empatia é de suma importância para a internalização e escolha de princípios morais em determinadas situações, pois esse processo passa a ser mediado por um componente afetivo, com características altruísticas e a posterior aplicação imparcial de princípios morais a contextos diferentes daqueles originalmente constituídos (Sampaio, 2007).

Contudo, a dificuldade se instala ao tentar estabelecer uma relação coerente com as situações éticas cotidianas e ao mesmo tempo buscar uma coerência com as normas e regras institucionais. Neste impasse se estabelece a problemática no local de trabalho, surgindo estratégias de atuação muitas vezes inadequadas, criando caminhos para gerenciamentos personalistas, posturas autocráticas ou permissivas em excesso, que pode ocasionar dificuldades de relacionamento no grupo (Urbanetto, Capela, 2004).

Assim, as emoções e as características pessoais estão presentes na forma de agir, de analisar o ambiente e o fato, para a escolha de um curso de ação. Em qualquer situação ética é praticamente impossível proceder de uma maneira exclusivamente racional, sem interferências desses fatores (Andriotti et. al, 2013). Mas faz-se necessário que as condutas estejam pautadas em valores morais.

Os atos são morais somente se considerados nas suas relações com os outros; contudo, sempre apresentam um aspecto subjetivo, interno, psíquico, constituído de motivos, impulsos, atividade da consciência que se propõe fins, seleciona meios, escolhe entre diversas alternativas, formula juízos de aprovação ou de desaprovação, etc.; neste aspecto psíquico, subjetivo, inclui-se também a atividade subconsciente (Vázquez, 2006, p.29).

A prudência está em buscar objetivamente a realidade dos fatos e pautar as decisões sobre eles e não deixar que influências subjetivas os deformem. Existem quatro defeitos contrários à prudência: a precipitação, a inconsideração, a inconstância e a negligência. Assim, age precipitadamente aquele que se deixa levar pela impetuosidade. A inconsideração afeta a capacidade de julgar, pois despreza as variáveis para um juízo adequado. A negligência, que implica na não execução, na omissão. A inconstância, não cumpre o esperado. Inclui-se ainda a preguiça, que não começa a tempo e a indolência por realizar as decisões frouxamente, sem cuidado e sem esmero. No entanto, a virtude da prudência aponta onde está o “justo-meio” nas situações concretas. Regula a tendência a decidir-se unicamente pelo espontâneo das emoções. Agir com prudência supõe deixar o governo, da ação à

inteligência e esta por sua vez, governada pelos princípios éticos, construindo-se moralmente como profissional (Sertek, 2002).

Gracia (2001) também considera que frente a problemas éticos, as emoções venham a nublar a decisão, através de condutas extremas, convertendo os conflitos em dilemas, sem a necessária deliberação:

Cuando las personas se hallan dominadas por la angustia o por emociones inconscientes, no deliberan las decisiones que toman, sino que actúan de un modo reflejo, automático, pulsional. Sólo quien es capaz de controlar los sentimientos de miedo y de angustia puede tener la entereza y presencia de espíritu que exige la deliberación. Las emociones llevan a tomar posturas extremas, de aceptación o rechazo totales, de amor o de odio, y convierten los conflictos en dilemas, es decir, en cuestiones con sólo dos salidas, que además son extremas y opuestas entre sí. La reducción de los problemas a dilemas, es por lo general, producto de la angustia (Gracia 2001 p3)

Para a construção de uma consciência moral autônoma, ainda, é necessária interações que prevaleçam o respeito mútuo e a cooperação e na qual, a afetividade seja considerada como um dos elementos responsáveis pela mobilização das ações (Sampaio, 2007).

6.4 A ANÁLISE DA TOMADA DE DECISÃO GERENCIAL DO ENFERMEIRO FRENTE A CONFLITO ÉTICO

Após a identificação dos conflitos, através dos problemas éticos percebidos pelos enfermeiros com atuação na gerência, procurou-se conhecer como esses enfermeiros tomam suas decisões, em que se baseiam, o que consideram importante e quais as tendências dos cursos de ação.

Nesta fase do estudo objetivou-se, através de uma proposta processual, segundo o referencial metodológico-conceitual, analisar como ocorre a tomada de decisão dos enfermeiros gerentes frente a conflitos éticos, por meio de um processo de discussão coletiva, porquanto para a coleta de dados, nesta segunda fase do estudo, foi utilizada a técnica de grupo focal, conforme mencionado anteriormente.

Nos encontros foram discutidas temáticas relativas ao tema central deste estudo, a atuação gerencial do enfermeiro e a decisão frente a conflitos éticos. Sendo que no primeiro encontro, a partir de um assunto disparador proposto aos participantes, emergiram duas temáticas: as percepções sobre a atuação gerencial na ótica do enfermeiro; aspectos importantes na decisão frente a conflitos éticos na ótica dos enfermeiros com atuação gerencial.

Dessa forma, no segundo encontro, foi discutido o segundo objetivo do estudo, propriamente dito. Buscou-se analisar como o enfermeiro com atuação gerencial, toma

decisões diante de conflito ético, avaliando as tendências dos cursos de ação propostos, por meio de uma situação fictícia, (caso-conflito), como base para a discussão, simulando uma sessão deliberativa.

6.4.1 Os encontros

6.4.1.1 Temáticas discutidas no primeiro encontro

Inicialmente no primeiro encontro, foi realizada uma introdução à temática do estudo, com vistas a promover a interação do grupo.

O encontro aconteceu em um mini-auditório, de tamanho médio, localizado no Núcleo Clínico do Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição de ensino superior privada, localizada na Zona Leste do município de São Paulo, onde a pesquisadora do estudo trabalha atualmente, sendo que o local foi previamente reservado. O local foi escolhido em função da adequação do tamanho da sala, do conforto das acomodações, dos recursos materiais disponíveis e da facilidade de reserva por parte da pesquisadora, entretanto, foi previamente discutido, na época das entrevistas com os participantes sobre a escolha do local e seu aceite. Ressalta-se que a pesquisadora se responsabilizou pelo transporte dos participantes.

O primeiro encontro foi marcado por grande expectativa por parte da pesquisadora. Após muitos contatos com o grupo e tentativas de acordo de agendamentos do encontro, percebeu-se que as demandas e compromissos, relativo ao próprio cargo gerencial dos participantes do grupo, além, de algumas mudanças individuais de ordem pessoal e profissional, impediam a participação de alguns enfermeiros de forma efetiva.

Assim, determinou-se uma data para o primeiro encontro e a partir do contato telefônico inicial com cada um, foi enviado também um convite via correio eletrônico, solicitando a confirmação da presença. Dos 20 participantes iniciais três estão atuando em outra cidade, um participante não respondeu aos contatos, outro participante alegou problemas pessoais de doença na família, mais dois não confirmaram a presença por questões de mudanças de gestão em sua instituição de saúde, outro participante tinha viagem marcada neste dia, pois estava saindo de férias. Além de outros compromissos profissionais ou pessoais alegados por outros participantes. Ao todo se obteve a confirmação de nove participantes, entretanto, no dia um dos participantes chegou quase no término da reunião e duas pessoas que haviam confirmado não compareceram ao encontro. Somaram-se assim, no primeiro encontro, seis participantes.

Previamente ao horário do primeiro encontro havia um sentimento de insegurança e angústia pela pesquisadora, devido um temor diante da possibilidade de ocorrer um esvaziamento do grupo no encontro.

Os participantes foram recepcionados por uma assistente da equipe de coordenação do grupo, que os orientou sobre a localização da sala. Todos se sentaram dispostos em um único círculo, com intuito de promover melhor contato visual entre os participantes e com a equipe de coordenação do grupo.

Foram realizados os agradecimentos iniciais a todos os presentes pela moderadora do grupo, no caso a pesquisadora deste estudo, em especial sobre a contribuição, a disponibilidade e participação de todos. Também foram apresentados os membros da equipe de coordenação e explicitado a função de cada um nos encontros, sendo composto por uma assistente, duas observadoras e uma relatora. Esclareceu-se ainda, que o grupo focal tinha por objetivo compartilhar as vivências, as referências dos participantes, em um pensar coletivo.

Em seguida, foi lembrado o tema, o teor e o primeiro objetivo da pesquisa, por terem participado da primeira fase do estudo e também foi reapresentado o segundo objetivo da pesquisa.

Os participantes se mostraram muito quietos e atentos às informações realizadas, no início do encontro, pela moderadora do grupo.

Foi realizado um contrato com o grupo, tendo em vista organizar o encontro. Dessa forma, foi solicitado para desligarem o aparelho celular, ou qualquer outro tipo de comunicador. Mais uma vez, foi solicitada a autorização para ser realizada a gravação, (dois gravadores) com o propósito de não perder nada do que seria discutido no encontro, assim como, foram reforçados os aspectos éticos relativos ao anonimato e a utilização dos dados obtidos na pesquisa, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado previamente pelos componentes do grupo. Também foi solicitado que os participantes pedissem a palavra um de cada vez, para não haver falas sobrepostas e ainda evitarem conversas paralelas, para não prejudicar o entendimento da gravação na transcrição dos dados. Ainda foi dito que não havia uma ordem para as colocações, pois havia liberdade para os participantes se expressarem da forma que quisessem. Foi sinalizado que ao final do encontro seria realizada a leitura de um relatório síntese sobre o que foi argumentado no encontro. O contrato foi finalizado pela moderadora e feito um pré-agendamento do segundo encontro, adiantando que seriam contatados e convidados novamente, próximo a data do encontro.

Todos os presentes concordaram com o contrato realizado e com o período agendado do próximo encontro.

No sentido de manter o anonimato dos participantes, foi proposto que eles utilizassem crachás de identificação. Para isso, foram disponibilizados, em uma pequena cesta centralizada no meio do círculo do grupo, alguns crachás com as imagens e nomes de flores variadas. A seguir solicitou-se que se levantassem e escolhessem os “crachás-flores”, conforme a preferência de cada um.

Essa escolha originou o início de diálogos entre os participantes, ao expressarem suas preferências pelos tipos de flores, resultando em momentos de risos, trocas e descontração, propiciando uma maior proximidade entre eles.

Explicou-se que esses nomes das flores escolhidas nos crachás pelos participantes, seriam utilizados na identificação dos registros do estudo, a partir de então. Atrás dos crachás com a imagem e nome das flores, estava escrito um pequeno significado simbólico de cada flor. Dessa forma, com o intuito de promover um ambiente leve e agradável foi solicitado que eles se apresentassem, a partir da flor escolhida, se identificando, conforme o que estava escrito no “crachá-flor” de cada um, sem nenhuma sequência pré-estabelecida nessa apresentação.

Justifica-se a escolha das flores pela pesquisadora deste estudo, para a identificação dos participantes que ocorreu por dois motivos. O primeiro motivo é a apreciação de flores e o interesse pelos seus significados. Isso fez surgir a curiosidade de buscar *sites* sobre o assunto, sendo que esse fato leva ao segundo motivo, pois em uma dessas curiosas buscas, foi encontrado uma pesquisa sobre a linguagem das flores, da antropóloga e professora Alessandra El Far, do departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de São Paulo, que se dedicou à pesquisa dos dicionários das flores. Essa pesquisadora, através de um levantamento histórico documental, encontrou os significados dos “dicionários das flores” – tipo de publicação bastante popular no século XIX, na qual cada flor correspondia a uma mensagem de amor, sendo que nesse século, nas ocasiões como bailes e passeios públicos, os dicionários passaram a ser aproveitados para galanteios. No cenário desse século, a linguagem das flores era usada pelos namorados, que aproveitavam para a troca discreta de bilhetes e cartas de amor. O dicionário funcionava como uma espécie de código amoroso, usado para enviar mensagens cifradas entre os jovens amantes com o intuito de driblar os olhares vigilantes dos pais e maridos (Lucírio 2013).

Dada à representatividade histórica do significado das flores, essa foi a identificação selecionada para os participantes, pela pesquisadora neste estudo.

Todos os participantes se apresentaram e relataram, a pedido da moderadora, como uma forma de “aquecimento” para abrir a discussão no encontro, quais seriam os pontos de significado das flores que se identificavam com eles particularmente. Assim, um a um dos participantes falaram quais eram a relação dos pontos de identificação com o significado das flores descritos nos crachás, causando alguns momentos de surpresa por parte de alguns participantes, em função da similaridade de identificação encontrada. Interessante que se notou que a apresentação aproximou alguns participantes que partilharam suas preferências e similaridades individuais em relação ao significado das flores.

Em geral, o grupo inicialmente mostrou-se tímido, no entanto no decorrer do encontro, os participantes relataram com tranquilidade a correlação entre a flor escolhida e as características pessoais.

Assim, ao final da apresentação dos participantes, foi formado o grupo que constituiu essa fase do estudo, composto por seis flores: Hortênsia, Camélia, Orquídea, Margarida, Tulipa e Copo de leite. Todos os participantes pertenciam ao sexo feminino.

Em seguida a moderadora retomou, apresentando o assunto disparador ao grupo: - O que vocês pensam a respeito da atuação gerencial do enfermeiro?

Com a proposta de obter entendimento e compreensão inicial dos participantes sobre o tema apresentado, optou-se por utilizar uma técnica projetiva, como uma forma não estruturada de questioná-los, tendo com propósito facilitar os relatos dos enfermeiros (Didier, 1978).

Malhotra (2007 p.165) define as Técnicas Projetivas como “Uma forma não-estruturada e indireta de perguntar, que incentiva os entrevistados a projetarem suas motivações, crenças, atitudes ou sensações subjacentes sobre os problemas em estudo”.

Os participantes do estudo, a partir da distribuição de diversificadas imagens de recortes de revistas pela assistente da equipe de coordenação, foram estimulados pela moderadora, a escolher a(s) figura(s) e projetar suas motivações, crenças, atitudes, sensações, opiniões e percepções sobre o tema proposto (Didier, 1978).

Na pesquisa, as técnicas projetivas ajudam a aumentar a validade das respostas, principalmente quando os tópicos a serem levantados são pessoais, delicados ou sujeitos às normas sociais, como no caso deste estudo, sobre a tomada de decisão frente a problemas éticos gerenciais, em relação às percepções, interesses, posicionamentos e preferências dos enfermeiros. A técnica projetiva apresenta-se como um caminho metodológico que busca minimizar o efeito da manipulação do discurso pelos sujeitos (Malhotra, 2007).

Dessa forma, proporcionou-se livre escolha das figuras, em um total de 60, que foram dispostas por todo local do encontro, de forma que pudessem ser bem visualizadas por todos ali presentes e assim, os participantes puderam construir uma representação sobre a primeira abordagem proposta no encontro.

Todos os participantes circularam pela sala analisando com interesse e curiosidade as figuras distribuídas. Um dos participantes trocou as figuras escolhidas. Alguns participantes demoraram um tempo a mais na escolha da imagem, observando atentamente e com expressão de dúvidas sobre qual imagem escolher.

A partir dessa livre escolha, as imagens apresentadas pelos participantes foram sendo numeradas pela assistente da equipe de coordenação, utilizando-se algarismos arábicos sequencialmente, em ordem crescente. As figuras escolhidas receberam a seguinte codificação: Imagem nº1, Imagem nº2, Imagem nº3..., e assim sucessivamente. Foram selecionadas pelos participantes 21 imagens.

Como resultado ao analisar o primeiro encontro como um todo, os assuntos emergidos foram agrupados e sintetizados para buscar melhor compreensão, por meio da técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (2011).

Dessa forma, através da escolha da imagem nº1, o participante referiu que um aspecto importante relativo à atuação gerencial é presença do enfermeiro, o “olhar”, ter uma observação individual sobre o fato, sem se deixar influenciar por outrem, especialmente daquilo que ele não esteve presente, em fim participar efetivamente das ações de enfermagem, ser participativo: (Apêndice E).

[...] qualquer coisa que eu vá gerenciar. [...]. Eu tenho que estar presente, eu acho que gerenciamento quanto mais presente você está. Não adianta a pessoa vir te contar e você se basear em alguma coisa que alguém trouxe para você. [...] é o olhar, [...] é a sua observação, estar perto, participar do que está acontecendo. (Hortênsia).

Outro aspecto pontuado relevante para o enfermeiro gestor é a organização, no sentido de colocar as coisas em ordem, para obtenção de êxito no trabalho gerencial, referenciada por meio da demonstração da imagem nº2. (Apêndice E). Assim, ser organizado, é entendido como um elemento importante para a atuação gerencial:

[...] a organização [...] não existe organização não sei trabalhar [...] se não existe organização, eu não sei trabalhar [...] ter uma ordem para conseguir terminar as coisas no tempo, no prazo, senão também não consigo trabalhar bem e me organizar [...] (Hortênsia).

O aspecto que envolve trabalhar com pessoas, projetado na imagem nº3. Assim, o trabalho em equipe, do coletivo na enfermagem e do compartilhamento (imagem nº4 e nº8),

no respeito às opiniões dos membros (imagem nº14) é percebido como fundamental para os enfermeiros, com vistas a uma gestão participativa: (Apêndice E).

[...] você trabalha para o outro, [...] tem que gostar da pessoa. [...] tem que enxergar, sem diferença. Você ama o outro, seja ele quem for [...] é a família. (Hortênsia).

[...] eu não consigo ver a gestão como algo que a gente consiga fazer sozinha. A gente precisa dos outros. [...] das outras pessoas [...] tem que dividir as coisas [...] tem que compartilhar essa gestão, [...] é importante que todos estejam realmente envolvidos e pensar em como fazer juntos. [...] (Camélia).

Pensei a nível de compartilhar, ensinar. Não existe gerenciamento sem você ajudar, de participação mesmo. (Orquídea).

[...] tem que respeitar as opiniões dos próximos também no gerenciar. Um outro olhar. [...] a opinião dos outros também interfere [...] (Margarida).

No que tange ao trabalho em equipe, conforme demonstrado por meio da imagem nº10, surgiu a preocupação com o cuidado com o trabalhador, como um aspecto a ser considerado na atuação gerencial do enfermeiro: (Apêndice E).

[...] a gente tem [...] também tem que cuidar de quem a gente também está gerenciando. (Copo de leite).

Ainda no contexto do trabalho coletivo, outra perspectiva pontuada foi em relação à equipe de enfermagem ser visualizada pelo enfermeiro gerente como uma família, demonstrado pela imagem nº13, devido a grande permanência de tempo em conjunto com os membros dessa equipe: (Apêndice E).

[...] acho que no gerenciamento, na enfermagem é uma família. [...] estar lá o tempo todo acaba também se tornando uma família. [...] A gente é um grupo, [...] é uma família. [...]. (Orquídea).

[...] gerenciar pensando também como um todo que é família, [...] a gente tem que ter um olhar mais crítico. [...] ter uma visão, olhar diferenciado. [...] (Margarida)

Por outro lado, um dos participantes discordou da idéia comparativa do conceito de “família” no gerenciamento da equipe de enfermagem, por compreender que o comportamento que envolve o ambiente de trabalho não deve abarcar as mesmas relações interpessoais do ambiente familiar:

[...] queria discordar de uma coisa. Quando falou do negócio de família. [...] discuto um pouco isso. [...] no ambiente de trabalho eu não posso, me expressar. Não devo me expressar de uma forma como me expesso na minha casa. [...] a proximidade, que eu tenho, familiar, não cabe no ambiente de trabalho [...] tem que ter limite [...] no ambiente de trabalho temos que nos respeitar como profissionais. [...] (Tulipa).

Outro relato, descrito por meio da imagem nº7 sinaliza a importância da disciplina, das regras e do comando, como algo que se acredita que deve estar presente na gerência em enfermagem: (Apêndice E).

[...] gerenciamento sem disciplina, sem regras, sem comando [...] eu sou de família de militar, vivi muito em cima de regras, disciplina. [...] (Orquídea).

Além disso, o objetivo da assistência, a visão de futuro, foi outro fator relevante para o gerenciamento em enfermagem, na ótica dos participantes, sendo projetado através da imagem nº9 e também mais uma vez, através revela a importância do “olhar aguçado”, que deve estar presente na gestão em enfermagem, identificado por um dos participantes por meio da imagem nº14: (Apêndice E).

[...] Não existe gerenciamento sem pensar em futuro. [...] (Orquídea).

[...] também a visão do futuro [...] (Margarida).

[...] pensar lá na frente, que nosso objetivo final é o paciente, o usuário [...] (Tulipa).

A necessidade de ter conhecimento também foi citada através da demonstração da imagem nº10 e imagem nº12, como um ingrediente de importância no gerenciar, garantido segurança por subsidiar a conduta do enfermeiro: (Apêndice E).

[...] para gerenciar é importante duas coisas. [...] o conhecimento, para ter a segurança [...] nas decisões. [...]. (Copo de leite).

[...] Nós temos que ter o conhecimento científico para nortear as nossas condutas. As decisões vão ser nossas, como gerenciadores, mas a gente tem que ter esse conhecimento. [...] O conhecimento para nortear as nossas condutas. Por mais que a decisão seja nossa, a gente também tem que ter as decisões baseadas no conhecimento de tudo que envolve a decisão [...] (Margarida).

Assim, revelou-se ainda, a necessidade de abarcar maior conhecimento como gestor em um processo que envolve a capacidade aprender e reaprender com os erros e acertos das ações, que também surgiu nos discursos:

[...] ter a capacidade de aprender. Na gestão você vai aprendendo todo dia. Tem hora que eu acerto, tem hora que eu erro, mesmo com meu erro ou com meu acerto, tem que me possibilitar aprender e até se rever e transformar sua conduta. Tem que ser sempre. (Camélia).

[...] Mesmo sabendo que dependendo da situação, muitas vezes, você tem que mudar [...] (Orquídea).

[...] É de se reavaliar. [...] (Camélia).

Os problemas de recursos humanos e as situações que impõe ao enfermeiro assumir papéis que não pertencem a ele surgiram na fala do participante, no gerenciamento em enfermagem, como situações adversas, presentes no dia a dia, sendo demonstrada por meio da imagem nº16. Situações essas, sinalizadas como obstáculos, que geralmente são vencidos e superados pelos enfermeiros em prol da assistência de enfermagem e pela dedicação à profissão (o gostar do cuidado). Entretanto, apesar dessas dificuldades se acredita, de forma até ingênua, que essas situações serão solucionadas um dia. Assim, devido ao quadro ora

apresentado, o participante realiza uma analogia do enfermeiro com a figura de herói, ao ter que vencer tais obstáculos, demonstrado através da imagem nº15: (Apêndice E).

[...] penso na sobrecarga trabalho. Infelizmente o qualitativo está muito ligado ao quantitativo, é histórico, numericamente nunca somos suficientes. [...] Somos [...] verdadeiras heroínas. [...] Estar conseguindo, apesar das situações adversas [...] tem que dar conta [...] O gestor fica tão sobrecarregado, não só da equipe de enfermagem, mas de outros profissionais. [...] Em benefício do paciente [...] acaba assumindo outros papéis, outras responsabilidades que não são nossas. [...] A paixão pelo cuidado, pela profissão. A maioria de nós é assim, porque senão não suporta. Uma profissão de muita dedicação, [...] a gente ainda acaba persistindo e continuando, [...] a ingenuidade de acreditar vai dá certo. [...] vamos em frente [...] (Tulipa).

No sentido de direcionar o encontro almejando a construção de ideias referentes ao segundo objetivo do estudo, a moderadora lançou mais uma temática para discussão: – O que é importante considerar ou deve estar presente, para tomada de decisão frente a um conflito ético na área gerencial do enfermeiro?

Neste momento, a moderadora mal havia terminado de realizar o questionamento ao grupo, duas *flores* (Hortênsia e Camélia) responderam prontamente que consideravam importante, a justiça. Logo em seguida, outras *flores* também concordaram, considerando a justiça, como um fator importante para a decisão diante de conflito ético, sendo pontuado também no sentido da coerência, por algumas.

[...] acho que a justiça [...] (Hortênsia.).

[...] justiça é a palavra que veio [...] (Camélia).

[...] a justiça entra nos meus próprios valores, [...] Mesmo que não seja a mesma do outro, para mim é o que é justo no momento [...] (Hortênsia).

Coerência. [...] entra mais ou menos na mesma linha da justiça [...] fundamental ser coerente na hora da tomada de decisão. [...] Se não pensar na coerência do seu ato, da sua tomada de decisão, valores serão deixados de lado. [...] Se você não for coerente inclusive para facilitar essa tomada de decisão, porque senão você começa a ter conflitos pessoais que acabam levando você a desmoronar. [...] ajuda a não desmoronar. [...] chega uma hora que a gente tem que tomar. Ajuda muito você e se manter aliviada [...]. (Orquídea).

[...] concordo com a justiça, [...] com a coerência [...] também é o pensar no outro. [...] (Tulipa).

Assim, os participantes consideraram que tomam decisões justas quando são fieis aos seus critérios e crenças e agem de acordo com sua consciência, portanto o que acreditam ser justo consigo mesmo.

[...] O que é justo para mim. Às vezes, um concorda, outro não concorda, [...] é a sua justiça, na sua visão, entra os meus valores, aquilo que eu acredito [...] o que é justo para mim mesmo, nem sempre é justo para o outro. Busco o que vai me trazer tranquilidade, [...] tomei a decisão mais certa no momento, que eu tenho que assumir [...] (Hortênsia)

Acresce-se que os participantes entendem que a escolha da decisão foi a correta, desde que essa possa lhe proporcionar paz e tranquilidade, demonstrado por meio das imagens nº5, nº6 e nº 20: (Apêndice E).

[...] a gente tem que tomar decisões e nada como a nossa consciência [...] e ter uma consciência tranqüila. [...] A resolução do problema é nossa. [...] Agir de acordo com a nossa consciência. Acho que isso é essencial [...] (Margarida).

[...] é isso apesar às vezes da trovoada da chuva, dos raios [...] a gente busca águas calmas, tranqüilas [...] (Camélia)

A tomada de decisão que ocorre de modo a oferecer o que consideram “igual” a todos, na “mesma medida”, atentando-se em não fazer qualquer tipo de diferença entre os indivíduos, enfoca a justiça no âmbito da igualdade, como visto por meio da imagem nº11. (Apêndice E).

[...] tem que ter critério. Eu fiquei pensando [...] Porque você não pode ter dois pesos e duas medidas. Para um eu faço de um jeito, para outro faço de outro [...] Estamos no ambiente de profissionais e todos precisam ter as coisas acontecendo dentro da mesma medida. Não posso ser de um jeito com um, tomar uma decisão, e com outro ser diferente Isso é importante, é ter uma linha, [...] (Camélia)

[...] você tem que enxergar, sem fazer diferença [...] (Copo de leite)

Ainda no que se refere à justiça, foi acrescentada a necessidade de se avaliar todas as variáveis antes de decidir e considerar os aspectos envolvidos em uma dada situação (imagem nº 1): (Apêndice E).

[...] a gente tem que olhar. É fundamental você conseguir ter um olhar do contexto, ver todos os lados, todas as possibilidades. [...] e o que é justo para mim, [...] (Hortênsia).

Também foi relatada a incerteza da assertividade na conduta, mesmo frente às tomadas de decisões consideradas justas, por essas decisões implicarem em consequências a outros:

[...] Além da justiça. Que implicações e desdobramentos que isso poderá acarretar ou trazer, quais as consequências [...] e nessas consequências, o que é possível? [...] e mesmo que sendo possível, a justiça, o que causa alguma consequência no outro? [...] eu consigo com essa coerência que eu adotei por a cabeça no travesseiro e dormir? Acho que tomei a decisão certa? (Tulipa).

As dúvidas que surgiram sobre quais consequências poderiam advir da decisão tomada, também foi pontuada no relato. Entretanto, surgiram questionamentos e incertezas, pelo fato da decisão estar pautada nos preceitos do Código de Ética ou balizada pelos valores pessoais e profissionais, do agente decisor. Essa indecisão se revelou no discurso como um sentimento de culpa, evidenciando assim, o conflito ético, entre o que o enfermeiro “deve” fazer, conforme o que está codificado pela profissão, (mesmo discordando) e o que ele julga, pessoalmente ser a melhor decisão:

[...] qual vai ser a consequência [...] É o que está no código ou o que a gente sente? [...] às vezes, eu me culpei. A primeira coisa que eu vou pensar. Quais serão as consequências? [...] vem à pressão, não tem que fazer, porque é o que está escrito. Isto também é um conflito ético, então isso também está no código da gente. Eu deveria fazer isto [...] Mas eu devo, porque está escrito, porque eu tenho esse time que te coloca desse jeito? Mesmo que eu não concorde, eu devo fazer dessa forma, isso também nos traz conflito. [...] (Copo de leite)

No âmbito ainda das consequências das decisões, inclui-se o nível de exposição que a tomada de decisão pode ou não causar ao gestor, e para tal os participantes mais uma vez, identificaram seus relatos por meio das imagens nº 18 e nº 19. Na ótica de um dos participantes, essa exposição de enfermeiro, de antemão, é uma característica do próprio cargo gerencial ao assumir esse compromisso escolhido pela pessoa, comparando-a simbolicamente como se fosse um “casamento”, demonstrado por meio da imagem nº 21: (Apêndice E).

[...] é uma coisa aqui que conta na hora da tomada de decisão. [...] da mesma forma que é eu tenho que pensar nas consequências das pessoas [...] mas a visibilidade que tem essas suas ações? [...] tem hora, que você vai ser estratégico e dar visibilidade e tem horas, que eu vou precisar sair de cena e ter a coerência, o bom senso [...] quando está num cargo de gestor a gente está sempre muito exposto. (Tulipa).

[...] que é uma escolha, muitas vezes até você se expõe numa situação. Mas é como se fosse um símbolo. O símbolo do poder e você têm que assumir a responsabilidade daquela exposição. [...] quando você está no cargo de chefia, de gerência [...] Você se expõe ali, a partir de que aceitou está iniciando uma nova visão, um novo curso [...] (Orquídea).

Os limites e as possibilidades frente a uma determinada situação na tomada de decisão foram outros aspectos discutidos no encontro pelos participantes:

[...] Na hora de tomar a decisão, a gente faz o que é possível [...] (Copo de leite).

[...] Às vezes não como você gostaria. Só o possível [...] (Camélia).

[...] Aquilo que é possível. [...] (Tulipa).

Os participantes expuseram que a responsabilidade da decisão final, sobre um assunto ou fato, pertence ao enfermeiro gerente. Desse modo, por mais que ele escute as opiniões de outros membros da equipe ou necessite e/ou seja importante compartilhar com outras pessoas, entendem que a decisão final cabe ao gestor do serviço de enfermagem:

[...] você pode até compartilhar, trocar uma idéia, mas muitas coisas você que tem que bater o martelo e a tomada de decisão acaba sendo sua. [...] (Tulipa)

[...] A resolução do problema é nossa. [...] (Margarida)

Além disso, foi sinalizado que para o processo de tomada decisão o enfermeiro necessita de um momento solitário, sem influencias externas, para se buscar alternativas de uma decisão considerada acertada. A imagem nº17 foi utilizada para demonstrar esse argumento: (Apêndice E).

[...] vejo que também para gente conseguir tomar uma boa decisão como gestora é preciso você estar sozinha. Você escuta os outros, concordo, mas tem momentos em que vai precisar sozinha tomar a decisão. Se resguardar [...] momentos também de silêncio, de serenidade para tentar tomar uma decisão acertada. (Tulipa).

As discussões do primeiro encontro foram finalizadas. Após, foi lida para todos os presentes, uma síntese do conteúdo dos pontos discutidos pela relatora do grupo. A seguir, foram realizados os agradecimentos finais aos participantes e reforçado sobre o pré-agendamento do próximo encontro.

Após a saída dos participantes, os componentes da equipe de coordenação do grupo se reuniram para uma pré-análise das atividades do encontro, com vistas a obter pontos de melhoria no próximo encontro.

De modo geral, os participantes (flores) mostraram-se atentos durante o encontro, respeitando as opiniões distintas, com sinalizações através de linguagem não-verbal, além de murmúrios e frases curtas na concordância de alguns argumentos expostos. Ao final, participantes e equipe de coordenação se mostraram tranquilos e sorridentes. Os observadores perceberam que a utilização das imagens favoreceu os discursos, propiciando espontaneidade dos participantes sobre os temas abordados e facilitando a interação entre eles. Além disso, as exposições dos participantes foram se complementando.

Ao final do encontro foi realizada uma pequena confraternização entre os componentes e a equipe de coordenação com o oferecimento de um chá da tarde, em função do horário do encontro ter sido realizado a partir das 15h00. Também foi distribuída uma lembrancinha, em forma de “mimo”, em agradecimento pela participação no primeiro encontro.

6.4.1.1.1 Análise e discussão das temáticas do primeiro encontro

Analisando os discursos do primeiro encontro foi possível identificar, primeiramente, certos elementos importantes percebidos pelo grupo sobre a atuação gerencial da enfermagem hospitalar, indicando os requisitos necessários para os enfermeiros que transitam nessa área da gerência.

Assim, os núcleos temáticos de análise percebidos no encontro, possibilitou a construção de algumas competências gerenciais necessárias para o enfermeiro no gerenciamento. Permite-se afirmar que os dados, de modo geral, foram constituídos pelo grupo de forma harmônica e concordante entre si, nesta fase de discussão no encontro, pois se percebeu que os relatos dos participantes, em alguns momentos, tornaram-se uníssonos ou complementares entre si.

Avalia-se que esses temas nucleares debatidos coadunam com os três grandes eixos genéricos da competência profissional do enfermeiro.

Competência conceituada como o resultado da multiplicação entre o conhecimento, compreendido como o saber, que envolve a atualização e aprendizagem contínua; as habilidades, (saber-fazer) relacionado com a capacidade de agir de forma concreta ao utilizar o conhecimento, através da visão individual e diferenciada, é o saber pensar e agregar valor; as atitudes, que englobam a dimensão do modo de pensar, o agir, a postura e os valores éticos (Durand, 1998, Mussak, 2003).

Adentrar no âmbito das competências gerenciais do enfermeiro requer uma abordagem deste tópico específico, devido sua complexidade, abrangência e amplitude, no entanto, o aprofundamento desse assunto desvia-se dos propósitos deste estudo. Contudo, faz-se necessário, devido o entrelaçamento das características dos dados identificados no primeiro encontro com o tema, *competências*, permear sobre essa temática, margeando suas principais concepções.

Sabe-se que para um preparo adequado do enfermeiro é relevante para que o exercício da atuação profissional aconteça através do desenvolvimento de competências, em qualquer um dos processos de trabalho na enfermagem.

Ademais, competência é estimada também por ser o mote no processo de formação profissional nas instituições de ensino superior em enfermagem, que apresenta como objetivo dotar o futuro profissional sobre os conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades.

Esse conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente, é preconizado, conforme o que diz a Resolução CNE/CES nº3/2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (Brasil, 2001). Soma-se, a importância atual no mercado de trabalho, que por sua vez, requer pessoas competentes em seus quadros de recursos humanos nas empresas em geral, ou seja, pessoas qualificadas, comprometidas e capazes de desenvolver de forma satisfatória suas funções, engendrando ainda, valores à organização.

Neste íterim, relativo às competências profissionais, os dados obtidos no encontro mostraram que o conhecimento sobre o que envolve a tomada de decisão e o aprendizado com os erros e acertos das decisões, foram competências gerenciais pontuadas.

Conhecimento é um dos eixos estruturante da competência profissional que corresponde aos conjuntos de informações sistematizadas e assimiladas que tornam possível

compreender o mundo, obviamente, com parciais e um pouco contraditórias interpretações. Conhecimento engloba o acesso aos dados, à capacidade de reconhecê-los como informações aceitáveis e integrá-los em esquemas pré-existentes que, obviamente, evoluem ao longo do caminho (Durand, 1998).

Além do conhecimento científico próprio da formação profissional, a tomada de decisão frente a conflitos éticos requer um conhecimento contextualizado do fato presente. É mister a necessidade inicial do enfermeiro se instrumentalizar, através de dados e informações consistentes que demonstram os fatores envolvidos na situação, que se estabelece tendo como foco o problema ético presente, não menosprezando nenhum aspecto para que possibilite a análise e avaliação das alternativas que se revelam, que possam subsidiar as escolhas na tomada de decisão.

Realizando um paralelo com o método deliberativo proposto por Diego Gracia, avalia-se que o conhecimento, sinalizado como uma das competências profissionais do enfermeiro gerente, pelo participante do estudo, alinha-se com a primeira etapa do método de Gracia, que se refere à deliberação dos fatos, compostas pelos passos: a apresentação do caso e o esclarecimento dos fatos que envolvem o caso. A apresentação do caso que é realizado através da sua história e constitui a base do material do problema ético a ser analisado, devendo ser conhecido e entendido suficientemente para que possibilite a deliberação sobre os fatos que envolvem o caso (Gracia, 2001). Portanto, no procedimento deliberativo, o momento de deliberação sobre os fatos, equivale à apreensão da realidade, através da exploração desses fatos, ou seja, das suas circunstâncias e peculiaridades próprias do caso (Zoboli, 2010). É o adquirir informações e dados para o total conhecimento do caso.

A disciplina no trabalho, enfatizando as regras e normas profissionais e institucionais e ainda, ser organizado, foram argumentações relatadas no encontro, assim compreende-se, a organização e a disciplina como competências atitudinais necessárias, facilitadoras para a atuação gerencial do enfermeiro.

Essas referências relatadas pelos participantes podem estar aliadas ao um legado histórico da enfermagem que abarca funções focadas na higienização do paciente e do ambiente, em que se exigiam pessoas com vocação, na enfermagem, por meio de uma listagem de qualidades e virtudes que recaia na manutenção do ambiente limpo e organizado e na disciplina. Além disso, em geral, quaisquer práticas profissionais que sejam realizadas de forma organizada e disciplinada, agilizam-se as atividades e o alcance de resultados.

A função organização, na concepção de Marquis e Huston (2010, p.55), significa "estabelecer a estrutura para executar os planos, determinando o tratamento mais adequado a

ser dado ao paciente e agrupar as atividades para atingir as metas da unidade”. É através da função de organização, que o enfermeiro utiliza os instrumentos administrativos, para o alcance de uma assistência de enfermagem ininterrupta e de qualidade.

Outras competências na atuação gerencial do enfermeiro estão presentes nos discursos como: ser presente e participativo nas atividades da profissão; ter visão estratégica por adaptar-se aos limites e possibilidades presentes no serviço de enfermagem e na instituição de saúde, projetando o futuro organizacional e acreditando em resultados positivos na assistência.

Na visão estratégica que inclui o “estar em alerta”, com sensibilidade de perceber reflexivamente os acontecimentos presentes, enxergando e antecipando as projeções futuras e desenvolver capacidade de lidar com as oportunidades e ameaças, é uma competência gerencial essencial para o enfermeiro desta área, a ser adquirida nos tempos atuais, sobretudo, pelo turbilhão de mudanças globais e dos avanços tecnocientífico, as quais as instituições de saúde têm passado nas últimas décadas.

Há de se destacar que apesar da positividade apresentada nos discursos, relativo à construção de competências profissionais importantes para o enfermeiro na área gerencial, instaurou-se um momento de reflexão entre os participantes, sobre as condições de trabalho na área da saúde. Verifica-se, por vezes, que as condições são rudimentares ou insuficientes nas organizações. O desenvolvimento de uma visão estratégica é importante e necessária para o profissional enfermeiro, porém torna-se um desafio, devido esse tipo de realidade encontrada nos serviços de saúde atuais. O provimento adequado de recursos em saúde é matéria obrigatória para as instituições na garantia de um atendimento confiável e seguro.

Trabalhar com pessoas de forma coletiva, compartilhando as ações e, em muitos casos, as decisões a serem tomadas, é uma das competências, também revelada no encontro. O fato da profissão de enfermagem trabalhar com pessoas e para pessoas, tendo como foco da sua assistência, a vida humana exige dos profissionais um desenvolvimento ímpar de competências que englobam as relações humanas, dentre elas a liderança, a comunicação, a tomada de decisão e a ética, como mediadores dessas relações.

Para Marx (2006) o trabalho em equipe é relevante no âmbito da área da saúde, sendo reconhecido como condição determinante para o sucesso organizacional, pois a equipe é caracterizada por um conjunto de pessoas alinhadas com os objetivos e comprometidas com os resultados do trabalho.

No âmbito do trabalho coletivo emergiu uma discussão entre os participantes, ora convergente, ora divergente, sobre a comparação da equipe de enfermagem com a família.

Essa concepção pode estar aliada ao fato de que organização se apresenta como um sistema social formalizado e a família, historicamente, como a instituição central na sociedade. A estrutura social nas organizações, semelhante à instituição familiar, traz uma proximidade entre o ambiente familiar e organizacional. Além disso, o tempo de permanência no ambiente de trabalho alinha as relações interpessoais, com forte tendência a aproximar os grupos e as pessoas no campo afetivo.

Outro destaque mencionado foi referente à reclusão do enfermeiro-gerente para a tomada de decisão, visto como um tempo que deve ser solitário do enfermeiro para esse fim. Compreende-se a necessidade desse movimento, como uma proposta de momento de reflexão que envolve a decisão sobre algo e não como um afastamento das pessoas ou da equipe a sua volta, ou mesmo um “não querer” no compartilhamento do fato. Neste ínterim, acrescenta-se que enfermeiro também percebe a necessidade desse momento solitário e introspectivo, por ter clareza que a responsabilidade do ato de decidir é exclusivamente dele, como uma atribuição inerente ao cargo gerencial e ainda, a depender da magnitude e das implicações que essa decisão pode causar.

Sintetizando as argumentações projetadas, através das imagens escolhidas e dos argumentos debatidos sobre a percepção dos participantes relativa à atuação gerencial para o enfermeiro, foi possível identificar os núcleos de sentido discutidos: participar, estar presente; ter visão do futuro, compartilhar, ser organizado, ter conhecimento e reaprender com as decisões, respeitar as regras, persistir diante dos problemas e desafios; crer nos resultados positivos.

Como resultado da primeira temática abordada no encontro, a partir desses núcleos de sentido, foi construída uma representação nos três eixos das competências (conhecimento, habilidades e atitudes) necessárias para a atuação gerencial do enfermeiro, na ótica dos participantes do grupo. No eixo, *conhecimento*, inclui-se: ter conhecimento sobre a tomada de decisão; aprender com erros e acertos das ações. No eixo, *habilidades* inclui-se: ter visão estratégica; trabalhar em equipe. No eixo *atitudes*, inclui-se: ser participativo; ser organizado, ser disciplinado. (Figura 8).

Figura 8: A percepção da atuação do gerencial para o enfermeiro nas competências gerenciais.

Discutindo a segunda temática, sobre os aspectos que são considerados importantes na tomada de decisão frente a conflitos éticos, verificou-se, portanto, que o valor ético da justiça emergiu prontamente nos relatos dos participantes, inclusive concordando entre si gestualmente e através de linguagem não-verbal (gestos) positivos, imediatamente após ser abordada a questão pela moderadora do grupo.

A justiça compreendida como a máxima da virtude moral e racional que encontra seu ponto focal na ética aristotélica das virtudes, sendo que suas teorias são evocadas hoje, por autores como Pegoraro e Gracia (Barison, 2007).

A palavra “justiça” é um termo latino *justitia*, que advém de *jus*, significando originalmente “o que é conveniente, correto e digno” e, assim “o que coage”. Corresponde a uma tradição comum que estabelece o que convém fazer em uma coletividade. Sob um prisma desenvolvido, *jus* (o direito) torna-se um conjunto das regras obrigatórias que são reconhecidas pelas cortes e aplicadas (Durand, 2003).

Na temática da justiça, sob a perspectiva de Rawls (2000), em sua obra na década de 70 (*A theory of Justice*), o filósofo propõe a existência conceitual e temporal de duas justiças. A idéia de justiça teria dois aspectos a serem considerados: o procedimento e a distribuição. A justiça da distribuição definida como a distribuição de bens escassos e a justiça dos procedimentos, definida como a escolhas dos procedimentos na seleção do critério de

distribuição. Um critério justo de distribuição de bens seria precedido por procedimentos honestos, esses entendidos como tentativas de determinar regras básicas aceitáveis entre todos, para que as instituições pudessem deliberar. Os procedimentos honestos seriam concebidos por uma sociedade que percebe nas regras de conduta o papel de amálgama no alcance da cooperação social e que teriam como objetivo maior determinar a divisão de vantagens e assegurar um acordo para a partilha correta.

Tradicionalmente no plano da moral se distinguem dois tipos de justiça: comutativa e distributiva. A justiça comutativa refere-se à justa relação entre duas pessoas ou grupos, no sentido de dar a cada um o que lhe é devido, significando devolver o que foi emprestado ou prometido. A justiça distributiva se refere à justa repartição dos encargos (relação autoridade e o indivíduo) e das vantagens da vida social. Concretamente designa, por um lado, a distribuição equitativa de custos e benefícios na sociedade e, por outro, o acesso justo aos recursos (Durand, 2003).

Assim, na ética principialista, a justiça é vista em um sentido comutativo, pois diz respeito à distribuição social igualitária e equível, por normas justificadas que estruturam a cooperação social. Na justiça distributiva existem diferentes teorias desenvolvidas para especificar e apresentar com coerência os distintos entendimentos (Zoboli, 2003).

Conforme descreve Durand (2003), que entre as diversas interpretações da concepção de justiça, no campo da bioética, tem-se: a justiça por mérito pessoal, que enfatiza o indivíduo e seu desempenho, presente especialmente nas escolas, nas empresas e no esporte; a justiça pelo valor social, atribuída de acordo com a contribuição social do indivíduo, quanto ao bem-estar dos cidadãos e sociedade; a justiça que preconiza o maior bem para o maior número de pessoas, sendo aquela voltada para o interesse geral, do bem comum; justiça do respeito à livre escolha, que está relacionada ao respeito à autonomia individual; a justiça da prioridade aos menos favorecidos, que estabelece igualdade de oportunidades aos indivíduos, justiça voltada às necessidades fundamentais, que oferece a cada um, de acordo com suas necessidades, no entanto, limitada por não se conseguir determinar quando essas necessidades foram satisfeitas; justiça na igualdade de tratamento, que exige um tratamento semelhante para casos similares; justiça em relação à referência ao acaso, que consiste na recusa em realizar uma escolha entre indivíduos considerados iguais, deixando o acaso decidir, seja por um sistema de sorteio, lista de espera, entre outros meios para tal.

Em suma, na dimensão coletiva, a justiça trata da reconciliação, síntese de interesses, valores ou ideais divergentes no interior de uma sociedade, sendo que em uma dimensão individual, passa a tratar dos conflitos entre as pessoas. A justiça desempenha papel

fundamental no âmbito da harmonia social, bem como, a justiça devida a um indivíduo (Barison, 2007).

Procedendo a avaliação das diversificadas concepções de justiça apresentadas no campo da ética, avalia-se no encontro que a justiça foi definida à luz da igualdade. Desse modo, consideram que a decisão é justa quando concebem que todos têm direito a receber partes iguais, sem nenhum tipo de distinção entre os indivíduos.

O termo coerência também foi introduzindo como um caminho para se alcançar a justiça na tomada de decisão frente a conflito ético. A coerência, em relação ao conflito ético, foi relatada como um meio de facilitar a tomada de decisão na busca de um conforto diante do conflito instaurado, no sentido de manter a harmonia entre as partes. Fato esse ratificado pela percepção do gestual do participante, pois enquanto falava, havia um alinhamento entre as mãos colocadas à frente do tronco, e na medida em que relatava, ora suas mãos se desigualavam, ora não, como se estivesse imitando uma balança (símbolo da justiça).

A coerência no processo de tomada de decisão deve levar em consideração o conjunto de fatos e circunstâncias envolvidos no caso. No entanto, enfatiza-se que manter uma decisão apenas por coerência, quando na ocorrência de mudanças nos fatos é sinônimo de rigidez, de falta de adaptabilidade (Goldim, 2006).

Sob a ótica da dimensão individual, a busca do equilíbrio e da coerência no conflito entre as partes, nem sempre ocorre de modo harmônico, visto que, ao tomar decisões justas, pode-se não garantir condições tão boas, no entanto, pode-se conseguir garantir condições para todos ou para uma maioria, estabelecendo-se uma abordagem ética utilitarista. Tanto a primeira ação, quanto a segunda, podem ser vistas como injusta, na ótica individual das pessoas envolvidas. Este enfoque é evidenciado na fala dos participantes quando pontuam a importância da justiça na tomada decisão, porém acrescentam que o que para eles é considerado justo, nem sempre é compreendido como justo pelo outro.

Assim, o resultado da escolha da ação do decisor pode ser ainda mais conflitante para ele, por ser entendido pelos envolvidos do caso como injusto, ou ainda, não ser conflitante, quando se acredita ter tomado a melhor medida (mais justa), desde que propicie uma consciência tranquila.

De acordo com Barison (2007), as atitudes que caracterizam um líder justo são atitudes subjetivas e morais de cada pessoa, um horizonte, um rumo existencial que o ser humano adota para realizar a sua vida e orientá-lo nas relações humanas com o próximo.

Compreende-se como objetivo fim neste estudo, ao se elencar o princípio da justiça para a tomada de decisão frente a conflitos éticos para os participantes, manter a consciência tranquila.

Neste ponto, Ribeiro e Bastos (2010) ratificam que a justiça na área organizacional é resultado das trocas sociais e contratuais, no âmbito do trabalho e ocorre no campo das percepções humanas. O indivíduo julga se o tratamento recebido é considerado justo, a partir da avaliação entre as expectativas e informações e os sentidos que capta do ambiente organizacional. A percepção de justiça ocorre por meio de uma construção subjetiva desse indivíduo, em relação a sua história de vida expectativas e leituras que realiza do mundo exterior.

Interessante que ao analisar a reflexão do grupo, nota-se que as temáticas, justiça nas decisões e a preocupação com suas consequências, foram aspectos relatados que coincidem com as categorias identificadas na primeira fase do estudo, como relevantes, presentes nos conflitos éticos da área gerencial de enfermagem.

Referente à preocupação com os possíveis desdobramentos que a decisão (mesmo que justa) do enfermeiro-gerente pode originar, mais uma vez, foi comentada sobre a dificuldade de decidir diante de um conflito ético, porém pela obrigação em seguir, o que está preconizado no Código de Ética profissional. Assim, essa temática, surge pela importância que o participante atribui ao sentir-se pressionado e culpado, quando cumpriu o que preconizava o código de ética, mesmo discordando do que está determinado. Neste sentido, Vasquez (2006, p.19) descreve sobre as implicações do dever ao agir.

Agir por dever é operar puramente conforme a lei moral que se expressa nos imperativos universalizáveis. O dever não é outra coisa senão exigência de cumprimento da lei moral, em face da qual, as paixões, os apetites e as inclinações silenciam. O dever se cumpre pelo próprio dever, pelo sentimento da obrigação de obedecer aos imperativos universalizáveis.

Necessário se faz mostrar que na enfermagem, valores morais abarcam o Código de Ética da profissão. Assim, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) na Resolução COFEN 311/07, no capítulo I, em Responsabilidades e Deveres, diz nos seguintes artigos:

Art. 5º - Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 6º - Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica (COFEN, 2007).

No entanto, mesmo diante da constatação de valores morais contidos no código da profissão, que tem por finalidade subsidiar a ação profissional, no que diz respeito a questões éticas essencialmente, o participante relata desconforto e conflito ético em determinadas

situações, por ele experienciadas. Concorde-se com Durand (2003) que não existe uma justiça absoluta, capaz de fornecer uma referência única que transcenda as divergências particulares.

Outros dois pontos sinalizados foram: a avaliação do grau de exposição pessoal que a decisão tomada pode evidenciar na organização de saúde e os limites e as possibilidades da decisão. Avalia-se que o nível de exposição profissional pode afetar significadamente uma decisão diante de questões éticas e dependendo do grau da exposição profissional, o decisor pode optar por não agir, omitir-se. Isso pode interferir de forma substancial no fato, impedindo o alcance de sua proposição. Assim como, a limitação no decidir (ação), no que se considera ser possível, também pode prejudicar a situação apresentada.

Percebeu-se que tanto a exposição, quanto os limites e possibilidades na tomada de decisão diante de conflitos éticos, são elementos constitutivos das realidades vividas pelos enfermeiros no processo de decisão gerencial. Entretanto, apesar de se apresentarem como uma constante no cotidiano gerencial, notou-se um olhar crítico e reflexivo sobre esses aspectos, revelando sua importância e consideração, como fatores que interferem na tomada de decisão que envolvem questões de ordem ética.

Para se ter liberdade nas escolhas, por meio de uma conduta ética é necessária uma análise profunda dos fatos e de todas as nuances envolvidas no caso. Atentando-se a isso, neste sentido Segre e Cohen (2002, p.17), descrevem.

A ética se fundamenta a partir de três pré-requisitos: a percepção dos conflitos, isto é, a consciência de que se está frente a uma situação problemática; a autonomia, condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo que essa escolha de posição é ativa e autônoma; e a coerência face a esses conflitos.

Pela complexidade das variáveis intervenientes no processo de tomada de decisão, em especial, na decisão ética, devido os valores em conflito presentes em uma determinada situação, emerge a necessidade dos enfermeiros buscarem auxílio para subsidiar suas decisões. Desse modo, o compartilhamento da problemática com outros profissionais de saúde, amplifica a reflexão do problema e aprofunda a discussão com possibilidade de aumentar o leque de alternativas na escolha. A importância desse compartilhamento na discussão sobre a decisão através de um diálogo aberto entre os pares pode contribuir no surgimento de alternativas, que, muitas vezes, não foram consideradas quando o problema ético é pensado de forma individual.

Essa questão alia-se, segundo descreve Greco (2014), que no processo decisório é importante compreender que quando os membros de um grupo podem conversar abertamente sobre os problemas e dificuldades, sejam eles quais forem, discutindo as propostas de solução sobre um caso presente, essas poderão ter uma implementação mais efetiva.

Ao condensar a temática através dos dados encontrados na discussão do grupo, possibilitou elencar os elementos que os participantes do estudo consideram importantes para a tomada de decisão frente a conflitos éticos.

Visando maior objetividade, os dados obtidos foram enquadrados em quatro núcleos de análise, revelando a seguinte construção: ser justo: coerência e igualdade; fazer o que é possível; refletir sobre as consequências da ação; e preservar-se. (Figura 9).

Figura 9: Aspectos importantes na decisão gerencial frente a conflitos éticos.

6.4.1.2 Temática do segundo encontro – A decisão do enfermeiro diante de conflito ético gerencial

No segundo encontro, retomaram-se as orientações em relação ao tema, através dos objetivos, procedimentos e os aspectos éticos da pesquisa. Foi reapresentada a composição da equipe de coordenação do grupo e as respectivas atividades que seriam desenvolvidas durante o encontro. Novamente foi lido o contrato, aos participantes do grupo. Como houve ausência no primeiro encontro, foram redistribuídos os mesmos crachás-flores aos participantes que estavam presentes no encontro anterior e oferecida à escolha dos crachás-flores aos outros enfermeiros que estavam ausentes. Foi solicitada a apresentação de cada um para o grupo.

Dos dez enfermeiros que inicialmente confirmaram a participação, estavam presentes no segundo encontro, oito participantes com os seguintes codinomes de flores: Dália, Violeta, Girassol, Tulipa, Azaléia, Copo de leite, Orquídea e Hortênsia. Nas unidades de registro que emergiram a partir dos relatos dos participantes foi acrescido um numeral arábico sequencial, em ordem crescente, conforme o exemplo: Tulipa1, Tulipa2..., Dália1, Dália2..., Azaléia1... Assim sucessivamente para todos os codinomes de flores deste estudo, para facilitar análise.

Todos os participantes pertenciam ao sexo feminino. Sendo que três apresentaram experiência gerencial de enfermagem em instituições públicas e seis em instituição privadas.

Como as discussões anteriores foram retomadas em uma breve síntese realizada no início do encontro, não se identificou nenhum prejuízo quanto aos objetivos propostos no estudo, em função das ausências de alguns participantes no encontro anterior, sobre a presente discussão.

Com a proposta de aproximação de melhor relação interpessoal do grupo e maior integração no encontro, inicialmente foi realizada uma atividade lúdica, através de um breve jogo denominado por “Brincadeira do leão/caçador/espingarda” (Apêndice F). A escolha do jogo ocorreu devido as suas características, por propiciar a realização de decisões coletivas aos integrantes e por remeter, através da competitividade, que o jogo propõe, entre os componentes e uma associação de elementos que abrangem o dia a dia do enfermeiro na área gerencial. Após o término do jogo, os participantes associaram-no aos riscos, as incertezas, as possibilidades, dificuldades da decisão conjunta e do trabalho em equipe, como elementos presentes no dia a dia da gerência de enfermagem.

Devido à realização do jogo lúdico, os participantes reagiram de forma descontraída, conversando entre si sobre as peculiaridades da brincadeira, com muitas risadas e comentários alegres. A seguir, os participantes se disponibilizaram em círculo na sala.

A moderadora acolheu a todos e retomou a condução do encontro. Assim, no segundo encontro, com vistas a responder efetivamente o segundo objetivo deste estudo, foi apresentada ao grupo a situação fictícia constituída de problema ético (“caso-conflito”) (Apêndice G).

A construção do “caso-conflito” se originou a partir de uma composição das sinalizações do enfermeiros-gerentes relatadas na primeira fase deste estudo que objetivou identificar os conflitos éticos na área gerencial de atuação. Desse modo, foi elaborado um caso hipotético em que se contextualizaram alguns assuntos: as pressões e imposições hierárquicas, erro de enfermagem, redução de corte de pessoal e prestação de assistência de enfermagem.

O caso-conflito, proposto ao grupo de enfermeiros, destacou a seguinte situação: “Como garantir uma assistência de enfermagem segura com o quadro de pessoal de enfermagem atual, que se apresenta insuficiente e ao mesmo tempo manter a viabilidade econômico-financeira ao atender as demandas de ordem institucional de corte de pessoal de enfermagem para a sobrevivência empresarial”. (figura 10).

Depois da entrega do impresso com o caso-conflito digitado a cada um dos participantes e a leitura do mesmo realizada pela moderadora em conjunto com os presentes, no sentido de facilitar o entendimento, propôs-se uma discussão a partir de uma questão disparadora: - O que vocês fariam diante dessa situação, se estivessem no lugar dessa enfermeira-gerente?

Figura 10 - Apresentação dos valores em conflito na situação proposta pelo caso-conflito.

Após o questionamento, o grupo mostrou-se em silêncio por um pequeno intervalo de tempo, em que se observou, de modo geral, que estavam refletindo a respeito. A seguir, a moderadora indagou aos participantes se todos haviam entendido o caso-conflito lido, ou se gostariam de uma releitura. Percebeu-se que alguns participantes estavam lendo novamente o caso. Como foram distribuídas algumas canetas ao grupo, notou-se que alguns participantes grifaram trechos no caso apresentado. Após aguardar por um espaço de tempo suficiente para uma releitura individual do caso-conflito, a moderadora estimulou os participantes, indagando-os novamente, sobre a questão realizada.

Um dos participantes revelou imediatamente que se identificava com o caso-conflito, por estar passando por uma situação semelhante em sua unidade hospitalar:

[...] comecei a ler isso aqui e me identifiquei com o que está acontecendo no hospital, só que lá não são dez por cento é muito mais que isso [...] (Dália.1)

Referente ao questionamento sobre a tomada de decisão relativa ao caso-conflito, alguns participantes optaram pela tentativa de negociar com a administração do hospital, através de diálogos, argumentações e explicações, sobre os possíveis riscos na assistência, no que diz respeito à segurança dos pacientes frente à situação apresentada que envolvia a solicitação de corte de pessoal, por dificuldades financeiras do hospital:

[...] teria que negociar, dialogar e explicar que existe um risco para o serviço de enfermagem [...] na atenção do serviço de enfermagem com a segurança [...] No primeiro momento, tentar negociar [...] Aconteceram alguns casos que tiveram falhas [...] e por isso, estamos no limite (Violeta.1)

[...] eu tentaria argumentar [...] (Girassol.1)

[...] também tem que ter uma moeda de troca. Isso eu aprendi na vida da gestão, não adianta você ser muito emperrada, radical na sua posição [...] mesmo que não concorde, tentaria argumentar [...] precisa ceder um pouco até para o outro também entender que você está aberto para negociação. Você está num espírito de vamos dar a mão para sair juntos dessa [...] Esgotou todas as possibilidades [...] Deu. Eu não consigo mais [...] (Tulipa 1)

[...] Negociando, me respaldando e insistindo [...] (Azaléia1)

[...] tentaria com um planejamento, documentar, e mostrar a importância [...] (Hortênsia 1).

Na possibilidade de negociação junto à alta cúpula hospitalar, os participantes relataram algumas propostas, sendo que uma delas foi o desativamento de leitos do hospital, em função da solicitação de corte de pessoal e diminuição de colaboradores necessários para o atendimento. Sem o quantitativo suficiente de recursos humanos se colocaria em risco a assistência em saúde, prejudicando o atendimento ao usuário:

[...] teria que ter alguma outra proposta. [...] se a gente demitir vamos ter que fechar o leito, não posso assumir essa responsabilidade [...] Chega um momento que você não pode mais. Você fica refém [...] (Violeta.2).

Por outro lado, outro participante ressalta sobre a impossibilidade de fechar os leitos, principalmente na unidade de pronto socorro, por questões legais, mesmo nas situações de insuficiência de recursos humanos por corte de pessoal, fato que ele está vivenciando no momento atualmente:

[...] é um caso que está acontecendo comigo. Não se fecha leitos, proibido fechar leitos. [...] O pessoal vai ser demitido e vai ser assim. [...] mas já diminuiu leito da UTI, na semi, e na clínica médica, porque saíram funcionários e no Pronto socorro onde eu fico como responsável, saiu mais que 10% dos funcionários, muito mais e diminuir leito, não pode... Pela lei você não pode fechar a porta do Pronto Socorro [...] (Dália.2)

A busca por um respaldo na área jurídico-legal surgiu dentre as propostas argumentadas pelos participantes, no enfrentamento dessa situação de redução de pessoal, para a manutenção da sobrevivência financeira hospitalar:

[...] acionar os recursos legais que a gente tem [...] o próprio Conselho [...] respaldar [...] A defesa civil [...] tentar pelas vias legais, outra forma de intervenção [...] O conselho também já me tirou de muita enrascada, me põe às vezes, em outras, mas me tirou de outras tantas [...] ver o que tem de legislação e enfrentar [...] (Tulipa 2)

[...] Nosso próprio Conselho Regional [...] Legalmente todo o gerente de enfermagem tem que dimensionar a sua equipe anualmente, ou se esse quadro mudar abruptamente, tem que redimensionar [...] com a anuência e assinatura do Diretor Técnico da unidade. Antigamente [...] o próprio conselho nos via, enquanto gerentes, como a culpada por aquela situação. Hoje não é mais dessa forma. [...] Eles acionam o Ministério Público. [...] há uma transposição de responsabilidade. [...] faz com que nós enfermeiros [...] sintam-se mais protegidos, respaldado, na questão ética, legal, do dolo e do dolo eventual. [...] me sinto mais confortável que há uns anos atrás [...] a questão ética para mim, é utilizar tudo que eu tenho [...] do que é legal, para conseguir ter uma melhora na assistência [...] (Girassol.2).

[...] nós temos o canal que você pode encaminhar diretamente para o Conselho. [...] Estou saindo, estou deixando de ser a Responsável Técnica por isso, isso e isso [...] O próprio Conselho tem ferramentas para estar monitorando [...] está sabendo o que está acontecendo [...] Independente da conduta que a empresa vai tomar a seguir [...] (Violeta 3).

[...] pode [...] como profissional de enfermagem autônomo, você pode encaminhar sim, para o Ministério, [...] Não só o Conselho Regional, como também o Ministério da Saúde, o Ministério Público. [...] sempre teve esse recurso [...] (Orquídea1).

A documentação em enfermagem, por meio de relatórios e os registros e anotações exigidos pela profissão, também foi incluída, como uma forma de respaldo e como uma maneira dos enfermeiros-gerentes mostrarem aos superiores hierárquicos as dificuldades e as possibilidades de acatar a solicitação presente no “caso-conflito” apresentado:

[...] tem que pensar como profissional, não que a gente concorde, mas documentar tudo [...] Passei por isso, fiz um documento bem detalhado de dimensionamento [...] dá muito trabalho. [...] a partir do momento que você é chefe e está com problema deste [...] tem que tentar documentar para dizer o porquê de não assumir esse risco. [...] eu não teria medo de chegar e provar [...] (Orquídea.2)

[...] A situação da documentação é realmente perfeita [...] tem que trabalhar documentando em tempo presente os fatos. As pessoas precisam ter essa consciência Aconteceu hoje, faleceu hoje, vamos documentar hoje. [...] têm que ter um verdadeiro dossiê. Aí você vai sentar com esse administrador [...] (Violeta.4)

[...] concordo quando fala da documentação. [...] trabalhava na gerencia por 18 anos [...] lutei muito [...] Se não fosse através de documentação, tinha sido mandada embora. Eu mostrei que era mais viável trabalhar só com enfermeiro, do que eu ter um auxiliar que me daria trabalho. A primeira argumentação da administração foi o custo mais alto. [...] Mas vai ter muito menos problema. [...] a documentação, faz parte do enfermeiro, [...] tem que comprar essas brigas [...] A gente trabalha na linha de frente [...] tem que mostrar que o enfermeiro tem opção de uma coisa a mais [...] (Azaléia. 2)

[...] Está documentado. Eu concordo que você tem que deixar isso documentado, porque alguém vai olhar e vai ver [...] (Hortênsia.2)

[...] a questão de documentação. Vejo uma questão de hábito. Hábito a gente conquista diariamente. [...] faço reunião de Diretoria [...] levanto todos os indicadores de enfermagem. O registro é isso. Mostrar mensalmente, quantas quedas, [...] úlceras de

pressão [...] trazer isso para o corpo diretivo. Então você consegue provar [...] os dados históricos falam por si. Você tem o fato em si [...] (Girassol.3)

[...] uma coisa que é extremamente importante, é função do enfermeiro realmente anotar tudo [...] Deixar tudo documentado [...] sou super a favor da documentação. [...] Fico depois do meu horário para relatar [...] (Dália.3)

[...] é muito importante tudo que ela falou da documentação, desses recursos que a gente tem hoje [...] (Tulipa 3)

Entretanto, foi pontuado, por outro lado, que a questão do respaldo legal e da documentação, que envolve os aspectos ético-legais e científicos do registro em saúde e o encaminhamento e/ou a denúncia aos órgãos competentes, sobre a problemática de recursos humanos na enfermagem, não é algo simples, pois pode acarretar problemas na empregabilidade, por colocar em risco o cargo gerencial:

[...] Você passa a ser *persona* não grata na empresa [...] para um gestor é complicado. Você vai ter essa dificuldade de conseguir a anuência dele, a assinatura, para estar enviando ao COREN. Você vai estar contra o que ele estava pondo. [...] provavelmente, uma das hipóteses [...] Você não serve, vou procurar alguém que faça uma programação de acordo [...] (Violeta.5)

[...] Más documentado. Você para e pensa: vai cair fora, ou vai ficar para ver e participar daquilo. Normalmente eles te tiram de lá. A partir do momento que não faz o que eles querem [...] Pelo menos, você foi profissional suficiente para mostrar e documentar [...] Eu não tenho medo de cair fora. [...] vai muito do pessoal, do profissional, nessa hora. Eu vou arcar com as consequências profissionais e pessoais de ficar numa situação dessas, de cortar pessoal, ou prefiro a minha consciência tranquila [...] (Orquídea.3)

Todavia, ainda correlacionado ao aspecto da documentação em enfermagem, surge a questão que, muitas vezes, os próprios integrantes da equipe de enfermagem deixam a desejar em relação a essa atividade, por não realizar devidamente os registros. Essas falhas documentais na enfermagem, para os participantes, ocorrem devido alguns fatores que abrangem as condições de trabalho, como o excesso de demanda de pacientes e o modo como o trabalho em saúde está organizado:

[...] essa questão da documentação é uma falha recorrente nossa. [...] se hoje não dá para documentar, amanhã dá e aí passou e eu relaxo [...] nenhum de nós documentamos, desde o menorzinho até a liderança maior. Para liderança isso tudo é muito difícil [...] quando você não tem a documentação da equipe. [...] precisa registrar [...] documentar [...] A enfermagem tem uma dificuldade enorme em escrever e se defender, infelizmente [...] Isso não está documentado, você vem ao longo de um tempo, sofrendo, enfrentando as dificuldades, muitas vezes, não tem nem condição de documentar tudo o que você passou naquele momento. [...] (Violeta.6)

[...] Chegou uma época, onde eu trabalho tinha um *check list*. Ninguém parava para escrever nada [...] e a coisas graves que acontecem e que você precisa relatar? [...] Ou você relata ou tem que puncionar uma veia urgente de um paciente na emergência, mesmo como responsável do pronto socorro. [...] vai anotar ou vai atender o paciente. [...] um conflito de valores [...] (Dália.4)

Contudo, os participantes demonstraram clareza a respeito das consequências que se apresentam no cenário de mercado atual, ao colocarem a empregabilidade em risco por se recusarem atender a solicitação da cúpula administrativa do hospital. Dentre as consequências destaca-se a questão da diminuição de oferta de vagas no mercado de trabalho e as restrições etárias nos processos de recrutamento de pessoal, além dos próprios compromissos e responsabilidades financeiras pessoais:

[...] para muitas pessoas é difícil. É muito fácil falar você cai fora, só que a pessoa tem prestação de casa, aluguel, filho na faculdade. [...] é muito mais complexa. É fácil de manter a situação como está [...] a vida das pessoas tem situações que têm que pensar 1000 vezes antes de tomar uma atitude [...] É diferente quando eu tenho 20 anos, [...] não concordo e bato a porta e vou embora. [...] Na próxima esquina eu tenho emprego. Quando você tem 30 [...] e pior quando tem 40. Há anos atrás você saía e na porta seguinte tinha um emprego de primeira. Existia uma disputa pela mão de obra e hoje não. Você saiu e tem três lá querendo o seu lugar, é muito difícil, é muito complicado [...] (Violeta.7)

[...] extremamente importante. Que faixa etária que eu estou? Na faixa de 54 anos, daqui a seis anos estarei me aposentando. [...] acho que não é fácil conseguir emprego [...] eu tentaria. Agora tenho meu limite, eu falei se colocar paciente no chão, deixar a paciente totalmente desassistido, com certeza ia cair fora, se acontecesse isso [...] (Dália.5)

No entanto, o enfermeiro na gerência deve estar atento no que diz respeito ao reforço na orientação para a equipe sobre a importância da documentação, como subsídio legal, de defesa, na enfermagem, pois os registros na área da enfermagem dependem da equipe como um todo:

[...] a conquista desse espaço, de trazer os indicadores de enfermagem e fazer com que a equipe realmente aceite que aquilo vai fazer diferença na sua forma de trabalho. [...] às vezes, eu pego as planilhas e eu vejo que um plantão ou outro não fez. [...] chamo o enfermeiro. É uma questão de conquistar, tem que encantar o profissional para que ele consiga entender que aquilo não é uma tarefa a mais, aquilo na verdade vai ser um subsídio de defesa para a equipe. Então, o argumento que nós temos que ter não é fácil. Trabalha-se muito [...] (Girassol.4)

Nos relatos também emergem alguns questionamentos sobre os valores éticos dos enfermeiros. Ressaltam que tais valores vão além do respaldo legal e documental, pois valores como a responsabilidade profissional, a qualidade da assistência, a necessidade de estar presente e a empatia, são balizas que auxiliam o enfermeiro a refletir sobre os limites e as dificuldades, no posicionamento de cada um frente à situação apresentada:

[...] perguntar se quer continuar compactuando com que está inadequado [...] Até que ponto é possível sustentar os seus valores. [...] suas responsabilidades. A sua responsabilidade legal, perante o Conselho, a assistência, à pessoa, que você está assistindo [...] Vai chegar um ponto que é o limite [...] muito individual do enfermeiro [...] o quanto que ele vai conseguir sustentar [...] Qual é o limite para cada um? [...] (Tulipa.4)

[...] além da gente ser respaldado [...] acho que não vou ser processado. Tem alguém que responde por mim. [...] más e eu vendo toda aquela situação? E os meus valores? Isso está me incomodando [...] Está difícil de tomar uma decisão [...] o que eu sinto é

a empatia. [...] de se pôr no lugar, para decidir o que vai ser feito [...] se pôr no lugar do paciente quanto do colaborador [...] -“Eu não quero estar com pouco funcionário, como enfermeiro”. É o que você pensa quando você está na gerência [...] (Copo de leite 1)

[...] você passa a questionar a qualidade do seu trabalho, porque seguramente [...] não vai ser a mesma situação, um auxiliar, um técnico de enfermagem cuidar de cinco pacientes e cuidar de dez? A qualidade de serviço não é a mesma. É humanamente impossível você ter as mesmas cobranças, as mesmas exigências e a qualidade final [...] É se colocar no lugar do outro. Não apenas do paciente [...] mas muito importante se colocar, até lugar dos profissionais da sua equipe [...] (Violeta 8)

[...] Porque a gente está assumindo riscos, se for seguir o que administração quer. O risco profissional, o risco pessoal. Se colocar no lugar, inclusive no lugar do usuário. Se eu estivesse ali e acontecesse isso, eu ia ficar de boca calada? [...] (Orquídea.4)

[...] É muito complicado, o usuário não te entende, existe uma guerra, um conflito. Parece que você é culpada de todos os problemas do mundo. Só que nesse momento, você abre mão de tudo, dos valores que você recebeu sua vida inteira, dos seus pais. Não é só a questão que você recebeu no banco da escola, é muito complicado, porque você está ali lidando com a vida, com a pessoa na vulnerabilidade, como um todo e você acaba interagindo com a pessoa e vai a sua vida como um todo [...] (Violeta.9)

[...] se perdeu um pouco dos valores éticos. O valor se perdeu no meio do caminho. É assim, muito simples. “Não é da minha família, não sou eu”. [...] não é só a questão da enfermagem, praticamente a área da saúde toda, está assim [...] (Azaléia 3)

[...] você fica assim, na esperança que eu que alguma coisa vai acontecer, que é impossível que vai continuar nessa situação [...] (Dália.6)

A visão sobre a importância de uma postura corajosa, que assume a responsabilidade no enfrentamento das dificuldades perante os obstáculos e os pontos críticos que ocorrem no gerenciamento em enfermagem, evidencia que esses valores éticos devem estar presentes para o enfermeiro que atua na gerência:

[...] Quem assume um cargo de chefia, que tem que ser corajosa o suficiente para saber quando tem que “pular fora”, ou tiver medo de ser tirada fora. [...] – “Mas eu vou ficar sem ter como trabalhar? Como ganhar meu pão?” [...] vai vender salgadinho na esquina. Mas não participar disso. Como profissional, nosso Código de Ética é bem claro, nós não vamos compactuar com isso. Eu pelo menos não [...] (Orquídea.5)

[...] quando você está como gestor, no hospital, você faz parte daquela engrenagem. Você que está acima de todos. Você é a pessoa que deve tomar atitude. Claro que você tem que movimentar os outros, para ser uma coisa em equipe [...] (Violeta.10)

Outro valor pontuado envolve o compromisso com o paciente e a preocupação com o cuidado, pois mesmo o enfermeiro solicitando voluntariamente o seu desligamento da instituição, pelo fato de não acatar a determinação superior, existe a clareza que essa opção, não solucionará os prejuízos que as pessoas que permanecerem na instituição poderão ter. Ou seja, ainda que o enfermeiro gestor saia da empresa, os problemas em relação à assistência, devido à redução de pessoal, persistirão no local:

[...] Está aqui a minha carta de demissão. Embora o problema continue lá. Não resolveu [...] mas você se resguarda, [...] Tem outros desdobramentos [...] eu pedi a minha demissão, mas eu continuo preocupada com os pacientes que continuam frágeis a essa situação [...] (Tulipa.5)

O posicionamento de que diante da problemática apresentada, alguns enfermeiros decidiram solicitar a demissão deste serviço, apareceu nos relatos, de forma enfática. Verifica-se que dois participantes mantiveram-se em suas posições firmes durante todo o encontro, optando por solicitar o desligamento do hospital:

[...] Eu pularia fora. [...] Eu acho que chega um momento que você não tem que abrir mão dos seus valores, dos seus princípios você não pode abrir mão, então você tem que pagar o preço, mesmo que isso pese no financeiro. [...] (Violeta.11)

[...] Eu também cairia fora. [...] eu vivi uma situação parecida e que optei por sair. Eu acho que eu fiquei muito mais feliz. Eu não me arrependo de ter saído não. [...] (Copo de leite 2).

Outros participantes consideraram que a atitude de solicitar o desligamento do serviço, seria também uma das opções, entretanto, somente depois de esgotadas todas alternativas e possibilidades em tentar reverter a imposição de redução de pessoal ou minimizar possíveis consequências, junto aos superiores hierárquicos.

Dessa forma, algumas alternativas foram delineadas pelos participantes do encontro. Dentre elas: avaliar o desempenho, rendimento e motivação da equipe relativo à produtividade; identificar as causas dos problemas de pagamento ao hospital por parte das operadoras de saúde; investigar as causas das falhas de enfermagem, justificando que esses erros podem aumentar, caso diminua ainda mais o quadro de pessoal; encorajar a diretoria do hospital a utilizar outros recursos de redução de custos como na economia da gestão de recursos materiais, por exemplo.:

[...] é o caso de examinar internamente todas as possibilidades, de explorar tudo o que se têm de fato Os profissionais que realmente estão interessados, às vezes, não é contestar o dimensionamento de repente, você consegue algo muito próximo daquele, do que é o ideal e consegue com aquela tua equipe ficar menos pior e não correr tanto risco. Até o momento em que consiga se haver uma estabilidade, para que você atinja o ideal [...] que nem tanto ao mar, nem tanto a terra [...] O dimensionamento está adequado, mas é uma coisa meio de “corpo presente”, a pessoa está efetivamente empenhada na assistência, [...] olho o dimensionamento, tem tantos enfermeiros, tem tantos auxiliares, más efetivamente a pessoa ali atuando e pondo mesmo a mão na massa [...] (Tulipa.6).

[...] avaliar toda essa questão [...] Eu tenho tecnologia ou não tenho [...] O quanto meu profissional tem que querer [...] a questão da vulnerabilidade na capacidade laborativa e da identificação com o setor [...] Como é que o funcionário vai render mais? Tem que saber a questão das competências também [...] (Girassol.5).

[...] Se eles (hospital) não estão recebendo do convênio, então nós temos que investir em cuidado. Porque a gente não tem que pensar neste problema agora. [...] se o convenio não está pagando, algum problema teve. Será que a enfermagem estava documentando o gasto no material? [...] (Orquídea.6).

[...] teria condição de mostrar que é impossível cortar o pessoal. O problema, que as gerências, as chefias, não documentam isso. [...] Cada erro é visto como um erro e se aceita a reclamação do erro. Errou no que? Não tinha pessoal para ver o quê? Para ver se a pessoa estava morta? [...] (Orquídea7).

[...] a princípio eu não sairia fora, tentaria argumentar com o que eu teria de instrumentos [...] dados históricos dentro do serviço e tentaria provar para o

administrador o quão seria mais viável ter o profissional e restringir a questão de um material. [...] um distribuidor mais barato para tal material. Acionar educação permanente no sentido de melhorar a questão do uso do material [...] (Girassol.6).

[...] tentaria provar por A+ B realmente que esse corte não é legal e que poderia ser economizado em outros pontos, outras coisas outras situações [...] (Dália.7).

Assim, um dos participantes também ratifica que solicitaria o desligamento da instituição, depois de esgotada todas as possibilidades de reverter o caso:

[...] esgotadas as possibilidades se os valores não baterem de jeito nenhum, se eu percebesse que eu estava dando “nó em pingo d’água” e tudo a minha volta não mudasse, eu sairia [...] (Hortênsia. 3).

Por outro lado, outro participante assume o desafio e pontua que mesmo após todos os esforços para reverter a situação, não desistiria e permaneceria na instituição:

[...] eu não desistiria [...] Eu chamava para briga. Eu gosto de um desafio. [...] trabalhei assim em uma outra gestão, pondo o meu “pescoço na bandeja” a troco dos enfermeiros e valeu muito a pena. Hoje com a experiência que eu tenho [...] maior do que tinha um tempo atrás. Valeu a pena, [...] nem pediria a minha conta se não desse certo. Eu iria buscar outras formas de continuar tentando [...] (Azaléia. 4).

Os participantes ainda consideram que antes de tomar qualquer tipo de decisão sobre o problema ético apresentado, deve-se avaliar a situação com tranquilidade em toda sua completude, explorando detalhadamente o máximo de dados e fatores que envolvem o caso:

[...] Nesse caso especial, acho que me falta dados para avaliar. Está muito cru, precisaria de dados para eu avaliar. Está muito cru. [...] (Girassol.7)

[...] Preciso de mais dados [...] muito pouco, para eu chegar e abandonar o meu emprego. Para tomar uma decisão precisava de mais dados [...] (Dália.8)

[...] não desistiria muito fácil não. Porque toda a situação que embora tenha uma parte que se revele muito, explosiva, não fácil de se identificar, tem todo um por trás aqui, [...] tem que ver a complexidade, esfriar a cabeça, tem que respirar fundo [...] (Tulipa.7).

Além disso, a decisão compartilhada, através do trabalho em equipe, também é um passo que deve ser considerado na escolha dos cursos de ação possíveis para uma tomada de decisão acertada, como se revela:

[...] sentar com equipe explorar todos os níveis. [...] vamos pensar junto, chama os pares [...] você divide para conseguir encontrar outras alternativas que às vezes você própria não está vislumbrando. Vai encontrando lacunas que podem ser discutidas e preenchidas. O trabalho em equipe vai ser fundamental, não só da equipe de enfermagem, mas da equipe de gestão de tudo [...] (Tulipa. 8).

[...] acho que a gente precisa começar a dividir mesmo, as tarefas, as ações. A gente tem que trabalhar com outro, porque senão foge da parte do gerenciamento, da assistência [...] (Orquídea. 8).

O trabalho em conjunto na enfermagem é proposto pelo participante, inclusive aproximando-se da administração do hospital, principalmente por que na maioria das vezes, o administrador, não tem formação na área da enfermagem, portanto, desconhece os detalhes

técnicos das ações da profissão, porquanto a proximidade das funções e tarefas diárias da enfermagem facilitaria a compreensão sobre as reais demandas desse serviço.

[...] O administrador que não enfermeiro, não compreende [...] não sabe quanto tempo você demora para dar uma papinha para o paciente [...] está evitando passar uma sonda [...] demora até uma hora para oferecer um copinho de 150ml. [...] a gente tem que usar de todos os nossos recursos para mostrar para ele [...] o bom gestor hoje [...] independente da área que é formado [...] te acompanha no que você faz. [...] É envolver [...] o corpo diretivo da unidade hospitalar, o quão realmente a enfermagem está para o hospital [...] (Girassol.8).

A filosofia da assistência preconizada pela instituição hospitalar, na ótica do participante, é considerada um fator determinante na forma como será conduzida a decisão, diante da problemática de redução de quadro de recursos humanos:

[...] vai muito do resultado [...] do objetivo da instituição que você trabalha. Se for uma instituição que preza o bem estar do paciente, quer um serviço de qualidade, os seus argumentos vão chegar. [...] e vai conseguir. [...] Se for uma instituição que visa um lucro desmedido, você não vai conseguir [...] vai de você não ficar mesmo, eu saio. [...] Se você não faz o eles querem, te mandam embora. Você não tem força, ou você sai ou te mandam embora. [...] vai muito [...] do que pensam os administradores. Aquele que quer fazer o bem vai te acolher, mas aquele que não quer [...] (Hortênsia.4).

[...] se essa instituição confia no seu trabalho. Você vai ter que mostrar a nota fiscal [...] me dá, uma retaguarda, para eu, que eu preciso trabalhar isso e aquilo. [...] Para chegar num bom termo. [...] (Tulipa.9).

O participante sinaliza que existem dificuldades relativas à restrição de pessoal também no Serviço Público que se instalam por conta de pressões e restrições financeiras:

[...] Por mais que exista todo um dimensionamento de pessoal. É muito definido o que você tem que fazer [...] Mesmo no equipamento público a gente tem muita dificuldade, com relação a déficit de pessoal de enfermagem. [...] Você está fazendo complementação com plantão extra [...] e não tem plantão extra suficiente. Conseguiu uma cota de plantão extra e surgiram outras demandas, outras licenças, pessoas que vieram e saíram Você não consegue negociar muito. É muito complicado, o financeiro é difícil [...] (Violeta. 12).

Relacionado ao custo, emerge o relato sobre a necessidade da enfermagem compreender a importância do conhecimento sobre a gestão financeira hospitalar, em suas atividade profissional, destacando que ainda hoje, muitos membros da equipe não consideram esse aspecto importante na assistência:

[...] começar a fazer com que a enfermagem participe sim do custo final [...] Mostrar a importância disso [...] sinto ainda que a enfermagem não toma conhecimento e acha que não tem nada a ver com custos. [...] essa parte de custo é uma coisa que raramente o enfermeiro pensa. O chefe ou gerencial tem que pensar em custo senão não vai ter como permanecer [...] (Orquídea.9).

A demonstração de conhecimento e a busca de atualização constante são vistas como ferramentas, que auxiliam o reconhecimento e o respeito do posicionamento do enfermeiro-gerente e da equipe de enfermagem:

[...] entra o conhecimento. O quanto que o enfermeiro ele tem que se atualizar, tem que buscar, tem que estar sempre atento [...] na gestão é tudo muito complexo. Não é só a questão da assistência direta é tudo o que está junto [...] na medida em que você demonstra o conhecimento, sabe citar uma lei, [...] sobre a assistência e a gestão de custo que você está entendendo [...]. As pessoas começam a te olhar diferente. [...] A nossa formação permite [...] esse olhar holístico, a criatividade. Tem hora que eu me vejo, na função que eu exerço hoje de gestão que nem eu acredito que a gente conseguiu sair daquela situação [...] (Tulipa.10)

[...] Daí a importância da educação permanente o tempo todo, dele e da equipe toda [...] (Hortênsia.5)

Nota-se também que interpretações subjetivadas referente ao “caso-conflito” apresentado surgiram no relato de um dos participantes:

[...] o cenário que é pintado aqui, tenho impressão que essa Nurselita [...] ela se esconde. [...] dá a impressão que ela é meio insegura assim. Estou querendo enxergar alguma coisa que não está... Mas na interpretação minha [...] (Tulipa.11)

Outros questionamentos e alusões interpretativas sobre o “caso-conflito” surgiram. Os participantes adicionaram ou indagaram sobre alguns dados como: o motivo ou a causa do erro na assistência, a hipótese do fato ocorrer em um hospital público e ainda sobre perfil (positivo ou negativo) do administrador do hospital:

[...] chega Já morreu um, já tem um outro que eu não sei o que aconteceu [...] (Tulipa.12)

[...] Acho que tem a questão do privado, mas tem a questão do público também. [...] tem instituições públicas que o colega que vai dar plantão de 12 por não sei quantas folgas, não é um 12 por 36, o usual. [...] emenda outras coisas, outras regalias [...] (Tulipa.13)

[...] porque não deu tempo da pessoa chegar?, Porque estava ocupada 20, 30 minutos? [...]. Não deu tempo para chegar lá [...] Qual foi o erro que tinha tido a queixa? Que erro que foi isso? Isso é uma coisa que não justifica outra. A única coisa que justificaria, é a gente dizer não dá para cortar pessoal, não dá... Isso daqui é para provar. A pessoa já estava, horas ali e nem conseguiu chegar perto porque estavam ocupados com outro [...] (Orquídea 10)

Avalia-se que o caso-conflito apresentado causou certo desconforto para alguns participantes, surgindo reflexões, acerca da profissão e dos limites da atuação profissional na enfermagem, argumentando que essas dificuldades estruturais impedem que seja aplicado na prática o que foi ensinado e aprendido durante o processo de formação:

[...] Eu me pergunto. Será que eu estudei para isso? [...] eu oriento tantos. [...] tem que fazer o exame físico da cabeça aos pés. [...]. Aplicar o SAE. Depois no próprio dia a dia você não consegue fazer isso. Você começa a pensar. Você fala uma coisa e você não faz isso [...] é um conflito muito grande [...] acontece também na faculdade, prega uma coisa e na hora que você vai assistir, no dia a dia, vai fazer, é outra coisa. Você fica realmente se questionando. Eu estou no meu limite. Mas até quando vai o meu limite, até que ponto [...] (Dália 9).

Um dos participantes, ainda argumentou com grupo sobre as possíveis consequências no que se refere à opção de se manter na instituição diante do quadro apresentado:

[...] Eu já tenho uma situação extremamente difícil de trabalhar. Já está ocorrendo erros. É o meu nome, é o meu trabalho, é o nome de várias pessoas compromissadas com o trabalho delas. Isso vai piorar Porque se a situação já está terrível. Vai cortar mais 10%. Ainda assim, vocês permaneceriam? [...] (Violeta 13).

Em um exercício reflexivo, o participante adiciona se sentir incomodado com o posicionamento do enfermeiro do caso-conflito e desse modo, pontuando algumas impressões subjetivas de fatos, que não estavam presentes na situação apresentada:

[...] Ela tá ali só. Ela num aparece muito. Ela está mais: Meu Deus e agora?... Aquela posição assim:- Ai Meu Deus... tem que dar 10%, toma a lista está aqui. , a impressão que dá é que ela fica assim.- Ai Meu Deus e agora? Vou ter que dar a lista dos 10%.E agora?Não tá muito envolvida a resolver [...] chega Já morreu um, já tem um outro que eu não sei ali o que aconteceu [...] (Tulipa 14)

As colocações e impressões adicionais no caso expressam a necessidade do participante em obter maiores dados e informações a respeito da situação conflitante, para maiores subsídios na sua tomada de decisão. Além disso, o fato de não estar descrita a decisão da gerente de enfermagem, no “caso-conflito”, frente à situação extrema desenhada, incomodou alguns enfermeiros, pois se observou que houve comentários paralelos, através de com frase soltas e gestos de concordância e positividade, com o que o participante relatava. Notou-se que a “falta de decisão” da enfermeira do “caso-conflito”, na ótica dos participantes foi interpretada como uma postura de submissão e passividade, frente à situação.

Fechando as colocações do grupo, um dos enfermeiros chamou atenção dos demais, atentando-se ao fato que, geralmente, quando se pretende reduzir o quantitativo de pessoal na área hospitalar, os administradores elegem a enfermagem para iniciar o processo demissional.

[...] Interessante, que quando se fala de corte hospitalar, o pessoal lá de cima já fala , corta a enfermagem [...] (Azaléia.5)

No decorrer do encontro notou-se que algumas vezes, os relatos fugiram do escopo temático, assim a moderadora realizou pequenas intervenções por meio do guia temático, a fim de redirecionar a discussão.

Encerrado o encontro pela moderadora, ocorreu a leitura da síntese dos argumentos discutidos e indagados aos presentes, o acordo de todos sobre o que foi lido. A seguir, foram realizados os agradecimentos aos participantes e equipe de coordenação. Também foi oferecido um lanche e uma lembrancinha aos participantes em um momento de descontração e tomada as devidas providências quanto ao transporte e retorno dos participantes.

Ao final do encontro, em reunião com a equipe de coordenação houve a conclusão das impressões e observações da discussão. Analisando a sua totalidade, percebeu-se o empenho dos participantes sobre a temática apresentada e a preocupação de todos quanto à reflexão do caso explanado, em contribuir de forma séria, educada, sincera e comprometida com a

temática proposta. Em certos momentos, além da permuta de experiências vividas e do processo de identificação com o caso hipotético apresentado, notou-se que a troca de ideias permitiu momentos de desabafos, através de frases e palavras de alívio, frente ao compartilhamento de situações eticamente conflituosas, por parte de alguns integrantes.

6.4.1.2.1 Análise do segundo encontro – Deliberando sobre os dados relativos à tomada de decisão gerencial: Segundo a proposta de Diego Gracia

A análise dos dados do segundo encontro ocorreu a partir da aplicação da terceira etapa do método deliberativo (deliberação sobre os deveres). Ou seja, foram analisados os discursos dos participantes do encontro, em relação aos passos apresentados no procedimento deliberativo, referente à identificação dos diferentes cursos de ação intermédios, propostos pelo enfermeiro sobre o caso.

Conforme proposto no estudo de Zoboli (2010), a partir dos valores em conflito delineados no “caso-conflito”, foram dispostos os dois cursos de ação extremos, previamente determinados pela pesquisadora na elaboração do caso fictício, que são: por um lado, denominado como “X” referente a “elaborar a listagem considerando os 10% de desligamentos de pessoal” e por outro lado o nomeado com a letra “Y” referente à “aumentar a supervisão a fim de garantir uma assistência de enfermagem segura” (Figura 11).

Curso de ação é entendido como cada uma das alternativas de solução para o caso. De modo que, na identificação dos cursos de ação extremos os valores em conflito devem estar dispostos em dois polos oposto e cada um corresponde a um curso de ação extremo. Ao optar por um dos valores em conflito e realizá-lo, ocorrerá o aniquilamento do outro (Zoboli, 2010).

Assim, por meio dos dados empíricos dos discursos se buscou as alternativas que os participantes argumentaram como justas, perante a situação, com base na ótica da metodologia da Teoria de Deliberação Moral de Diego Gracia, frente à problemática ético-gerencial de enfermagem na área hospitalar, apresentada no “caso-conflito”.

Figura 11. Apresentação dos cursos de ação extremos a partir dos valores em conflito no caso.

Após a análise foram realizados os agrupamentos temáticos e dos outros discursos isolados, que constituíram os cursos intermédios de ação. Foram identificados neste caminho 17 cursos de ação intermédios diferentes, através das unidades de registro recortadas dos relatos dos enfermeiros, que foram codificados com letras maiúsculas, em ordem alfabética, conforme dispostos no Quadro 3. (Apêndice G).

Quadro 3: Apresentação dos cursos de ação indicados pelos enfermeiros referente à situação do caso-conflito.

	CURSO DE AÇÃO	ENFERMEIROS
A	Negociar, dialogar e explicar à Diretoria do Hospital os riscos relacionados ao corte de pessoal de enfermagem.	Violeta.1 Azaléia 1 Girassol 1 Hortênsia. 3
B	Planejar, documentar e mostrar à Diretoria do Hospital a importância de manter o quadro de enfermagem adequado.	Hortênsia 1
C	Negociar com a Diretoria do Hospital.	Tulipa 1
D	Desativar leitos hospitalares, no caso de corte de pessoal de enfermagem.	Violeta 2
E	Buscar amparo legal para manter o dimensionamento adequado da equipe de enfermagem, acionando Coren, Defesa Civil e Ministério Público.	Tulipa 2 Girassol 2 Orquídea 1
F	Documentar para a Diretoria do Hospital qual seria o dimensionamento da equipe de enfermagem, a fim de justificar porque não deve assumir os riscos.	Orquídea 2
G	Documentar os fatos relativos à assistência de enfermagem e intercorrências para ciência da Diretoria do Hospital.	Violeta 4, Dália 3 Tulipa 3
H	Documentar que a manutenção do quadro de pessoal acarreta menor custo e maior qualidade da assistência de enfermagem.	Azaléia 2 Hortênsia 2
I	Propor reuniões periódicas com a Diretoria do Hospital a fim de apresentar indicadores de enfermagem que justifiquem a necessidade de manutenção do quadro de pessoal.	Girassol 3
J	Ressaltar junto à equipe sobre a importância da documentação atualizada com o objetivo de defender o serviço.	Girassol 4
K	Avaliar o rendimento e a motivação da equipe de enfermagem quanto à produtividade, no caso da redução de pessoal.	Tulipa 6 Girassol 5
L	Informar-se sobre os problemas de pagamento ao hospital por parte das operadoras de saúde	Orquídea 6
M	Investigar as falhas de enfermagem, pois os erros podem aumentar com a diminuição do quadro de pessoal.	Orquídea 7
N	Apresentar a Diretoria do Hospital outras formas de redução de custos.	Girassol 6, Dália 7 Azaléia 4, Orquídea 9
O	Compartilhar a tomada de decisão com a equipe de enfermagem.	Violeta 10, Tulipa 8 Orquídea 8
P	Evidenciar para a Diretoria do Hospital a importância do trabalho da enfermagem na assistência.	Girassol 8
Q	Solicitar desligamento do hospital e comunicar o COREN para futuras providências, no caso da saída Responsável Técnica.	Tulipa 5 Violeta 11 Copo de leite 2. Violeta3.

Com o propósito de identificar as tendências dos cursos de ação indicados pelos enfermeiros apresentados no quadro 3, esses cursos de ação intermediários, (codificados por letras do alfabeto), foram dispostos visualmente em uma escala linear. Os cursos de ação extremos do “caso-conflito” foram posicionados nas duas extremidades opostas dessa escala linear (X e Y) e o curso intermédio foi posicionado no centro da escala. Assim, após da análise interpretativa do ato proposto, em cada curso de ação intermédio, os mesmos foram distribuídos nessa escala linear conforme o suas tendências. Dessa forma, (gráfica) foi possível visualizar se as alternativas intermédias propostas pelos enfermeiros apresentaram tendências para pontos extremos (X e Y) do caso-conflito ou se aproximaram do curso médio, isto é, ações que se encaminhavam para a prudência (Figura 12).

Através dessa escala linear (Figura 12) foi possível verificar que a maioria dos cursos de ação (um total de 11) concentrou-se entre o extremo “Y” e o curso médio, portanto as ações tendenciaram para a “manter a segurança na assistência de enfermagem, através da supervisão e vigilância no cuidado ao paciente”, ou seja, direcionados para o valor do *cuidado*. Nota-se, desse modo, que os depoentes relataram como prioridade em seu processo de trabalho que as alternativas para a tomada de decisão envolvem a prestação do cuidado seguro na enfermagem, mesmo quando esse se apresenta coibido de alguma forma, devido a questões oriundas da realidade da organização, como a preocupação com os custos hospitalares.

Nesta tendência (lado “Y”) percebe-se que alguns cursos de ação tenderam a aproximar-se mais do curso médio, como: compartilhar as alternativas com a equipe e encorajar a diretoria do hospital a utilizar outros recursos para conseguir a redução de custos na instituição, por meio, por exemplo, de economia na gestão de recursos materiais, conforme se verifica nos cursos de ação, posicionados pelas letras “O” e “N” respectivamente (Figura 12).

Observa-se, ainda que alguns cursos de ação tendenciaram para o ponto mais extremo do curso Y, evidenciado ao proporem ações como: desativar leitos hospitalares, no caso da ocorrência de desligamento de pessoal (curso de ação D) e buscar amparo legal para manter o dimensionamento adequado junto aos órgãos de representação da enfermagem e da área da saúde (curso de ação E) (Figura 12).

Destaca-se também entre as ações que tendenciaram a aproximar-se em direção ao curso médio, a importância manifestada pelos enfermeiros, no que diz respeito à documentação em enfermagem em geral. Reforça-se a necessidade do enfermeiro-gerente estar respaldado, por meio dos registros da enfermagem, além de relatórios, comunicados, entre

outros, como forma de comprovação e argumentação para a Diretoria do Hospital, frente à conflituosa situação de redução de pessoal de enfermagem para o alcance de uma assistência de enfermagem adequada, conforme se verifica nos cursos de ação representados pelas letras “H”, “F”, “G” e “B” (Figura 12).

Ainda sob a perspectiva da documentação em enfermagem, porém se aproximando do ponto do curso extremo “Y”, tem-se a ação que se apresenta como: ressaltar para a equipe sobre a importância da documentação atualizada com o objetivo de defender o serviço de enfermagem, conforme descrito no curso de ação da letra “J” (Figura 12).

Nota-se ainda, nos cursos de ação, a necessidade dos enfermeiros-gerentes em mostrar à alta cúpula administrativa hospitalar a importância e o valor do Serviço de Enfermagem na organização de saúde, envolvendo o corpo diretivo do hospital através de reuniões, tendo em vista, obter aproximação e respeito da diretoria ao provar domínio do seu conhecimento, como se observa nos cursos de ação designados nas letras “I” e “P” (Figura 12).

Por outro lado, na escala linear do lado do curso extremo da letra “X”, referente a elaborar a lista com 10% do quadro de pessoal para ser desligado, verifica-se cinco cursos de ação distintos. Com uma pequena tendência para um dos pontos mais próximo ao extremo do curso de ação “X”, denota-se o curso de ação da letra “C”, que se refere: negociar com a diretoria do hospital (Figura, 12)

Outro caminho que surgiu na mesma tendência (Curso de ação “X”) foi: identificar as causas dos problemas de pagamento ao hospital por parte das operadoras de saúde (Curso de ação “L”). Esse curso de ação denota a preocupação sobre a arrecadação financeira do hospital, em que emerge a necessidade de se verificar as causas da ausência de pagamento ser decorrente da falta de registro no gasto de material, por exemplo (Figura 12).

Todavia, neste mesmo lado da escala linear, mais próximo do curso médio, surgiram cursos de ação como: avaliar o rendimento e motivação da equipe de enfermagem quanto à produtividade, no caso de redução de pessoal (curso de ação “K”); investigar as falhas de enfermagem, pois os erros podem aumentar, com a diminuição do quadro de pessoal (curso de ação “M”); negociar, dialogar e explicar à Diretoria do Hospital os riscos relacionados ao corte de pessoal de enfermagem, conforme descrito no curso de ação da letra “A” (Figura 12).

Também surgiram relatos em que se observa curso de ação que não tendenciaram para nenhum dos dois cursos extremos “X” ou “Y”, assim, descrito como: solicitar desligamento do hospital e comunicar o COREN para futuras providências, no caso da saída do Responsável Técnico, como verificado no curso de ação representado pela letra “Q” (Figura 12).

Figura 12 - Tendência dos cursos de ação para tomada de decisão a partir dos discursos dos enfermeiros

NOTA: A altura das setas não têm nenhum significado na análise, foram dispostas somente para melhor visualização e organização estética da figura.

6.4.1.2.2 Discussão do segundo encontro – Tomada de decisão frente a conflitos éticos na atuação gerencial do enfermeiro

Realizando a discussão da análise apresentada, percebe-se que dentre os cursos de ação intermédios identificados no estudo que se aproximam do curso médio, isto é cursos considerados ponderados, mais prudentes, em que se inclui a opção pela decisão compartilhada para a tomada de decisão. Nota-se a necessidade nos argumentos dos enfermeiros em dividir o “peso” de sua responsabilidade sobre a conduta a ser tomada, diante do conflito ético.

A decisão compartilhada está fundamentada nos preceitos da Administração Participativa, como um modelo de gestão que permite participação ativa do enfermeiro e sua equipe de enfermagem e multiprofissional, no processo de tomada de decisão, possibilitando controle de sua prática e do ambiente de trabalho. Apresenta como princípio a parceria através do reconhecimento de interdependência das ações e contribuição das pessoas; autoridade com responsabilidade (*accountability*) que abrange a autonomia, a autoridade e o controle nas atividades; a equidade, reconhecida como valor ético, que orienta as relações interpessoais; a propriedade, no sentido do comprometimento com a carreira e com o trabalho; a eficiência, eficácia e efetividade; o aprendizado contínuo; e ainda pessoa certa no lugar certo (Bork, et al., 2003). Avalia-se, neste quadro, que os princípios da decisão compartilhada podem contribuir na avaliação das alternativas para se alcançar uma ação ponderada diante de conflitos éticos.

No âmbito da administração participativa, como proposta evidenciada nos discursos para a resolução de problema ético na área gerencial, apropria-se do descrito por Montero Delgado (2008), que para se tomar decisões sobre questões éticas complexas, faz-se necessário deliberar com base na inclusão de todas as diferentes abordagens e perspectivas, isto é, de todos os pontos de vista, com a finalidade de enriquecer o discurso coletivo e multidisciplinar, além de possibilitar melhor compreensão das coisas e dos fatos. Loch (2003) também pontua que a tomada de decisão deve ser um processo compartilhado, por meio de participação ativa e dos respeitos das pessoas envolvidos no caso concreto.

A Administração Participativa propicia que pessoas sejam ouvidas em suas opiniões e ideias, reconhecidas profissionalmente e tratadas com respeito. Tais aspectos se coligam aos cursos de ação identificados no caso, como: a proposta de outras formas de diminuição de custos e a apresentação de indicadores de enfermagem em reuniões periódicas com a diretoria, evidenciando a importância do trabalho de enfermagem. Cursos de ação integrativos

que caminham para um consenso na resolução do problema ético presente. No entanto, infelizmente os hospitais ainda hoje, estão pautados à luz da administração clássica, com estruturas hierárquicas rígidas e decisões verticalizadas que dificultam a conquista deste espaço pelo enfermeiro-gerente.

Nas argumentações que revelam os cursos extremos, percebe-se que os enfermeiros-gerentes conhecem sua responsabilidade profissional no aspecto civil e legal, portanto, sabem sobre seus direitos e deveres frente à situação presente, de modo que alguns cursos de ação destinam-se ao dever de evitar maiores prejuízos aos pacientes e ainda à proteção individual e da profissão, quando argumentam a necessidade de buscar amparo legal através dos órgãos competentes. Os relatos ajustam-se com o descrito por Oguisso e Schmidt (2010), que a responsabilidade profissional exprime a obrigação, o encargo, o compromisso ou o dever de satisfazer ou executar alguma coisa que se tenha convencionado ou até suportar as sanções e penalidade decorrente dessa obrigação. Essa responsabilidade está presente na legislação do exercício profissional e no Código de Ética da Enfermagem.

Todavia, percebe-se que os participantes ao recorrem somente às recomendações legais do conselho da categoria profissional e de outros órgãos oficiais, conforme citado como, o Ministério Público, o Ministério da Saúde e a própria Defesa Civil, buscam uma forma de amenizar a conflituosa problemática a ser enfrentada distanciando-se da arena ética, encaminhando a problemática ao campo jurídico-legal

Concorda-se com Zoboli (2010) neste aspecto, que o fato do indivíduo não alocar os conflitos de valores no campo da ética, como um espaço que lhe é próprio, compromete a deliberação e as decisões pautadas na prudência, pois o que deve ser feito já está previamente definido pelas instâncias superiores, assim a postura do profissional se limita, tão somente, em acatar as determinações desses órgãos, em uma atitude heterônoma, considerada como uma das bases das falácias da Bioética.

De acordo com o descrito por Cortina e Martinez (2012), o cumprimento da legislação jurídico-política não é suficiente, porque a legalidade não esgota a moralidade, não somente devido o quadro legal apresentar lacunas e insuficiências, mas também porque uma constituição democrática é dinâmica, tendo que ser reinterpretada continuamente através da história e ainda, no âmbito do que é preciso ser feito, não estará nunca totalmente submetido à jurisdição e nem é conveniente que esteja.

A reflexão sobre a responsabilidade profissional da enfermagem, como uma prática social é fundamental, porquanto envolve o cuidar do outro e por esse motivo não pode se afastar da ética.

Surgiram cursos de ação referente à necessidade da documentação na enfermagem, como uma conduta balizada por aspectos legais e também éticos, pois nota-se que os enfermeiros têm clareza conforme relatam Oguisso e Schmidt, (2010), a respeito da importância que os registros de enfermagem, sejam realizados de forma correta e completa e sempre que possível após a tomada de providência ou realização do cuidado, quando os fatos se encontram vivos na memória do profissional, implicando ainda, que apresente um conteúdo técnico, informação substancial, consistência, objetividade, clareza e acuidade, tendo em vista, manter a credibilidade profissional da enfermagem.

Alem disso, destacam-se como outros cursos de ação, a realização de relatórios e registros comprobatórios sobre o adequado dimensionamento de pessoal e os levantamentos dos fatores que incidem em falhas de enfermagem e também sobre as causas da ausência do repasse financeiro pelas operadoras de saúde ao hospital, (presentes no caso), sendo que esses caminhos objetivam a aquisição de subsídios para o enfermeiro realizar negociação com a Diretoria do Hospital. Interessante notar, que a temática negociação, se encontra como um dos assuntos de estudos aprofundados na literatura na área gerencial, portanto, matéria presente para os enfermeiros atuantes na gestão.

Assim, a negociação na ciência administrativa é definida como um processo de comunicação, entre duas partes com vista a atingir uma decisão conjunta ou um acordo agradável sobre diferentes pontos, ideias ou necessidades. Entretanto, negociar não é tarefa fácil, pois é necessário que o negociador seja proativo, não aceite as coisas como elas são, sem se questionar se poderiam ser realizadas de forma melhor, trabalhe com o medo da perda e do ataque em situações de enfrentamento do desconhecido e quebre resistência (Ciampone, Kurcgant, 2010).

A ética no gerenciamento supõe que as pessoas tenham liberdade e poder para considerar as diferentes posições frente às situações que se apresentam, analisando os aspectos favoráveis e desfavoráveis das diferentes possibilidades de ação (Massarolo, Fernandes, 2010). Considerando esses diferentes pontos de vista e posições nas situações, procurando através do processo de negociação o abrandamento desses posicionamentos distintos, ao tentar uma harmonização entre as partes, através da demonstração de conhecimento sobre o problema apresentado, com clareza e transparência, se instaura um ambiente propício para uma negociação pautada na ética, em que se buscam soluções prudentes. Prudência considerada para Rawl (2000) como virtude intelectual que abarca a determinação dos fins e a escolha dos meios. Agir com prudência é ser capaz de levar em conta as alternativas do que é bom para si e também para os outros.

Outro curso de ação adentra no espectro da avaliação de desempenho da equipe, como medida para minimizar a problemática do corte de pessoal. Gonçalves (2003) relata que a finalidade da avaliação de desempenho é promover o crescimento do avaliado e avaliador e apresenta como um dos objetivos, ligado ao caso em questão deste estudo, fundamentar a tomada de decisão referente à movimentação de pessoal, como transferências, desligamentos, promoções e aumentos salariais. Nota-se, mais uma vez, que os enfermeiros lançam mão do conhecimento da ciência administrativa, como um dos recursos para a tomada de decisão ética.

Analisando de maneira geral os cursos de ação intermédios identificados através das alternativas para a tomada de decisão, propostas pelos participantes, compreende-se que entre os dois valores em conflito determinados no caso-conflito, ou seja, entre atender a ordem institucional de redução de quadro de pessoal para viabilizar a sobrevivência financeira do hospital e prestar assistência de enfermagem segura, os participantes priorizam em preservar o cuidado humano, secundarizando o ordenamento institucional.

Neste caminho, esta análise corrobora com o estudo de Zoboli e Schweitzer (2013) que destacam os dois valores “ordenamento” e “cuidado” como balizadores da profissão de enfermagem. O cuidado, compreendido como um valor fim, confere ao trabalho do enfermeiro uma nova nuance, pois a realização desse valor no cotidiano da enfermagem ativa a integração ordenada e organizada dos elementos técnico-operacionais e ético-morais que constituem a prática social, sendo o que dá sentido a enfermagem como uma prática social é a ordem para a realização de um cuidado adequado, ao mesmo tempo em que, a ordem e organização são fundamentais para o bom atendimento no cuidado. As autoras acrescentam que esses dois valores contribuem para o reconhecimento do que mantém ou desgasta o trabalho do enfermeiro, no processo de cuidado e atenção à saúde. Dessa forma, acredita-se na importância de se manter o serviço de enfermagem organizado, ou seja, em “ordem”, pois isso pode propiciar um menor desgaste ao enfermeiro.

No “caso-conflito”, a imissão no cuidado pode ser considerada uma das alternativas para conseguir obter melhores rendimentos econômico-financeiros e por outro lado, a redução de pessoal pode implicar aumento nas falhas no cuidado e consequentemente, em maiores prejuízos financeiros, por provocar uma desordem estrutural.

Destaca-se como outro caminho, curso de ação sinalizado, em que não houve tendência para nenhum dos dois pontos dos cursos extremos. Detecta-se que para esses enfermeiros, tanto a ordem como o cuidado, se apresentam como valores éticos tão significativos, que os enfermeiros abrem mão de sua empregabilidade, por não conseguirem realizar nenhum dos dois valores éticos por se revelarem altamente conflitantes, justificando assim, a opção de se

retirar do hospital, afastando-se do cargo gerencial, atitude essa que pode ser considerada, metaforicamente “heróica”.

Esse posicionamento revela consequências reais, também argumentadas pelos participantes no debate, pois a perda da empregabilidade afeta inicialmente, o próprio status da carreira alcançado pelos profissionais na gerência hospitalar e implica em medos e anseios, por uma nova colocação profissional, em um mercado de trabalho atual, de oferta de emprego restrita, além das limitações dos processos seletivos, relativos às exigências de uma faixa etária juvenil nos empregos. Soma-se a essas questões ainda, os compromissos financeiros pessoais assumidos pelos profissionais. Consequências de uma realidade que podem contribuir para que a avaliação das alternativas, frente a conflitos gerados por problemas éticos seja pautada em ações prudentes. No entanto, dependendo da hierarquia do sistema valorativo de cada pessoa, estes aspectos podem ser deixados de lado.

Nota-se que a construção da decisão dos participantes, assim como, sugere o método de Gracia (2001), também ocorreu por meio de etapas, a partir de elementos internos e externos relativos ao “caso-conflito” explanado. As etapas surgiram, por vezes, diferenciadas e por outras vezes, similares entre si, mas em momentos distintos, em uma conjuntura mental e atemporal pelos participantes. Nota-se que não houve clareza no seguimento das etapas por parte da maioria dos enfermeiros, havendo ainda, sobreposições.

Neste enfoque, constata-se que a tomada de decisão dos enfermeiros do estudo, não ocorreu de forma processual. Essa constatação traz a tona a seguinte questão. Independente da decisão ocorrer no campo da ética ou da administração, contraria o que há muito vem sido descrito na literatura sobre as variadas metodologias propostas de tomada de decisão, em ambas as áreas. Neste contexto, suscita a discussão sobre a atuação em cargos gerenciais, que requerem a aplicação do conhecimento sobre o assunto, *processo de tomada de decisão*. Há tempos tem se discutido a respeito dessa temática, remontando Hebert Simom, na década de 60, como um de seus precursores. Assim, nota-se que fato da decisão, ocorreu sem nenhuma menção da utilização de qualquer modelo ou método de TD, e de algum prisma científico sobre esse assunto, com ferramenta de apoio, conforme proposto por vários estudiosos, seja no campo administrativo ou até mesmo da bioética clínica.

A partir do referencial metodológico-conceitual de Gracia (2001), realizou-se um paralelo em relação à etapa de *Deliberação sobre os Fatos*, em que se inserem: os passos sobre a apresentação do caso e esclarecimento dos fatos do caso. A apresentação do caso, conforme descrito anteriormente, ocorreu através da proposta de um caso fictício elaborado pela pesquisadora. Dessa forma, a pessoa responsável pela apresentação do caso foi a

moderadora do grupo no encontro. Destaca-se que se propôs que esse passo ocorresse semelhante a uma sessão clínica, conforme descreve Gracia (2001), no estudo, intencionalmente, ocorreu de forma parecida a uma reunião administrativa, em que se focalizou o problema moral, sendo que os dados administrativos, (no lugar do fato e da história clínica) contido no “caso-conflito”, sustentaram os valores em conflito, já citados.

Para tanto, recomenda-se que os dados que constituem o caso, sejam suficientemente conhecidos e entendidos por todos. Na reunião, verificou-se que surgiram algumas indagações a respeito da necessidade de se obter mais dados detalhados no caso, para subsidiar a tomada de decisão. Ao elaborar o caso-conflito apresentado, propositadamente os dados não foram detalhados e outros não foram incluídos. Essa proposta objetivou verificar possíveis indagações pelos participantes, além de oferecer margem a variadas interpretações sobre o fato apresentado, a fim de suscitar reflexões e discussões, através de hipóteses, alusões ou comparações com experiências semelhantes. A utilização do caso fictício foi o norte inicial da discussão no encontro, não tendo como escopo a resolução do problema ético em si, mas analisar as tendências dos cursos de ação na tomada de decisão diante do conflito de valores.

Zoboli (2010) descreve que o ponto inicial na decisão diante do confronto de uma situação ética é a identificação do problema ético.

Como situações de conflito ético ocorrem aquém do planejado no cotidiano do enfermeiro na gerência, estabelecendo-se como algo novo e por vezes, de modo surpreendente, pode causar sentimentos angustias ou ansiedades, afetando a forma como é conduzida a construção da decisão ética.

Além disso, a identificação do problema moral realmente ocorre quando se atribui àquela situação uma valoração, momento em que há o juízo de valorativos. Segundo Pose (2012), o juízo valorativo se instala sobre os juízos de percepção dos fatos e, geralmente, são fundamentados em uma dimensão da realidade mais simples e percebidos de forma sutil, geralmente por via emocional, mas são considerados os juízos mais importantes de nossa vida.

Realizando a analogia relativa à próxima etapa, a *deliberação dos valores*, para a identificação do problema moral, Gracia (2001) propõe que sejam listados todos os problemas percebidos no caso, sendo problema moral, tudo aquilo que for percebido como tal. Para tanto, no caso exposto, evitando a utilização de terminologias polissêmicas, conforme indica o autor, foi realizado um questionamento aos participantes enunciando o problema moral, buscando-se respostas sobre o “deve realizável”. A pergunta realizada foi: - Até que ponto é

melhor ou não para a gerente de enfermagem (Nurselita) acatar a solicitação da administração do hospital?

A pergunta não tinha por objetivo aplicar as fases do método, pois segundo a proposta de Gracia (2001) seria indicada a realização de mais que sete e menos que quatorze perguntas-problemas. Através de uma conjuntura indutiva, a realização da pergunta, teve como objetivo verificar, se esse questionamento era importante na construção da tomada de decisão. Notou-se, nos relatos dos participantes, uma reflexão sobre os limites e as possibilidades de sua atuação profissional.

Afinando os relatos dos participantes, analisando-os a luz da metodologia deliberativa, em uma espécie de “ensaio”, sintetizou-se duas pergunta-problema: *“Até que ponto o enfermeiro deve se sujeitar as com as condições de trabalho deficiente na saúde?”* e: *“Até que ponto o profissional deveria colocar em risco o seu exercício profissional?”*.

No passo subsequente do método deliberativo, sobre a indicação do problema moral fundamental, o caso-conflito continha o problema moral, intencionalmente inserido pela pesquisadora: *“Como garantir uma assistência de enfermagem segura com o quadro de pessoal de enfermagem atual e ao mesmo tempo atender as demandas de ordem institucional de corte de pessoal de enfermagem, para manter viabilidade econômico-financeira para a sobrevivência empresarial”*.

Na situação fictícia apresentada foi solicitado aos participantes que se colocassem no “lugar” da enfermeira gestora (Nurselita), através de um exercício de *role-playing* mental. Essa fase foi facilitada, devido muitos participantes terem relatado experiências anteriores em situações bem parecidas com o caso.

Percebeu-se, inicialmente que os participantes se sentiram incomodados com o caso apresentado, com sinalizações verbais curtas e comentários paralelos, que superficialmente delineavam uma tendência em pelos cursos de ação extremos, após algum tempo de exploração da temática entre os próprios participantes, verificou-se que eles se posicionaram de maneira mais reflexiva e os argumentos foram se tornando mais abrandados. Essa observação vem ao encontro da questão da necessidade de um determinado período de tempo para a tomada de decisão frente a conflito ético. Sabe-se que o imediatismo e a falta de um momento reflexivo, que muitas situações requerem no dia a dia dos enfermeiros, podem propiciar tomadas de decisões abruptas e impensadas, com forte tendência a opções radicais e imprudentes. Avaliar o fato por inteiro, destinando certo período de tempo, explorando os detalhes dos aspectos envolvidos, inclusive os limites e as possibilidades do caso, é de suma importância para subsidiar a decisão a ser tomada. (Gracia, 2001, Zoboli, 2010).

Compreende-se diante do cenário analisado sobre as tendências dos cursos de ação identificados, através dos argumentos realizados pelos participantes, que, em geral, as ações apresentaram um pendor ao curso médio, isto é, segundo Diego Gracia, para decisões prudentes. A prudência, como um justo-meio, entre o “deveria” (intenções morais) e o “deve” (ações morais). Conforme delineado no estudo de Zoboli (2010), a prudência do curso de ação foi identificada, tanto por sua tendência aos cursos ótimos como pelos relatos, que apresentavam em uma perspectiva do universal para o particular.

Na opinião de Sertek (2002), para uma boa decisão é preciso melhoria na capacidade de julgar todos os aspectos em um caso concreto. O juízo relativo aos objetivos e aos meios a serem empregados depende dos critérios individuais adequados para nortear a escolha dos cursos de ação. Tais critérios de ação emanam dos valores éticos. Ao juízo de qualidade segue-se a escolha ou a decisão pelo que se julga estar mais de acordo com os critérios adotados. Não se pode esperar certeza absoluta para agir, basta seja moral, isto é fundamentada, justa e prudente.

Assim, delibera-se sobre os meios como afirma Aristóteles não sobre os fins e os bens últimos, porque estes já são dados. Nossa tarefa consiste em esclarecer quais virtudes concretas são necessárias assumir para atingir esses fins. (Cortina, Martinez, 2012)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, de maneira geral, possibilitou entrelaçar a discussão através da intersecção de dois temas polêmicos estudados na literatura e considerados, por vezes, controversos, ética e administração. Buscando alinhar conflito ético, tomada de decisão e gestão em enfermagem, delineou-se como objeto de estudo, a tomada de decisão do enfermeiro diante de conflitos éticos, na área gerencial hospitalar. Assim, a presente investigação permitiu identificar os conflitos éticos na área gerencial do enfermeiro e analisar como os enfermeiros tomam decisões diante desses conflitos.

Adentrar no universo da gerência de enfermagem propiciou uma reaproximação com essa realidade, constituída de problemas e obstáculos, geradores de conflitos éticos, muito específicos dessa área e, por vezes, subvalorizada, em detrimento do imediatismo de soluções que algumas situações requerem.

Os conflitos éticos nas narrativas das histórias vivenciadas pelos enfermeiros, mesmo aqueles ocorridos há algum tempo, se revelaram em momentos de desabafos e angústias na realização de alguns relatos.

Os conflitos éticos identificados, portanto foram traduzidos a partir de fatos ocorridos com os participantes do estudo, em um universo de valores percebidos como ameaçados. Valores esses afetados pelas demandas administrativas determinadas pelas regras e normas institucionais e pelas relações pessoais do cotidiano.

De modo geral, os resultados em relação aos conflitos éticos encontrados nesta área, materializaram-se na gestão de recursos em saúde, nas relações de poder no ambiente de trabalho, nas relações interpessoais, na organização do trabalho em saúde e nas determinações da política institucional, como partes componentes dessa conjuntura, que constitui a assistência ao paciente, que tem por objetivo a proteção da pessoa e a manutenção de sua dignidade.

Em um sentido amplo, no exercício gerencial, os enfermeiros vivenciam situações de conflito de valores face aos mecanismos da gestão empresarial, na área hospitalar. Emerge o conflito do enfermeiro em conciliar as exigências dessa gestão e manter a qualidade na assistência. Os profissionais enfermeiros se deparam com os entraves e imposições organizacionais, que muitas vezes, impedem uma tomada de decisão ponderada, que atenda as necessidades do paciente e da equipe.

No ambiente hospitalar, o desenvolvimento da ética na área da gerência em enfermagem, requer o compromisso profissional em atender as demandas das metas

institucionais e também dos integrantes da equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, no alcance de uma assistência em saúde digna para o paciente. Neste sentido, os valores revelados neste estudo, como respeitabilidade, liberdade, responsabilidade, autonomia, lealdade, confiança, verdade, igualdade e empatia se apresentaram para subsidiar um agir ético dos enfermeiros. Prática ética que decorre da busca em ajustar a pluralidade de valores, individual e do outro, como o grupo de trabalho e os clientes. Isso exige do enfermeiro uma apreciação atenta e minuciosa dos fatos, das circunstâncias que se apresentam no cotidiano, esquadrinhando decisões prudentes.

Na análise da tomada de decisão frente a conflito ético, que ocorreu por meio da explanação da situação fictícia (caso-conflito), neste estudo, em que os valores em conflito, se situaram nos cursos extremos de ação, ou seja, o conflito ético do enfermeiro-gerente se revelou entre, atender a ordem institucional e ao mesmo tempo, prestar cuidado seguro, verificou-se que os cursos de ação, tendenciaram a se direcionar para o curso médio, no sentido da prudência, a excelência moral.

Todavia, mesmo com a indicação de alternativas de solução que buscavam realizar ao máximo, ou ao menos, lesar o mínimo possível, os valores presentes no “caso-conflito”, isto é, em síntese, conciliar a *ordem* e o *cuidado*, observou-se que entre esses valores (cuidado e ordem), a maioria das argumentações justificativas dos cursos de ação, concentrou-se em um pendor, para preservar o valor *cuidado*.

Essa tendência dos cursos de ação, mesmo que medianos, mas com pendor para o *cuidado*, pode contrariar os anseios dos dirigentes em relação às metas organizacionais do hospital, enquanto empresa. No que diz respeito ao Serviço de Enfermagem, muitos dirigentes acreditam que essas metas devem ser prioritárias, em detrimento, muitas vezes, das questões assistenciais, pelo fato de ser confiado, no caso, ao enfermeiro, uma posição com cargo gerencial e, conseqüentemente, a obrigatoriedade no atingimento dessas metas.

Os cursos de ação revelaram uma inclinação em salvaguardar a assistência de enfermagem, no entanto, com propensão ao curso médio. Desse modo, algumas alternativas de solução, na tentativa de mediar à ordem institucional, foram sinalizadas. Destaca-se como um dos cursos situados mais perto do “justo meio”, no espaço prudencial, o compartilhamento da tomada de decisão gerencial com a equipe de enfermagem.

Nesta ótica, conclui-se que o modelo deliberativo desfaz a antiga perspectiva individualizada da tomada de decisão, centrada no gestor que determina os rumos das coisas e das pessoas na organização, frente a uma situação de conflito ético. Através da deliberação, ao se buscar uma ação prudente, as pessoas que participam do processo deliberativo demonstram

que tem algo a oferecer, através de seus diferentes pontos de vista, em um contínuo exercício de respeito às diversidades de ideias e opiniões, porquanto um verdadeiro exercício da ética.

O enfermeiro como gerenciador da assistência de enfermagem constitui um elo importante como mediador das necessidades do paciente e ator inserido no contexto organizacional. Suas ações devem estar pautadas na ética tendo em vista o cuidado humanizado, em uma reciprocidade mútua de respeito aos seus valores, dos clientes e da equipe, através do diálogo, na construção de alternativas consensuais frente às adversidades.

Avalia-se, diante do exposto que a realização desta pesquisa proporcionou contribuições, em especial para área gerencial de atuação do enfermeiro, incluindo ainda a área acadêmica (ensino e pesquisa) e assistencial.

A contribuição na pesquisa ocorreu através da aplicabilidade da metodologia deliberativa, em que se utilizou a etapa de Deliberação dos Valores, para a análise dos dados na identificação dos conflitos éticos vividos pelos enfermeiros. Dessa forma, após exercícios de leituras e reavaliações dos contextos, foi possível trazer à tona os valores ameaçados narrados pelos enfermeiros. Também foi utilizada a etapa de Deliberação dos Deveres na análise, acerca da avaliação das tendências dos cursos de ação, definidos através dos depoimentos. Assim, por meio dessa etapa (Deliberação dos deveres) foi possível deliberar sobre os dados, no se refere à avaliação da prudência, enquanto sabedoria prática, na tomada de decisão dos enfermeiros-gerentes frente a conflitos éticos.

Dessa forma, verifica-se neste estudo, que se obteve êxito na aplicabilidade do método deliberativo de Gracia na pesquisa. Ao ser utilizado como um instrumento de análise e também na organização dos dados do estudo, a metodologia de Deliberação Moral, enquanto uma abordagem recente e inovadora, nesta área, abre um leque de possibilidades na sua utilização, entretanto, também requer maior aprofundamento em seus estudos e novas aplicabilidades.

Além disso, a deliberação como um método que possibilita o compartilhamento de ideias, sugestões e opiniões objetivando a busca de um consenso, de forma prudente e ponderada pode ocupar um grande espaço na área educativa, por estimular a discussão na construção de novos conhecimentos balizados na ética.

Diante do exposto, avalia-se como educadora em enfermagem, que a proposta deliberativa vem ao encontro da abertura de espaços de troca de saberes e de reflexão, também a ser discutida nas salas de aula, como um dos elos que contribui para o alinhamento da corrente acadêmico-profissional, na redescoberta de valores, que possibilite a formação de

pessoas capacitadas, críticas, reflexivas, talentosas, capazes realizar ações, cada vez melhores nas práticas diárias da enfermagem.

Na área assistencial, a contribuição deliberativa, ocorre por meio da própria proposta prudencial presente nos aspectos éticos do cuidado, pois esse, por sua vez, imbricado com filosofia do modelo assistencial estabelecido pela área gerencial. Neste sentido, gerência e assistência se confluem em sua essência, numa relação clínica deliberativa, em que se valoriza pacientes e profissionais envolvidos no processo, na busca do que se considera o melhor para todos, ou seja o melhor para assistência, tanto na ótica do cuidador como da pessoa a ser cuidada.

No entanto, este estudo também apresentou limitações, relacionada à disponibilidade dos enfermeiros em participar da segunda parte da coleta de dados, no grupo focal. Ainda acreditando que o grupo focal foi a técnica de coleta mais adequada, no sentido de apreender o segundo objetivo desta pesquisa e pelo fato desse objetivo ter sido alcançado, as questões acerca do agendamento e confirmação na participação, por alguns enfermeiros, foi um entrave limitante, que se revelou em momentos de ansiedade por parte da pesquisadora.

A utilização da ancoragem teórica do modelo deliberativo de Gracia, portanto, se constituiu em uma proposta audaciosa neste estudo. Os construtos científicos que embasam a Teoria de Deliberação Moral, inicialmente, pareciam distantes dos objetivos desta pesquisa, pois o método deliberativo de Gracia apresenta um enfoque na bioética clínica, com proposta de utilização prática, em sessões de comitês de ética. Essas sessões têm por finalidade realizar uma espécie de assessoria nos casos que comportam conflitos éticos (morais) na relação clínica, por meio de indicações de cursos de ação pautados na prudência. No entanto, a proximidade, as discussões e o conhecimento mais detalhado do método de Deliberação Moral, vislumbraram também a possibilidade de utilização desse procedimento nos conflitos éticos que ocorrem na área gerencial da enfermagem.

Ao abarcar o cuidado como a essência da profissão de enfermagem, compreendeu-se que conflitos éticos que surgem na ação gerencial e na assistência direta ao paciente são convergentes, porquanto os processos de trabalho gerencial e clínico-assistencial em enfermagem são intercambiáveis. Desse modo, tanto as questões éticas que afloram na área clínica, como os problemas que se apresentam na área gerencial, afetam o paciente. Assim, sob a ótica da bioética clínica, justificou-se apropriar-se do modelo de Deliberação Moral proposto por Diego Gracia, como referencial metodológico-conceitual, na organização e análise dos dados do estudo.

Os problemas morais geradores de conflitos éticos na área gerencial da enfermagem, também buscam decisões ponderadas alicerçadas em princípios, referenciais e valores éticos e bioéticos, e assim, buscou-se adaptar o método deliberativo, no sentido de atender a esse propósito. O trabalho do enfermeiro gerente requer um profissional presente e atuante no gerenciamento e reflexivo sobre suas decisões e que essas sejam pautadas em ações justas e coerentes, através de competências profissionais desenvolvidas, por meio de aprofundamento do conhecimento, escuta atenta, participação, organização, disciplina, visão estratégica e valorização do trabalho coletivo. O modelo deliberativo pode auxiliar o enfermeiro nesta construção.

A reunião dos enfermeiros oportunizou simular uma sessão deliberativa, através de uma discussão conjunta séria e comprometida, com escuta atenta, respeito às opiniões distintas e compartilhamento de ideias e de sentimentos. Apesar da enfermagem ser caracterizada como uma profissão de ação coletiva, percebe-se que a decisão na área gerencial, ainda ocorre de forma solitária sob o “peso” da responsabilidade do cargo. É fato que atualmente, os serviços de saúde, em uma proposta contemporânea, preconizam como tendência, a gestão participativa. Nessa perspectiva, haveria a partilha das implicações das decisões, por outro lado, grande parte das instituições hospitalares, ainda mantém em suas estruturas, a figura da gerência de enfermagem centrada em uma pessoa, sob o legado tradicionalista, histórico e rígido de uma gestão calcada nas teorias científicas, clássicas e burocráticas da administração.

Em uma avaliação geral, percebe-se neste estudo, que ao compartilhar ideias, sentimentos e discutir os diferentes pontos de vistas e opiniões, sobre um caso que apresente conflito ético, as alternativas que constituíram os cursos de ação, desvelados por meio de uma reflexão coletiva, entre os enfermeiros-gerentes, tendenciaram para cursos de ação mais integrativos, mais razoáveis, portanto, mais prudenciais.

Isso revela a necessidade de se investir em capacitação, através de espaços grupais de discussão (bio)ética, entre os profissionais nas próprias instituições hospitalares, expandido os diálogos inclusive, de modo interinstitucional na saúde. Compreende-se, a partir do cenário que compõe esta pesquisa, a existência de um “terreno fértil” a ser explorado, que possibilite debates e deliberação sobre os problemas éticos que afligem os enfermeiros e que também possam de alguma forma auxiliar, amenizando os momentos de angústia e até mesmo de sofrimento moral, presentes nos conflitos de valores desses profissionais.

O fazer coletivo tão presente, na natureza das atividades práticas da enfermagem, implora por um pensar em conjunto, com reflexão sobre os fatos e problemas éticos, que

muitas vezes, se transformam em verdadeiros embates de valores no dia a dia dos enfermeiros-gerentes.

Finalizando, ressalta-se novamente que o entrelaçamento das áreas gerencial e assistencial em enfermagem, na perspectiva da bioética clínica, a partir da metodologia segundo Diego Gracia, na análise da tomada de decisão ética do enfermeiro na área gerencial, apresentou-se como altamente desafiadora para a pesquisadora deste estudo. No entanto, acredita-se que essa experiência propiciou explorar caminhos estratégicos e alternativos, relativos aos conflitos éticos gerenciais e de suas tomadas de decisões. Conflitos éticos que ficam, por vezes, obscuros, a margem da responsabilidade individual dos enfermeiros gerentes, como agente decisor, em suas organizações hospitalares. Além do fato, dessa temática ser pouco discutida na literatura.

Em uma perspectiva futura com a finalidade de aprofundamento da abordagem bioética realizada neste estudo, propõe-se a realização de mais estudos na polêmica área gerencial e em outras áreas da enfermagem, como também a aplicabilidade prática do procedimento da Teoria de Deliberação Moral. Neste sentido, ressalta-se novamente, a utilização da proposta deliberativa de Gracia que se mostra convidativa e adequada para ser aplicada nos casos éticos tão presentes no cotidiano da enfermagem.

8. REFERÊNCIAS

Adami ER, Souza W. Bioética e espiritualidade. Curitiba. Anais da III Jornada Interdisciplinar de Pesquisa em Teologia da Escola de Educação e Humanidade da Pontifícia Universidade Católica do Paraná .2013;3(1):228-37.

Albuquerque AF, Escrivão Filho E. Administrar e decidir: A visão de Herbert A. Simon. Online Rev. DCS CPTL/UFMS [Internet]. 2005 [citado 2013 mai. 04]; Nov. 1(1). Disponível em: http://www.ceul.ufms.br/dcs/dconline/artigos/artigo_01.pdf

Albuquerque GL, Pires D. A construção de uma nova forma de representação profissional: um desafio no Projeto Político-Profissional da Enfermagem Brasileira. Rev. bras. enferm. 2006;59(2):228-32.

Amestoy SC. et. al. Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. Acta paul. enferm. São Paulo: 2009;22(5):673-78.

Andriotti FK. et. al. A experiência e as emoções na tomada de decisão instantânea. Anais do 7º Congresso do Instituto Franco-brasileiro de Administração de Empresas Estratégicas de Desenvolvimento Setorial. 2013.

Angeloni, MT. Elementos intervenientes na tomada de decisão. Cien. Inf., Brasília. 2003; 2(1):17-22.

Anjos MF. Bioética; abrangência e dinamismo. In: Barchifontaine CP, Pessini L. organizadores. Bioética: alguns desafios. 2ªed. São Paulo; Ed. Loyola; 2002. 17-34p.

Anunciação AL, Zoboli E. Hospital: Valores éticos que expressam sua missão. Rev Assoc Med Bras 2008; 54(6): 522-8.

Aristóteles, Ética a Nicômaco, texto integral. trad, Pedro Nassetti. São Paulo: Martin claret; 2006. 240p.

Balsamelli AP, Feldman LB, Ruthes RM. Tomada de decisão. In: Balsamelli AP, Feldman LB, Ruthes RM; Cunha ICKO. Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro. São Paulo: Martinari; 2008. 75-82p.

Bandeira ML, Marques AL, Veiga RT. As dimensões múltiplas do comprometimento organizacional: um estudo na ECT/MG. Rev. adm. contemp. 2000;4(2):133-57.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa. Portugal. revista e ampliada. Edições70 LDA; 2011.223p.

Barison THAS. Liderança em enfermagem: A justiça como horizonte ético nas relações interpessoais entre enfermeiro líder e os colaboradores. [Tese]. Mestrado em Bioética. Centro Univ. São Camilo. São Paulo, 2007.89p.

Bastos AV, Lira SB. Comprometimento no trabalho: Um estudo de caso em uma instituição de serviços na área de saúde. Rev.O&S. 1997;4(9). 39-64.

Beauchamp TL, Childress J.F. Os Princípios da Ética Biomédica. Trad. Luciana Pudenzi, São Paulo: Ed. Loyola; 2002. 574p.

Beccaria LM, et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Rev. bras. ter. intensiva. 2009; 21(3):276-82.

Belatto R, Pereira WR. Enfermagem: da cultura da subalternidade à cultura da solidariedade. Texto contexto - enferm. 2006;15(1):17-25

Berlinguer G. Ética da saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996.136p.

Bertero CO Cultura organizacional e instrumentalização do poder. In: Fleury MTL, Fischer RM. (Orgs.). Cultura e poder nas organizações. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

Bork, AMT et al. Da teoria para o dia-a-dia. A estrutura de decisão compartilhada do sistema de enfermagem. In: Bork AMT. Enfermagem de excelência: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. 69-87p.

Brasil. Decreto nº. 94.406/87 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 09 de junho de 1987. Seção 1, p.8853-55.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução Nº3, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 Novembro de 2001. Seção 1. p.37.

Bulhosa MS. Sofrimento moral no trabalho de enfermagem [dissertação de mestrado]. Rio Grande(RS) Universidade Federal do Rio Grande; 2006.

Caldas M. Demissão: causas, efeitos e alternativas para empresa e indivíduo. São Paulo: Atlas, 2000.

Campos LF, Melo MRAC. Visão de coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: Conceito, finalidade e utilização. Rev Latino-am Enf. 2007; 15(6).

Castilho V, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. In: Kurcgant P. (Coord.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.198p.

Cecere DBB, Silveira RS, Duarte CR, Fernandes GFM. Compromisso ético no trabalho da enfermagem no cenário da internação hospitalar. Enf em Foco. 2010;1(2):46-50.

CREMESP- Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Bioética Clínica “à beira do leito” In: Anais do IX Congresso Brasileiro de Bioética; 2011 set. 7-10; Brasília-DF. [Internet] Brasília CREMESP. 2011 [citado 2013 mar. 27]. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Entrevista&exibir=integra&id=51>

CREMESP- Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Entrevista In: Ortona C. O importante não é tomar decisões clínicas corretas e, sim, prudentes. Rev.Ser Médico. 34 ed. 2006. Jan/fev/mar. Brasília-DF. [Internet] Brasília CREMESP. 2006 [citado 2014 mar. 25]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=225>

Ciampone, MHT. Tomada de decisão em enfermagem. In: Kurcgant, P. (Coord.) Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 2005. 235p.

Ciampone MHT, Kurcgant P. Gerenciamento de conflitos e negociação in Kurcgant, P. (Org) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan; 2010. 54-65p.

Ciampone MHT, Kurcgant P. O ensino da administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. Rev.Bras Enferm 2004;57(4):401-7.

Chiavenato I. Introdução à teoria geral de administração. 8ªed. São Paulo: Campus; 2011. 640p.

Ciampone MHT, Melleiro MM. O planejamento e o processo decisório como instrumento do processo de trabalho gerencial. In: Kurcgant, P. (Org.) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2010.208p.

Clotet J. O respeito à autonomia e aos direitos dos pacientes Rev AMRIGS,- Seção bioética.2009;53(4): 432-35..

- COFEN - Conselho Federal de Enfermagem- Resolução COFEN-311/2007 Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE). [Internet]. [citado 2015, abr 10] disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3112007_4345.html
- Cohen C, Gobbetti G. Bioética da vida cotidiana. Ciênc. Cult. 2004; 56(4): 47-9.
- Corley M. *Moral distress: A proposed theory and research agenda*. Nursing Ethics. 2002; 9(6):636-50.
- Cortina A, Conill J, Domingo-Moratalla A, Garcia-Marzá VD. *Ética de la empresa* 2ª ed.. Madrid: Trotta;1996. 152p.
- Cortina A, Martinez E. *Ética*. Trad. Silvana Cobicci Leite. 3ªed. São Paulo: Loyola; 2012. 176p.
- Costa JS. Max Scheler: o personalismo ético. São Paulo: Moderna; 1996.
- Cunha ICKO, Ximenes Neto FRG. Competências Gerenciais de Enfermeiras: Um novo velho desafio. Florianópolis: Texto Contexto Enferm. 2006;15(3):479-82.
- Dall' Agnol CM, Ciampone MHT. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa em enfermagem. Rev. Gaúcha de enferm. 1999; 20(1):5-25.
- Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. Rev. enferm UERJ. 2009;17(1):35-40.
- Davis K, Newstrom JW. Comportamento humano do trabalho. Uma abordagem psicológica. Reimp. São Paulo Cengage Learning; 2002;1:207p.
- Didier A. Os métodos projetivos. Rio de Janeiro: Campus, 1978.
- Diniz D, Guilhem D. O que é bioética. reimp. São Paulo: Brasiliense; 2005. 69p.
- Dueñas Padrón, A. O desenvolvimento empresarial hospitalar. In: Malagón-Londoño G, Galán Moreira R, Laverde Pontón G. Administração hospitalar. 3ª ed. Coed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.p 60-8.
- Durand G. Introdução geral à Bioética: história conceitos e instrumentos. São Paulo: EDUNISC/ Loyola; 2003.431p.
- Durand T. *Forms of Incompetence*. In: *Fourth International Conference on Competence-Based Management*. 1998 junho 18-20, Oslo (NW). Oslo: Waikato Management School; 1998. [2015 citado mai 03] Disponível em: <http://www.cmi-strategies.com/wp-content/uploads/2012/05/Thomas-Durand-2000-Forms-of-Incompetence.pdf>
- Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P. coordenadora. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p1-13.
- Felli VEA, Tronchin DM. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurcgant P, (coordenadora). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 89-107.
- Fernandes JD, et al.. Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):396-403.
- Fernandes SJD. Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. [Tese]. Ciências da Saúde da Univ. Católica Portuguesa. 2010.
- Ferreira ABH. Mini Aurélio século XXI: o minidicionário da língua portuguesa. 4ª edição revista e ampliada Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.p.136.

- Ferreira LAA, Tomei PA. Downsizing e estresse. [internet] REAd edição50 (periódico eletrônico de administração);2006;12(2) [citado em 2015 abr 08] disponível em <https://www.spell.org.br/documentos/download/1952>.
- Ferrell OC, Fraedrich J, Ferrel L.. Postura ética e interação grupal. Rev. Nursing. 2000;36:20-3.
- Ferrer JJ, Alvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005. 501p.
- Figueiredo AM. Bioética Clínica e sua prática. Rev. Bioet. 2011;19(2):343- 58.
- Fortes, PAC. A ética do controle social na saúde e os Conselhos de Saúde. Rev. Bioet. 1997;5(1):71-6.
- Fortes, PAC. Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais. Autonomia e direitos do paciente. São Paulo: EPU; 1998.119p.
- Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP. (Orgs). Bioética e saúde pública. São Paulo: Ed.Loyola; 2003. 35-47p.
- Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e Saúde Pública: entre o individual e o coletivo. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e saúde pública. São Paulo: Ed.Loyola; 2003.11-24p.
- Fortes PAC, Zoboli, ELC P, Spinetti SR. Critérios sociais na seleção de pacientes em serviços de emergência. Rev. Saúde Pública, São Paulo; 2001; 35(5): 451-55.
- Foucault M. Microfísica do Poder. 25ª Ed. Graal. 2012. 295p.
- Freitas GF, Fugulin FMT, Fernandes MFP. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. Rev. Esc Enferm USP. 2006; 40(3):434-8.
- Freitas GF, Oguisso T. Perfil do profissional de enfermagem ocorrências éticas. Acta paulista de enf.2007;20(4):489-93.
- Freitas GF, Oguisso T, Merighi MAB. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem. Acta paul. enferm., São Paulo. 2006;19(1); 76-81.
- Gadzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: Kurcgant P. (Coord.) Administração em enfermagem. reed. São Paulo: EPU; 2005.91-105p.
- Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde In: Kurcgant P. (Coord.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.198p
- Garrafa V. et al. A bioética no século XXI. In: Garrafa V, Costa, S Ibiapina F. (Orgs.) A bioética no século XXI. Brasília: Univers. de Brasília; 2000.13-23p.
- Garrafa V. Introdução à Bioética. Rev.Hosp Universit UFMA, 2005; 6(2):9-13.
- Gatti B. Grupo focal nas pesquisas em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livros; 2005.
- Germano, RM. A Ética e o Ensino de Ética na Enfermagem do Brasil. São Paulo: Cortez Editora; 1993.141p.
- Gilligan C. Uma Voz Diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta. Trad. Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1982. 190p.
- Goldim JR.. Bioética. Origens e complexidade. Rev.HCPA. 2006; 26(2):86-92.

- Goodman LA. *Snowball Sampling. The annals of mathematical statistics*. 1961;32(1):148-70.
- Gonçalves, VLM. Reconstruindo o processo de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem do Hospital Universitário da USP [tese] São Paulo; 2003. 270 p.
- Gracia. D. *De la bioética clínica a ala bioética global: treinta años de evolución*. Acta Bioth. 2002; 8(1):21-34.
- Gracia, D. Semiologia dos conflitos morais em bioética. VI Congresso Brasileiro de Bioética. I Congresso de Bioética Del Mercosur e Fórum da RedBioética/UNESCO. Foz de Iguaçu. 2005.
- Gracia D. *la deliberacion moral: el método de la ética clínica*. Med. Clin. Barcelona. 2001; 117(1):18-23.
- Gracia D. *Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics*. MedHealthCarePhilos. 2001;4(3):223-32.
- Gracia D. *La deliberacion moral: el método de la ética clínica*. In: Gracia D, Júdez J. editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Fundación de Ciencias de La Salud, Editorial Tricastela; 2004.21-32p.
- Gracia D. Pensar bioética: metas e desafios. Trad. Carlos Alberto Bárbaro. São Paulo: Cusc Loyola; 2010. 566p.
- Gracia D. *La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica*. In: Sarabia y Albarezude J , de los Reyes López M (edit) *Jornada de debate sobre Comités Asistenciales de Ética*. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2000.
- Greco, RM. Tomada de decisão e o pensamento crítico reflexivo em enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG). [internet]. [citado 2015, mai, 15] disponível em <http://www.ufjf.br/admenf/files/2014/03/Aula-8-TOMADA-DE-DECIS%C3%83O-E-O-PENSAMENTO-CRITICO-REFLEXIVO-EM-ENFERMAGEM.pdf>.
- Guillén DG. *El que y el porque de la bioética*. Cuadernos del programa Regional de Bioética.1995;1;33-53.
- Harada MJCS, Pedreira MLG. O erro humano e sua prevenção. In Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Cap5 Agência Nacional de Vigilância Sanitária-Anvisa.2013.41-55p.
- Hernando P, Marijuán M. *Método de análisis de conflictos éticos en la práctica asistencial*. An Sit Sanit. Navarro. 2006;29 supl 3.
- Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo:EPU;1979. 99p
- Hossne WS, Pessini L. Dos referenciais da Bioética - a Espiritualidade Rev Bioethikos. Centro Universitário São Camilo. 2014;8(1):11-30.
- Jericó MC, Peres AM, Kurcgant P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. Rev. esc. enferm. USP . 2008;(42):3: 569-77.
- Junges JR. Bioética: Hermenêutica e casuística. São Paulo: Loyola; 2006. 33-48p.
- Kanaane R. Comportamento humano nas organizações. O homem rumo aos século XXI. 2ª ed. reimp. São Paulo: Atlas;2009.131p.
- Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e Bioética: para dar início a reflexão. Texto Contexto Enferm. 2005;14(1):106-10.

- Kurcgant P, Massarollo MCKB. Cultura e poder nas organizações de saúde: Kurcgant P. (Coord). Gerenciamento em enfermagem. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 196p.
- Leopardi MT, Gelbcke FL, Ramos FRS. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? Texto e Contexto Enfermagem. 2001;10(1):32-49.
- Lepargneur, H. Bioética, poder e injustiça: uma introdução. In: Barchifontaine, CP Pessini, L. organizadores. Bioética: alguns desafios, 2ªed. São Paulo: Ed. Loyola; 2002.115-35p.
- Lima VAA. De Piaget a Gilligan: retrospectiva do desenvolvimento moral em psicologia um caminho para o estudo das virtudes. Psicol. cienc. prof. 2004; 24(3):12-23.
- Lima RCD. A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.
- Loch JA. Metodologia de análise de casos em bioética clínica. In: Loch JÁ, Gauer GJC, Casado M. Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008. 303-17p.
- Lucírio I. A Linguagem das flores. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo– FAPESP. 2013. [Internet]. [citado abr 30]. Disponível em http://agencia.fapesp.br/a_linguagem_das_flores/18211/
- Lunardi VL. et., al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. Rev. Latino-Am. Enf 2004;12(6):933-39.
- Lunardi VL et., al. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. Rev. Latino-Am. Enf. 2007;15(3); 493-97.
- Macêdo KB. Cultura, poder e decisão na organização familiar brasileira.RAE-eletr [Internet].2002;jan-jun:1(1).[citado mar 03 2015] Disponível em <http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=1009&Secao=ORGANIZA>
- Madalosso ARM. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo do cotidiano profissional. Rev Latinoam Enferm. 2000;8(3):11-7.
- Magnago TSBS et al. Avaliação da capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem de pronto-socorro. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. [citado abr 01 2015] 15(2):523-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15344> .
- Malhotra NK.Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. 4ªed.Porto Alegre: Bookman, 2007.720p
- Marcon PM. O processo de tomada de decisão do enfermeiro no cenário administrativo. [mestrado]. Curitiba. Univ Federal do Paraná, 2006.
- Marques Filho, J. Bioética clínica: cuidando de pessoas. Rev. Bras. Reumatol. 2008; 48(1):31-3.
- Marques GQ, Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1). 4147.
- Marquis BL, Huston C. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. 6ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2010. 672p.
- Martin ML. Aspectos éticos da humanização hospitalar. In: Mezzomo AA et al. Fundamentos da humanização hospitalar. Uma visão multiprofissional. São Paulo: Local editorial; 2003. cap 35. 396p.

Martins MCF. Bases do poder organizacional. In Siqueira MMM (Org) Medidas de comportamento organizacional. Ferramentas de diagnóstico e de gestão. Porto Alegre: Artmed, 2008. 189-198p.

Marx LC, Competências da enfermagem. Sedimentadas no sistema *primary nursing*. Petrópolis, RJ: EPUB; 2006.184p.

Massarollo MCKB Escala de distribuição de pessoal de enfermagem. In: Kurcgant P. (Coord) Administração em enfermagem. reed. São Paulo: EPU; 2005a. 107-15.

Massarollo MCKB Estrutura organizacional e os serviços de enfermagem. In: Kurcgant P. (Coord.). Administração em enfermagem. reed. São Paulo: EPU; 2005b. 23-39.

Massarollo MCKB, Fernandes MFP. Ética e gerenciamento em enfermagem in: Kurcgant P. coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 196p.

McCarthy J. *Nursing Ethics and Moral Distress: the story so far*. Nursing Ethics 2012; 19(3): Editorial.

Mendes W, Moura MLO. Estratégias para a segurança do paciente em serviços de saúde. In Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Cap5 Agência Nacional de Vigilância Sanitária- Anvisa. 2013.57-64p.

Mendonça JRCV, Falcão MM. Fundamentos para análise do *downsizing* como estratégia de mudança organizacional. Read Ed 9, (periódico eletrônico de administração). Porto Alegre. 1999;5(1) [citado 2015 abr 08] disponível em <http://hdl.handle.net/10183/19414>.

Meyer JP, Allen NJ, Smith C. *Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of a Three-component Conceptualization*. Journal of Applied Psychology.1993 (78):538-51.

Merighi MAB, Praça, NS. Abordagens Teórico-Metodológicas Qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. 5-13p.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Minayo MCS. (Org). Pesquisa Social. Teoria Método e Criatividade. 29ªed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010. 80p.

Montana PJ, Charnov BH. Administração. Trad. Cid Knipel Moreira. 3ª ed. 4ª tiragem. São Paulo: Saraiva; 2010. 525p.

Montero Delgado F. *Comités de Ética Asistencial: ¿Procedimiento versus actitud?* Bioética & debat 2008;14(54):10-15

Moreira MR, Sucena FML Cruz Neto. O. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. 2002. nov. 4-8; Ouro Preto-MG [Internet] Ouro Preto FIOCRUZ/ENSP, 2000. [citado 2013 mai.10]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Netotexto.pdf

Morin, E. Os sentidos do trabalho. In Wood T. (Ed.) Gestão empresarial: O fator humano São Paulo, SP: Atlas; 2002.13-34p

Morin E, Tonelli MJ, Pliopas ALV. O trabalho e seus sentidos. Psicol. Soc. 2007;19, (spe):47-56.

- Motta PRM. Ansiedade e medo no trabalho: a percepção do risco nas decisões administrativas. *Anais do VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Lisboa, Portugal. 2002; 8(11): Oct..
- Moura, GMSS, Magalhães AMM. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. In *Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Cap6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. 2013; 65-78p.*
- Mussak E. Metacompetência: uma nova visão do trabalho e da realização pessoal: Ed.Gente; 2003. 204p.
- Nash L. Ética nas empresas: boas intenções a parte. São Paulo: Makron Books; 2001. 239p.
- Nunes LL. Conflitos de deveres e dilemas morais: uma problematização a partir da teoria moral de Immanuel Kant, [mestrado]. Santa Maria (RS). Centro de Ciências Sociais e Humanas. Programa de pós-graduação em Filosofia da Universidade Federal de Santa Maria. 2010.
- Nunes LL. Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. *Anais do II Congresso Ordem dos Enfermeiros*. 2006; 1-7.
- Oguisso T. Históricos dos Códigos de ética de Enfermagem no Brasil. In: Oguisso T, Schmidt MJ. *O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal 3ª ed. atualizada e ampliada*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.58-68.
- Oguisso T, Schmidt MJ, Freitas GF. Ética e bioética na enfermagem. In: Oguisso T, Schmidt MJ. *O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal 3ª ed. atualizada e ampliada*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 94-101.
- Oguisso T, Schmidt MJ, Freitas GF. Responsabilidade legal do enfermeiro. In: Oguisso T, Schmidt MJ. *O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal 3ª ed. atualizada e ampliada*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 71-9.
- Oliveira AM et. al. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2010;10(supl.2):433-39.
- Paganini, MC. Tomada de decisão ética do enfermeiro na situação de final de vida. [Tese] São Paulo. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.
- Passos ES. *De Anjos a Mulheres. Ideologias e valores na formação de enfermeiras 2ª ed*. Salvador: EDUFBA, 2012. 196p.
- Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto de trabalho em saúde. *Trabalho Educação e Saúde*. 2003;1(1):75-91.
- Pegoraro Limites da ética. *Revista Bioethikos- Centro Univ São Camilo*. 2012;6(2):205-11.
- Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e Competências Gerais do Enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(3): 492-9.
- Persegona KR et al. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. *Esc. Anna Nery*. 2009;13(3):645-50.
- Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas Atuais de Bioética. 7ª ed*. São Paulo: EDINISC/Loyola; 2007.581p.
- Pessini L, Wernet M, Lorencette DAC. A Enfermagem: redimensionando as competências. *Rev. Cadernos CUSC*. 2005;11 (2):7-10.

Pontón Laverde, G. Responsabilidade Gerencial. In: Malagón-Londoño G, Galán Moreira R, Laverde Pontón G. Administração hospitalar. 3ª ed. Coed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.p 60-8.

Post SG. Editors. *Encyclopedia of bioethics*. [Internet] 3ªed. New York: Macmillan; 2003. [citado 2013 mai.14]11-15. Disponível em: <http://www.gale.cengage.com/servlet/ItemDetailServlet?region=9&imprint=000&titleCode=M154E&type=4&cf=e&id=191594>.

Pose C. *Bioética de la responsabilidad*. Madrid. Triacastela, 2012.

Prochnow AG, et. al. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(4):542-50.

Queiroz DL. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem de um Hospital de grande porte de Dourados (MS) [Dissertação mestrado] Universidade Católica Dom Bosco, 2012.

Rawls J. Uma Teoria da Justiça. Trad. Almiro Pissett, Alenita A.M.R. Esteves. 1ª ed. 1997. 2ª tiragem. São Paulo. Martins Fontes; 2000 326p.

Robbins SP. Administração: mudanças e perspectivas. Trad. de Cid Knipel Moreira. 8ª tiragem. São Paulo: Saraiva; 2008.524p.

Robbins S. Comportamento organizacional. 2ª reimpr. Trad. Reinaldo Marcondes. 11. ed. São Paulo: Perason Prentice Hall, 2007. 536p.

Ribeiro JA. Comprometimento organizacional e percepção de justiça: um estudo sobre a concessão de remuneração e benefícios diferenciados a dois grupos de uma mesma empresa. [Dissertação em Administração] Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2008.

Ribeiro JA, Bastos AVB. Comprometimento e justiça organizacional: um estudo de suas relações com recompensas assimétricas. Psicol cienc prof. 2010;30(1):4-21.

Ribeiro JMS. Autonomia profissional dos enfermeiros. Rev. Enf. Ref. Coimbra (PT). 2011; III(5): 27-36.

Salgueiro JB, Goldim JR. As múltiplas interfaces da bioética e a religião e a espiritualidade. In: Goldim JR (org.) Bioética e espiritualidade. Porto Alegre:EDIPUCRS. Coleção Bioética. 2007. 11-27p.

Sales AAR, Lima FRF, Farias FSAB. Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde. Rev. Bras Prom à Saúde.2007;[20\(2\)](#):111.

Salles CLS. Erro humano e exercício ético profissional da enfermagem. In: Pedreira MLG, Harada MJCS (Orgs.) Enfermagem dia a dia. Segurança do paciente. Conselho Regional de Enfermagem - SP. São Caetano do Sul:Yendis. 2009.67-79p.

Santos LP, Wagner R. Processo decisório e tomada de decisão: um dualismo. In: 5º Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia-SEGET. 2008 out. 20-21; Rio de Janeiro: AEDB – Assoc. Educ Dom Bosco; 2008. [Citado 2013 abr. 27]. Disponível em: http://www.aedb.br/seget/artigos07/265_PROCESSO%20DECISORIO%20E%20TOMADA%20DE%20DECISAO%20UM%20DUALISMO.pdf.

Sampaio LR. A psicologia e a educação moral. Psicol. cienc. prof. 2007;27(4)584-95.

Schermerhorn Jr. JR. Administração. 8ªed. Rio de Janeiro: LTC; 2007.572p.

Schramm FR. Bioética para quê? Revista Camiliana da Saúde. 2002;1(2):14-21.

Schröder Sobrinho R. Empreendedorismo na enfermagem mineira. Rev. Min. Enferm.Editorial. 2013; 17(4):749-52.

Segre M Cohen C. orgs. Bioética. 3ª ed. Revista e ampliada. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002. 224p.

Selli L, Garrafa V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. Rev. de Saúde Pública. 2005;39(3):473-8.

Serrão D. Os direitos humanos e a deontologia profissional. IX Seminário de Ética 10 Anos de Deontologia Profissional 60 Anos de Direitos Humanos. (Periódico on line). Rev Ordem dos enf. Portugal. 2008;31(Dez):17-19.[citado 2015, abr. 12]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_31_Dezembro_2008.pdf

Sertek P. Desenvolvimento Organizacional e Comportamento Ético. [Dissertação de mestrado] Curitiba. Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná. 2002.

Shinyashiki GT, Trevisan MA, Mendes IAC. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. Revista Latino-am Enfermagem 2003; 11(4):499-506.

Silva AP. Processo demissional e percepção de funcionários de diferentes organizações. On line. e-Revista Facitec. [Internet] 2010;5(1) [citado 2015 abr.05] disponível em <http://www.facitec.br/erevista>.

Silva MF, Fernandes MFP A ética do processo ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo. Rev. Mundo da Saúde. 2006; 30(2):318-325.

Silveira RS. A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético. [tese] Florianópolis. Univ Federal de Santa Catarina. 2006.

Simon HA. Comportamento administrativo: Estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas. Trad. Aluizio Loreiro Pinto. 2ªed. Rio de janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1970. 278p.

Siqueira JE. Hans Jonas e a ética da responsabilidade. Online Revfonte [Internet]. 2000 [citado 2013 mar 27];3(7). Disponível em: http://www.unopar.br/portugues/revfonte/v3/art7/body_art7.html.

Smeha LN. Aspectos epistemológicos subjacentes à escolha da técnica do grupo focal na pesquisa qualitativa. Rev.Psicol. IMED. 2009;1(2):260-68.

Soares JCRS, Camargo Jr.KRl. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface. 2007;11(21):65-78.

Souza RG, Bodstein RCA. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. Ciênc. saúde colet. 2002;7(3):481-92 .

Spagnol CA. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. Ciênc. saúde coletiva. 2005;10(1):119-27.

Spagnol, CA et al. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP 2010;44(3):803-11.

Spagnol CA. A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar: como explicitar seus nós? [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Srour RH. Ética empresarial. O ciclo virtuoso dos negócios. 3ª ed revista e atualizada.Elsevier. 2008; 276p.

Walsh IAP, et, al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões musculoesqueléticas crônicas. *Rev de Saúde Públ.* 2004;38(2):149-156.

World Health Organization. *Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Genebra: 1998 (*Report on WHO consultation*).

World Health Organization *Health programs reviewed. Basic rules for its application in the management process for national development in health*. Genébra; 1981.

World Health Organization. Quality of Life Assessmen (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403-95.

Teixeira CDS. Ferramentas de gerenciamento econômico-financeiro como diferencial competitivo de mercado nas organizações do segmento da saúde – Estudo das organizações de grande porte de Belo Horizonte e região. [Dissertação Mestrado]. Fundação Cultural Dr. Pedro Leopoldo. Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo. 2011.

Toffler BL. Ética no trabalho: tomando decisões difíceis no mundo competitivo dos negócios. Trad. Márcia Castilho Costa Saliola. São Paulo: Makron Books; 1993. 268p.

Trad LB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. 2009;19(3):777-96.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis. (RJ): Vozes; 2003. 685p.

Uga MAD, et., al. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43(5):832-38.

Ulrich CM et.,al. *Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice*. *J Adv Nurs*. 2010;66(11):2510-9.

Urbanetto JS, Capella BB. Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(4):447-52.

Vázquez A S. Ética. 28. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

Varcoe C, et al. *Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations*. *Nursing Ethics*, 2012;19(4): 488-500.

Vega-Mendonza J. A responsabilidade e a ética do hospital. In: Malagón-Londoño G, Galán Morera R, Laverde Pontón G. *Administração hospitalar*. 3ª ed. Coed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 24-34p.

Ventura PFEV. Participação do Enfermeiro na Gestão de Recursos Hospitalares. [dissertação mestrado] Belo Horizonte Escola de Enfermagem da UFMG. 2011.

Zancanaro L. A ética da responsabilidade de Hans Jonas. In: Barchifontaine CP, Pessini L. organizadores. *Bioética: alguns desafios*, 2ª ed. São Paulo: Ed. Loyola; 2002.137-159p.

Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família [tese]. São Paulo: Programa de Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2003.

Zoboli ELCP. Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica. [tese Livre-docência]. São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010.

Zoboli ELCP. Ética e Administração Hospitalar. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2004.267p.

Zoboli ELCP, Fortes PAC. Ética e gestão em serviços de saúde, in: Cianciarullo TI, Cornetta VK. Saúde, Desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone; 2002. 305-20p.

Zoboli ELCP. Referenciais de análise em bioética: o desafio de traçar sua interface com a saúde pública. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo: Ed.Loyola; 2003. 25-34p.

Zoboli. ELCP. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. Revista Bioethikos- Centro Universitário São Camilo. 2012;6(1):49-57

Zoboli ELCP, Schveitzer MC. Valores de la enfermería como práctica social: una metasíntesis cualitativa.Rev. Latino-Am. Enf. 2013;21(3):1-9.

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

Pesquisa: “Conflitos éticos na gerência de enfermagem: da percepção a tomada de decisão”

Pesquisadora: Deborah Elaine Caristo Santiago de Farias

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

Eu, Deborah Elaine Caristo Santiago de Farias, enfermeira, aluna do Programa de Pós Graduação (doutorado) da Escola de Enfermagem da USP, venho convidá-lo a participar do estudo acima, com os seguintes objetivos: identificar conflitos éticos na percepção de enfermeiros com vivência no gerenciamento nos Serviços de Enfermagem e compreender como esses enfermeiros tomam decisões frente a conflitos éticos.

O estudo contemplará duas fases, sendo na primeira fase os dados serão coletados através de uma entrevista gravada individual e privativa de participação voluntária. Na segunda fase da pesquisa os dados continuarão sendo coletados novamente, a partir da participação voluntária, através de encontros em grupo de participantes em local e horário previamente agendado com todos para discussão do tema do estudo em grupo, denominada como técnica de grupo focal. Os relatos dos assuntos discutidos pelos participantes nesses encontros também serão gravados. Esclareço também que haverá ajuda para o transporte e alimentação na ocorrência dos encontros do grupo focal.

A coleta dos dados ocorrerá somente após a aprovação deste estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Em qualquer fase da pesquisa será garantida a liberdade para desistir sem prejuízo para o entrevistado. Sendo assegurado o anonimato dos participantes.

Os resultados do estudo estarão disponíveis para os participantes e poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas

Caso aceite participar desta pesquisa, solicito a sua assinatura neste documento.

Desde já agradeço a sua atenção e coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa através do telefone (11) 9-92684339 e no e-mail deborahfarias@usp.br.

São Paulo, ____ de _____ de 20____

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B

Fase 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1º Parte: Dados de Caracterização

Código: _____

a) Sexo: () Feminino () Masculino

b) Idade: _____

c) Tempo de formação: _____

d) Tempo de atuação na gerência de enfermagem: _____

e) Possui pós-graduação: () sim () não

Se Sim. Qual(is) _____

2º Parte: Relativo ao primeiro objetivo do estudo

2.1 Conte-me a respeito de conflitos éticos que já tenha vivido na sua atuação gerencial.

APÊNDICE C

Fase 2: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Grupo Focal

Encontro

- Formação em círculo
- Apresentação do grupo: crachás-flores
- Exposição do caso conflito selecionado
- Colocações das questões-chave
- Utilização de técnica projetiva e jogo lúdico
- Leitura da síntese dos depoimentos.
- Espaço para últimas colocações (em aberto)
- Agradecimentos

Questões-chave:

1. Como são tomadas as decisões frente a conflitos éticos?
2. Quais cursos de ação estão presentes na tomada de decisão frente ao “caso-conflito” escolhido?

Guia temático

- O que pensam a respeito da atuação gerencial do enfermeiro?
- O que é importante considerar ou deve estar presente, para tomada de decisão frente a um conflito ético na área gerencial do enfermeiro?
- O que vocês fariam diante dessa situação, (caso-conflito) se estivessem no lugar da enfermeira-gerente?
- Até que ponto é melhor ou não para a enfermeira-gerente (Nurselita) acatar a solicitação da administração do hospital?

APÊNDICE D

PARECER CONSUBSTANCIADO- CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONFLITOS ÉTICOS NA GERÊNCIA DE ENFERMAGEM: DA PERCEPÇÃO À TOMADA DE DECISÃO.

Pesquisador: Deborah Elaine Caristo Santiago de Farias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23426913.3.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 489.987

Data da Relatoria: 10/12/2013

Apresentação do Projeto:

A autora pretende conhecer como os enfermeiros gerenciais tomam decisões frente ao novo modelo gerencial dos últimos anos.

Pretende responder, entre outras indagações como "Os enfermeiros em sua ação gerencial utilizam algum método de tomada de decisão para casos ou situações que derivam em conflitos éticos? e O que levam em consideração para tomar essas decisões e como constroem suas tomadas de decisão?

Objetivo da Pesquisa:

Pelas características burocrático administrativas da ação gerencial, indaga-se sobre o modo que esses enfermeiros tomam decisões perante conflitos éticos. Sabe-se que o exercício da tomada de decisão é uma constante no dia a dia desses enfermeiros. Assim pretende-se identificar os conflitos éticos presentes no cotidiano dos enfermeiros e como esses conflitos são percebidos por eles e discutir como os enfermeiros que atuam no gerenciamento tomam decisões frente a conflitos éticos.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 489.987

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - somente os desencadeados pela autoavaliação de seu trabalho e como tem os enfermeiros se posicionado frente as suas tomadas de decisões.

Benefício - ampliar o conhecimento das dinâmicas do trabalho gerencial e a reavaliação do gestor sobre suas condutas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho bem elaborado seguindo todas as etapas necessárias e boa construção acadêmica do projeto.

A autora utilizar-se-á do método deliberativo de Diego Gracia para a execução de sua pesquisa que consiste em "um processo autoeducativo, quase uma autoanálise, e até certo ponto uma terapia, pois leva a um conhecimento de si próprio e a um respeito mais profundo pelas outras pessoas. É uma tarefa considerada difícil que necessita de muitas possibilidades como ausência de restrições externas, boas vontade, capacidade de dar razões, respeito mesmo em ocasiões de desacordos, desejo de entendimento, cooperação e colaboração. Ela não se apóia na decisão e sim no compromisso. (Gracia, 2000)".

A autora completa ainda com a seguinte afirmação: "Os problemas éticos que surgem na área administrativa em enfermagem também requerem decisões ponderadas, pois é importante lembrar que essas decisões podem afetar a vida de muitas pessoas na organização. É possível, portanto, através das etapas descritas no método de deliberação moral, analisar os caminhos diante de um fato ou situação concreta gerencial na enfermagem, identificar os cursos de ação presentes, e eleger os cursos de ação intermédios para que a decisão nessa área também esteja pautada na prudência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sugere-se que o TCLE seja completado com as atividades que os participantes da pesquisa serão expostos, o tempo desta atividade (grupo focal), como será realizada esta atividade.

Recomendações:

não há, há apenas sugestões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não apresenta óbices éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 489.987

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição co-participante, antes do início da coleta de dados.

Os resultados da pesquisa deverão ser registrados na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 12 de Dezembro de 2013

Assinador por:

Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

APÊNDICE E

Imagens escolhidas pelos participantes do grupo focal para a técnica projetiva do primeiro encontro, conforme a ordem de análise.

Imagem nº3

Imagem nº4

Imagem nº 8

Imagem nº14

Imagem nº10

Imagem nº 13

Imagem nº7

Imagem nº9

Imagem nº 12

Imagem nº 16

Imagem nº 15

Imagem nº 5

Imagem nº 6

Imagem nº20

Imagem nº11

Imagem nº18

Imagem nº19

Imagem nº21

Imagem nº17

APÊNDICE F

DINÂMICA DE AQUECIMENTO DO GRUPO FOCAL

Jogo Lúdico:

Caçador, espingarda e leão

Organização do jogo:

1. Formam-se dois ou mais grupos, a partir de quatro pessoas.
2. Cada grupo deve fazer um dos gestos com as mãos simulando: caçador, espingarda ou tigre.
3. Cada grupo combina, através de estratégia, consenso e união a escolha um dos os gestos, entre si.
4. Cada grupo, em certo momento determinado por um coordenador do jogo, apresenta seus gestos ao grupo adversário.
5. Resultado do jogo: O caçador ganha da espingarda, a espingarda ganha do tigre, o tigre ganha do caçador, conforme ilustração a seguir:

FONTE: <http://emeiclarice.blogspot.com.br/2014/03/programa-uniao-faz-vida.html>

APÊNDICE G

Caso- conflito

Em um hospital privado de pequeno porte, localizado na cidade de Corretópolis há uma unidade de clínica médica de 25 leitos que apresenta como característica alto índice de permanência, taxa de ocupação de 90% dos leitos. Cerca de 80% dos pacientes internados nessa clínica são de idosos. O quadro de pessoal é insuficiente para atendimento da demanda, principalmente nos plantões noturnos.

A enfermeira assistencial Florença recebeu o plantão as 7h00, com 23 pacientes internados. Ao adentrar em um dos quartos verificou que havia um paciente em parada cardiorrespiratória. Imediatamente acionou a equipe para atender a emergência, entretanto, o plantonista do P.S. afirmou que nada mais poderia ser feito porque o paciente já estava morto há algumas horas. A enfermeira Florença rapidamente acionou a gerente de enfermagem Nurselita que ficou muito preocupada, pois tinha consciência de sua responsabilidade em relação à assistência de enfermagem e da problemática relativa a insuficiência de recursos humanos.

Há pouco tempo atrás, Nurselita havia sido fortemente repreendida pelos donos do hospital, em função de outra situação de falha de assistência de enfermagem. Além disso, no dia anterior ao ocorrido, Nurselita foi convocada para uma reunião em que a diretoria do hospital solicitou 10% de corte de pessoal de enfermagem. Alegaram dificuldades relativas ao fechamento da folha de pagamento de pessoal devido problemas na receita do convênio do hospital com os planos de saúde. Justificaram essa necessidade, pois sem a qual, passariam por graves dificuldades colocando em risco a sobrevivência empresarial.

- **Como** garantir uma assistência de enfermagem segura com o quadro de pessoal de enfermagem atual **e ao mesmo tempo** manter a viabilidade econômico-financeira ao atender as demandas de ordem institucionais de corte de pessoal de enfermagem para a sobrevivência empresarial.

APÊNDICE H

Apresentação dos cursos de ação correspondentes às unidades de registro encontradas nos relatos dos participantes na tomada de decisão frente a conflitos éticos

	CURSO DE AÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO
A	Negociar, dialogar e explicar à Diretoria do Hospital os riscos relacionados ao corte de pessoal de enfermagem.	[...] teria que negociar, dialogar e explicar que existe um risco para o serviço de enfermagem [...]. (Violeta.1) [...] Negociando, me respaldando e insistindo [...] (Azaléia 1) [...] eu tentaria argumentar [...] (Girassol 1) [...] esgotadas as possibilidades se os valores não baterem de jeito nenhum, se eu percebesse que eu estava dando “nó em pingo d’água” e tudo a minha volta não mudasse, eu sairia. (Hortênsia.3)
B	Planejar, documentar e mostrar à Diretoria do Hospital a importância de manter o quadro de enfermagem adequado.	[...] tentaria com um planejamento, documentar, e mostrar a importância [...] (Hortênsia 1).
C	Negociar com a Diretoria do Hospital.	[...] tem que ter uma moeda de troca. [...] aprendi na vida da gestão, não adianta você ser muito radical na sua posição [...] mesmo que não concorde, tentaria argumentar [...] precisa ceder um pouco até para o outro entender que você está aberto para negociação. Está num espírito de vamos dar a mão para sair juntos dessa [...] Esgotou todas as possibilidades [...] Deu. Eu não consigo mais [...] (Tulipa 1)
D	Desativar leitos hospitalares, no caso de corte de pessoal de enfermagem.	[...] teria que ter alguma outra proposta. [...] se a gente demitir vamos ter que fechar o leito, não posso assumir essa responsabilidade [...] Chega um momento que você não pode mais. Você fica refém. (Violeta.2).
E	Buscar amparo legal para manter o dimensionamento adequado da equipe de enfermagem, acionando Coren, Defesa Civil e Ministério Público.	[...] acionar os recursos legais que a gente tem [...] o próprio Conselho [...] respaldar [...] A defesa civil, [...] tentar pelas vias legais, outra forma de intervenção [...] O conselho também já me tirou de muita enrascada, me põe às vezes, em outras, mas me tirou de outras tantas [...] ver o que tem de legislação e enfrentar [...] (Tulipa 2)) [...] Nosso próprio Conselho Regional [...] Legalmente todo o gerente de enfermagem tem que dimensionar a sua equipe anualmente, ou se esse quadro mudar abruptamente, tem que redimensionar [...] com a anuência e assinatura do Diretor Técnico da unidade. Antigamente [...] o próprio conselho nos via, enquanto gerentes, como a culpada por aquela situação. Hoje não é mais dessa forma. [...] Eles acionam o Ministério Público. [...] há uma transposição de responsabilidade. [...] faz com que nós enfermeiros [...] sintam-se mais protegidos, respaldado, na questão ética, legal, do dolo e do dolo eventual. [...] me sinto mais confortável que há uns anos atrás [...] a questão ética para mim, é utilizar tudo que eu tenho [...] do que é legal, para conseguir ter uma melhora na assistência. [...] (Girassol.2) [...] como profissional de enfermagem autônomo, você pode encaminhar sim, para o Ministério, [...] Não só o Conselho Regional, como também o Ministério da Saúde, o Ministério Público. [...] sempre teve esse recurso [...] (Orquídea 1)
F	Documentar para a Diretoria do Hospital qual seria dimensionamento da equipe de enfermagem a fim porque não se deve assumir os riscos.	[...] tem que pensar como profissional, não que a gente concorde, mas documentar tudo [...] Passei por isso, fiz um documento bem detalhado de dimensionamento [...] dá muito trabalho. [...] a partir do momento que você é chefe e está com problema deste [...] tem que tentar documentar para dizer o porquê de não assumir esse risco. [...] eu não teria medo de chegar e provar [...] (Orquídea 2)

G	Documentar os fatos relativos a assistência de enfermagem e intercorrências para ciência da Diretoria do Hospital.	[...] A situação da documentação é realmente perfeita [...] tem que trabalhar documentando em tempo presente os fatos. As pessoas precisam ter essa consciência Aconteceu hoje, faleceu hoje, vamos documentar hoje. [...] têm que ter um verdadeiro dossiê. Aí você vai sentar com esse administrador [...] (Violeta 4) [...] uma coisa que é extremamente importante, é função do enfermeiro realmente anotar tudo [...] Deixar tudo documentado [...] Fico depois do meu horário para relatar [...] (Dália 3) [...] é muito importante tudo que ela falou da documentação, desses recursos que a gente tem hoje [...] (Tulipa 3)
H	Documentar que a manutenção do quadro de pessoal acarreta menor custo e maior qualidade de assistência de enfermagem.	[...] concordo quando fala da documentação. [...] trabalhava na gerencia por 18 anos [...] lutei muito [...] Se não fosse através de documentação, tinha sido mandada embora. Eu mostrei que era mais viável trabalhar só com enfermeiro, do que eu ter um auxiliar que me daria trabalho. A primeira argumentação da administração foi o custo mais alto. [...] Mas vai ter muito menos problema [...] A gente trabalha na linha de frente [...] tem que mostrar que o enfermeiro tem opção [...] (Azaléia 2) [...] Está documentado. Eu concordo que você tem que deixar isso documentado, porque alguém vai olhar e vai ver que é melhor [...] (Hortênsia 2)
I	Propor reuniões periódicas com a Diretoria do Hospital a fim de apresentar indicadores de enfermagem que justifiquem a necessidade de manutenção do quadro.	[...] a questão de documentação. Eu vejo uma questão de hábito. Hábito a gente conquista diariamente. [...] faço reunião de Diretoria [...] levanto todos os indicadores de enfermagem. O registro é isso. Mostrar mensalmente, quantas quedas, [...] úlceras de pressão [...] trazer isso para o corpo diretivo. Você consegue provar [...] os dados históricos falam por si. [...] (Girassol 3)
J	Ressaltar junto à equipe sobre a importância da documentação atualizada com o objetivo de defender o serviço.	[...] a conquista desse espaço, trazer os indicadores de enfermagem e fazer com que a equipe realmente aceite que aquilo vai fazer diferença na sua forma de trabalho. [...] pego as planilhas e vejo que um plantão ou outro não fez [...] chamo o enfermeiro. É uma questão de conquistar, tem que encantar o profissional para que ele consiga entender que aquilo não é uma tarefa a mais, aquilo na verdade vai ser um subsídio de defesa para a equipe[...] (Girassol 4)
K	Avaliar o rendimento e a motivação da equipe de enfermagem quanto a produtividade, no caso de redução de pessoal.	[...] é o caso de examinar internamente todas as possibilidades, de explorar tudo [...] profissionais que realmente estão interessados, não é contestar o dimensionamento que o Conselho nos dá. De repente, você consegue algo muito próximo daquele, do que é o ideal e consegue com aquela tua equipe, ficar menos pior e não correr tanto risco. Até o momento em que consiga se haver uma estabilidade, para que atinja o ideal [...] nem tanto ao mar, nem tanto a terra [...] O dimensionamento está adequado, mas é uma coisa meio de “corpo presente”, a pessoa está efetivamente empenhada na assistência, [...] olho o dimensionamento, tem tantos enfermeiros, tem tantos auxiliares, mas efetivamente a pessoa ali atuando e pondo mesmo a mão na massa [...] (Tulipa 6) [...] avaliar toda essa questão [...] Eu tenho tecnologia ou não tenho [...] O quanto meu profissional tem que querer [...] a questão da vulnerabilidade na capacidade laborativa e da identificação com o setor [...] Como é que o funcionário vai render mais? Tem que saber a questão das competências também. [...] (Girassol 5)
L	Informar-se sobre os problemas de pagamento ao hospital por parte das operadoras de saúde.	[...] Se eles (hospital) não estão recebendo do convênio, então nós temos que investir em cuidado. Porque a gente não tem que pensar neste problema agora. [...] se o convenio não está pagando, algum problema teve. Será que a enfermagem estava documentando o gasto no material? (Orquídea 6)
M	Investigar as falhas de enfermagem, pois os erros podem aumentar, com a diminuição do quadro de pessoal.	[...] teria condição de mostrar que é impossível cortar o pessoal. O problema, que as gerências, as chefias, não documentam isso. [...] Cada erro é visto como um erro e se aceita a reclamação do erro. Errou no que? Não tinha pessoal para ver o quê? Para ver se a pessoa estava morta? (Orquídea 7)

N	Apresentar a Diretoria do Hospital, outras formas de recursos de redução de custos.	<p>[...] a princípio eu não sairia, tentaria argumentar com o que eu teria de instrumentos [...] dados históricos dentro do serviço e tentaria provar para o administrador o quanto seria mais viável ter o profissional e restringir a questão de um material. [...] um distribuidor mais barato para tal material. Acionar educação permanente no sentido de melhorar a questão do uso do material. [...] (Girassol 6)</p> <p>[...] tentaria provar por A+ B realmente que esse corte não é legal e que poderia ser economizado em outros pontos, outras coisas outras situações. [...] (Dália 7)</p> <p>[...] eu não desistiria [...] Eu gosto de um desafio. [...] trabalhei assim em uma outra gestão, pondo o meu “pescoço na bandeja” [...] valeu muito a pena. Hoje com a experiência que eu tenho [...] maior do que tinha um tempo atrás. [...] nem pediria a minha conta se não desse certo. Eu iria buscar outras formas de continuar tentando [...] o bom gestor não vai cortar os recursos humanos para poder fazer alguma coisa [...] cortam custos bloqueia, [...] impressora, o copinho de café, o ascensorista. Tudo [...] (Azaléia.4)</p> <p>[...] começar a fazer com que a enfermagem participe sim do custo final [...] Mostrar a importância disso [...] sinto ainda que a enfermagem não toma conhecimento e acha que não tem nada a ver com custos. [...] tem outras formas [...] O chefe ou gerencial tem que pensar em custo senão não vai ter como permanecer. (Orquídea 9)</p>
O	Compartilhar a tomada de decisão com a equipe de enfermagem.	<p>[...] quando você está como gestor, no hospital, você faz parte daquela engrenagem. Você que está acima de todos. Você é a pessoa que deve tomar atitude. Claro que você tem que movimentar os outros, para ser uma coisa em equipe (Violeta 10)</p> <p>[...] sentar com equipe explorar todos os níveis. [...] vamos pensar junto, chama os pares [...] você divide para conseguir encontrar outras alternativas que às vezes você própria não está vislumbrando. Vai encontrando lacunas que podem ser discutidas e preenchidas. O trabalho em equipe vai ser fundamental, não só da equipe de enfermagem, mas da equipe de gestão de tudo [...] (Tulipa 8)</p> <p>[...] acho que a gente precisa começar a dividir mesmo, as tarefas, as ações. A gente tem que trabalhar com outro, porque senão foge da parte do gerenciamento, da assistência [...] (Orquídea 8)</p>
P	Evidenciar para a Diretoria do Hospital a importância do trabalho da enfermagem na assistência.	<p>[...] O administrador que não enfermeiro, não compreende [...] não sabe quanto tempo você demora para dar uma papinha para o paciente [...] está evitando passar uma sonda [...] demora até uma hora para oferecer um copinho de 150ml. [...] a gente tem que usar de todos os nossos recursos para mostrar para ele [...] o bom gestor hoje [...] independente da área que é formado [...] te acompanha no que você faz. [...] É envolver [...] o corpo diretivo da unidade hospitalar, o quanto realmente a enfermagem está para o hospital [...] (Girassol 8)</p>
Q	Solicitar desligamento do hospital e comunicar o COREN para futuras providências, no caso da saída do Responsável Técnico.	<p>[...] Está aqui a minha carta de demissão. Embora o problema continue lá. Não resolveu [...] mas você se resguarda, [...] Tem outros desdobramentos [...] eu pedi a minha demissão, mas eu continuo preocupada com os pacientes que continuam frágeis a essa situação [...] (Tulipa.5)</p> <p>[...] Eu pularia fora. [...] Eu acho que chega um momento que você não tem que abrir mão dos seus valores, dos seus princípios você não pode abrir mão, então você tem que pagar o preço, mesmo que isso pese no financeiro. [...] (Violeta.11)</p> <p>[...] Eu também cairia fora. [...] eu vivi uma situação parecida e que optei por sair. Eu acho que eu fiquei muito mais feliz. Eu não me arrependo de ter saído não. [...] (Copo de leite 2).</p> <p>[...] nós temos o canal que você pode encaminhar diretamente para o Conselho. [...] Estou saindo, estou deixando de ser a Responsável Técnica por isso e isso [...] O próprio Conselho tem ferramentas para estar monitorando [...] está sabendo o que está acontecendo [...] Independente da conduta que a empresa vai tomar a seguir [...] (Violeta.3)</p>