

LENI CRISTINA DOMINGOS COELHO

PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS ACERCA DA RESPONSABILIDADE

ÉTICO-LEGAL NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL.

FLORIANÓPOLIS
1993

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS ACERCA DA RESPONSABILIDADE
ÉTICO-LEGAL NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL.

LENI CRISTINA DOMINGOS COELHO

Dissertação apresentada ao Curso
de Pós-Graduação em Enfermagem
da UFSC, como parte dos requisitos
para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

FLORIANÓPOLIS

1993

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

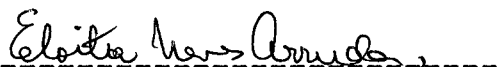
TÍTULO: PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS ACERCA DA
RESPONSABILIDADE ÉTICO-LEGAL.

Submetida a Banca Examinadora para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem

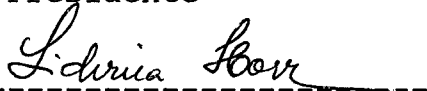
por

LENI CRISTINA DOMINGOS COELHO

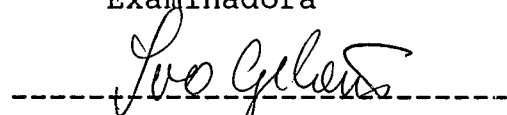
Aprovada em: 13 /10 / 1993.



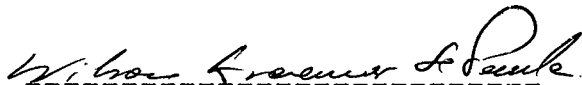
Dra. Eloiita Neves Arruda
Presidente



Dra. Lidvina Horr
Examinadora



Dr. Ivo Gelain
Examinador



Dr. Wilson Kraemer
Suplente

ORIENTADORA: ELOITA NEVES ARRUDA

A todas as formas de AMOR...,
que a distância e o tempo não
conseguem gerar o esquecimento,
mas a transcendência mágica da
essência de cada um no outro.

AGRADECIMENTOS

- * À professora Eloita, pela orientação e empenho profissional, pela amizade, compreensão e apoio às minhas aspirações.
- * À Valmira dos Santos, pela amizade, estímulo e convivência diária, com meus desalentos e desatinos, mas muito bom humor ao som de Ravel.
- * Às docentes do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade de Santa Catarina, pelas oportunas discussões.
- * Às colegas de turma pelo apoio, em especial à Teda, Flávia, Evely, Dendem e Heloísa que puderam partilhar momentos únicos de descoberta e desafios.
- * Às colegas da Universidade Estadual de Maringá, pela oportunidade de realização deste trabalho.
- * Às colegas enfermeiras pela disponibilidade de participação neste estudo.
- * Aos professores Lúcia H. T. Gonçalves, Wilson Kraemer, Nelci T. C. Mendes, Valmira dos Santos, Flávia R. S. Ramos, validadores das categorias do estudo.
- * Aos meus pais pela firmeza e pelo amor que dedicaram a mim e aos meus filhos, no auxílio desta conquista.
- * Às minhas irmãs, cunhados e sobrinhos pelo carinho e confiança.
- * Aos amigos Suely, Nara, Norma, Maria do Carmo, José, à Bisa e às crianças, por terem compartilhado comigo momentos tão ricos de suas famílias e acrescido novas formas de observar o mundo e poder amar.
- * Aos alunos que comigo compartilham momentos de trocas, incentivo a todos buscar ir além do que pude conquistar, com a capacidade ainda limitada para decodificar tema tão complexo e envolvente.
- * À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES) pelo apoio financeiro para ser possível a concretização do estudo.

SUMARIO

CAPÍTULO

PÁGINA

I INTRODUÇÃO.....01

Justificativa do Estudo.
Delimitação do Problema.
Marco Conceitual.

II METODOLOGIA.....16

Tipo de Pesquisa.
Local e Período de Coleta de Dados.
População e Amostra.
Proteção dos Direitos Humanos.
Procedimento para Coleta de Dados.
Análise dos Dados.
Validação.

III APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....29

Tipos de Responsabilidades Ético-Legais Percebidas.
Conhecimentos quanto às Responsabilidades Ético-Legais.
Crenças quanto às Responsabilidades Ético-legais.
Valores quantos às Responsabilidades Ético-Legais.
Opiniões quanto às Responsabilidades Ético-Legais.
Atitudes quanto às Responsabilidades Ético-Legais.
Condições quanto às Responsabilidades Ético-Legais.
Estratégias quanto às Responsabilidades Ético-Legais.
Padrão Dominante de Pensamento das Enfermeiras.

CONCLUSÕES / IMPLICAÇÕES.....144

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....151

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo sobre conhecimentos, crenças, valores, opiniões, atitudes acerca das responsabilidades ético-legais percebidas por 24 enfermeiras de uma cidade do sul do país. Também procurou-se identificar qual o padrão dominante de pensamento das respondentes. O marco conceitual foi fundamentado em Fishbein & Ajzen (1975) e Perry (1970). As enfermeiras do estudo desempenhavam funções no ensino, assistência (hospitalar e saúde pública) e na administração dos serviços de enfermagem, em instituições públicas ou privadas. Procedeu-se a análise temática intensiva do conteúdo das entrevistas de acordo com Bardin(1977). Dentre os resultados destacam-se: a) o tipo de responsabilidade que recebeu maior número de codificações foi a responsabilidade face aos serviços que a própria enfermeira direta ou indiretamente presta ao cliente; b) 87.5% das respondentes desconhecem formalmente o código de ética vigente em 1992; c) as enfermeiras reconhecem o direito dos clientes de decidirem sobre questões referentes a sua saúde mas deixam transparecer que o poder de decidir continua centrado no profissional da saúde; d) elas percebem dificuldades para enfrentarem condições adversas tais como falta de recursos materiais, humanos e estruturais e o estilo autocrático de liderança das diretorias das instituições de saúde, as quais interferem nas relações interpessoais e na qualidade da assistência prestada; e) as respondentes percebem violações à autonomia e à privacidade dos clientes, por parte dos profissionais da saúde, mas se omitem em buscar alternativas de resolução; f) elas desconhecem que estão cometendo infrações ao código de ética ao assumirem responsabilidades de outros profissionais e por outro lado falham em assumir responsabilidades face à expansão de seus papéis profissionais; g) as responsabilidades percebidas estão restritas ao desempenho de atividades funcionais deixando de contemplar as responsabilidades com o desenvolvimento da própria profissão; h) as enfermeiras valorizam princípios éticos de igualdade, fraternidade, honestidade e humanização; i) a verdade, não obstante ser um valor para as respondentes, requer conhecimento e habilidade de comunicação por parte do profissional; j) o padrão dominante de pensamento das respondentes corresponde a categoria de relativismo, com a ressalva de que suas respostas poderiam ser alocadas nas posições iniciais desta categoria, correspondendo a novas verdades ainda não processadas de forma a permitir assumir riscos, definir novos papéis, assumir atitudes mais comprometidas com as crenças e valores pessoais e profissionais. Finalmente, este estudo permite identificar áreas problema e apontar possíveis fatores que indicam a tendência à manutenção dos padrões de pensamento não comprometidos com a responsabilidade ético-legal no seu sentido mais amplo.

ABSTRACT

This is a descriptive, exploratory study about knowledge, beliefs, values, opinions and attitudes on ethical-legal responsibilities perceived by 24 nurses from a town in the south of Brazil. It was sought to identify the respondents' ruling pattern of thoughts. The basic concept had its fundament on Fishbein & Ajzen (1975), and Perry (1970). The nurses in this study performed such functions as teaching, assistance (hospital and community), and in nursing administration either in private or public institutions. An intensive thematic analysis of contents from interviews was carried out according to Bardin (1977). Among the major results found are: a) the type of responsibility that received the greater amount of coding concerned direct or indirect services the nurses offered to patients; b) 87,5% of respondents do not know, formally, the code of ethics in practice in 1992; c) the nurses acknowledge the patients' right to decide about issues related to their own health but they implied that the deciding power belongs to the health professional; d) they notice difficulties to face adverse conditions such as lack of material, human and structural resources, and the autocratic leadership style of directing boards from health institutions, interfering in interpersonal relations and in the quality of assistance provided; e) they observe violations to autonomy and privacy of patients, on the part of health professionals, but they do not seek alternative solution; f) they are not aware of infringing the ethics code when they assume other professionals' responsibilities, and fail to undertake responsibilities inherent to their expanding role; g) the responsibilities perceived are restricted to the performance of duty not taking into account the responsibilities related to the development of their own profession; h) the nurses value their ethic principles of equality, fraternity, honesty and humanization; i) truth is a value for the respondents although it requires the professional's knowledge and, ability of communication; j) the respondents' dominant pattern of thought corresponds to the relativism category, but their answers could be placed in the initial positions of this category, corresponding to new truth not yet processed so as to permit to undertake risks, define new roles, to assume attitudes more engaged with beliefs, and both personal and professional values. Finally, this study enables the identification of problem areas and to point possible factors that show a tendency to the maintenance of patterns of thought not engaged with ethical-legal responsibility in its broader sense.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O homem é um ser que não coincide consigo mesmo. Se revela pelos níveis do conhecer, do agir e do sentir.

Paul Ricoeur.

O desenvolvimento tecnológico e as discussões sobre direitos humanos, levam as enfermeiras a se preocuparem com a qualidade de seus serviços e de como estes satisfazem ao cliente, a si próprias, a Enfermagem, a instituição e à sociedade para a qual direcionam seus cuidados de saúde.

Outros temas têm requerido melhor definição, tais como: o papel e posição social do médico e da enfermeira nas instituições de saúde, a natureza burocrática desse sistema, o papel e poder da liderança de enfermagem no sistema de saúde, a ação paternalista sobre a clientela por parte dos profissionais de saúde, e mesmo os valores reforçados nas escolas de enfermagem, que podem ser favoráveis à passividade das enfermeiras em assuntos de natureza ética (Davis & Aroskar, 1983; Germano, 1985; Silva, 1986; Gelain, 1991; Leddy & Pepper, 1986).

A posição que ora se adota para explorar as responsabilidades percebidas pelas enfermeiras no seu exercício profissional, baseia-se no entendimento de que a prática de enfermagem está vinculada à dinâmica dos processos sociais, buscando garantir nos seus discursos os direitos da pessoa. Entretanto, percebe-se que muitos dos direitos da pessoa hospitalizada são desrespeitados, pairando dúvidas se isto decorre de todo o

complexo institucional, profissional (especialmente de médicos e enfermeiras) e/ou se abrangem características sócio-culturais da população, de não reivindicar tais direitos. Observa-se que a assistência de enfermagem (apesar do discurso favorável e dos esforços de algumas enfermeiras em assistirem e advogarem pelos pacientes) não está centrada no paciente, mas nos procedimentos técnicos, normas e rotinas de enfermagem, bem como no ambiente. Acrescenta-se ainda, o desenvolvimento da assistência dentro do modelo biomédico; verificando-se que o paciente está à margem dos processos decisórios, sendo fragmentado e muitas vezes submetido a atitudes paternalistas por parte dos profissionais da saúde e dos familiares. Isto talvez se explique pelo fato do paciente ser visto como mero meio, e não como o fim último ao qual se destina o processo de atendimento à saúde.

Está-se vivendo num tempo em que a tecnologia tem lugar comum, onde pode-se controlar vida e morte, e onde é esperado que se tenha ampla base de conhecimentos. Com as mudanças requeridas, as estudantes de enfermagem estão sendo preparadas para atuarem em áreas mais sofisticadas tecnologicamente. No entanto, é preciso resgatar a preocupação e o interesse pela pessoa assistida e pela qualidade de vida e cuidados que se está oferecendo.

A institucionalização dos cuidados de saúde e as relações de trabalho multiprofissional, para atender às necessidades individuais e coletivas, passam por grandes questionamentos político-filosóficos (Illich, 1975; Landemann, 1985; Davis & Aroskar, 1983; Lepargneur, 1987; Gauderer, 1991; Dias, 1990). Contudo, o destaque na bioética nos últimos anos não se deve exclusivamente ao ressurgimento de debates a respeito dos princípios morais, filosóficos ou teológicos, nem ao sentimen-

to de culpa de uma má prática profissional, mas basicamente, devido a preocupação pública com o comportamento dos profissionais da área da saúde, especialmente de médicos e enfermeiras.

Haja visto o aumento, nas últimas décadas, de processos por negligência, imperícia, iatrogenias institucionais na área da saúde. Tal fato, não significa que antes não houvesse erros, mas sim que as populações e as profissões têm buscando uma maior maturidade e isto, provavelmente, se deve a uma maior profissionalização, a uma demanda do público por cuidados mais qualificados, aos avanços tecnológicos e a ampliação de recursos institucionais.

Com isto, emerge a questão a respeito da responsabilidade social dos profissionais da saúde. Neste sentido, autores como Koontz & O'Donnell (1978, p. 342) consideram que as instituições por si só não são culpadas pelos danos. Efetivamente elas não são culpadas do mesmo modo que as pessoas, uma vez que o dever só faz sentido, de uma pessoa para outra, e explicam:

"...a responsabilidade social é um relacionamento interpessoal que existe quando as pessoas estão contínua ou descontinuamente dependentes umas das outras de maneira organizada ou desorganizada... é a obrigação de cada um, quando agir em seu próprio interesse, garantir que os direitos e os interesses legítimos de todos os outros não sejam violados".

O exercício da responsabilidade individual implica no compromisso com a ética e com a justiça social. Entende-se que cada sociedade, religião ou grupos tem seus princípios e padrões de conduta. Como membro da sociedade, as enfermeiras preocupadas em serem justas nas suas condutas, contam com padrões éticos para guiá-las. Segundo Davis & Aroskar (1983, p.4) deve-se considerar que,

"A ética no cuidado em saúde não promove valores ou estilo de vida moral particular, nem incentiva va-

lores de vida particular. Sua função é: 1) sensibilizar ou estimular a consciência de profissionais de saúde concernente a assuntos éticos encontrados no cuidado a saúde e nas políticas de saúde; e 2) estruturar os eventos éticamente relevantes ocorridos em situações complexas".

Davis & Aroskar (1983) enfatizam que as enfermeiras, devido a natureza do seu trabalho, fazem julgamentos que têm impacto sobre o bem-estar dos pacientes, das famílias e de outras pessoas. Muitas dessas situações envolvem relacionamentos nos quais existe conflito entre necessidades humanas e valores morais, ou envolvem relacionamentos nos quais os interesses dos indivíduos estão em conflito com aqueles do grupo.

Assim, a enfermeira, para realizar seus compromissos na prática assistencial de enfermagem, tem a responsabilidade ético-legal de manter competência durante toda sua carreira profissional. Isto significa que, se a enfermeira não se julga competente ou adequadamente preparada a executar uma função específica, então ela tem o direito e a responsabilidade de recusar assumi-la de modo a proteger ao paciente e a si (Art. 17, Cap.III - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - COFEN, 1993).

Explorar como as enfermeiras se justificam moralmente e tomam suas decisões éticas ao assumirem responsabilidades, também requer exame dos valores e do desenvolvimento moral e ético das mesmas.

A questão da responsabilidade das enfermeiras, compõe o ethos caracterizado por Gelain (1991) e justifica a necessidade de ser melhor compreendida, o que é o objetivo do presente estudo.

Para Curtin (1979, p.7) a responsabilidade da enfermeira é a aplicação da advocacia humana. Entretanto, é uma advocacia que ressalta a não invasão dos valores e direitos da clien-

tela.

"Enfermeiras devem, como advogadas dos direitos humanos, auxiliar os pacientes a encontrarem o significado ou propósito em suas vidas ou suas mortes...contudo, os pacientes definem seus objetivos; é seu significado e não os nossos, seus valores e não os nossos, e suas vidas e mortes e não as nossas".

Estes pontos contudo, requerem a existência de três princípios básicos a todo ato humano, ou seja, conhecimento, liberdade e escolha. Isto parece adequado à sociedade americana, onde os princípios de autonomia e liberdade têm grande ênfase enquanto direito ético e legal. Em culturas como a brasileira, ainda é enfatizado o paternalismo muitas vezes falsamente justificado pelos princípios de benevolência e beneficência.

Leddy & Pepper (1986, p.33) mencionam ainda algumas das habilidades requeridas da enfermeira, para o exercício da sua responsabilidade profissional, dentre as quais destacam-se: coordenação dos cuidados prestados por uma variedade de trabalhadores de saúde; pensamento crítico e julgamento; comunicação e colaboração com clientes, suas famílias, membros de equipe que presta cuidados de saúde; advocacia e liderança; habilidade para desenvolver o processo de enfermagem; e competência em técnicas terapêuticas na enfermagem".

Davis & Aroskar (1983) reforçam que para se estar preparado na profissão deve-se: a) clarificar os valores em relação à própria vida e à profissão; b) compreender os princípios e as teorias de desenvolvimento moral e ético.

Na sociedade atual, duas importantes áreas existem para a introjeção de valores morais que são a educação formal e as doutrinas religiosas. Procura-se explorar um pouco mais em que consiste estes valores, com o objetivo de conhecer melhor a relação entre saber ético e suas relações no exercício profissional das enfermeiras.

Justificativa do Estudo

A atividade prática das enfermeiras vem sofrendo, ao longo dos anos, inúmeras críticas quanto ao seu desempenho. Tal prática parece ter originado de atitudes de acomodação, de conivência, ou até de impotência face a situação caótica dos serviços de saúde do país. Acrescenta-se ainda, que a produção técnico-científica da enfermagem é pouco conhecida e pouco valorizada pelo cliente e pela equipe multi-profissional. Além disso, a prática assistencial das enfermeiras tem sido até agora estudada e analisada sob o enfoque dicotomizado entre o saber e o fazer, entre o assistir e o administrar (Castro, 1982; Silva, 1986, Almeida, 1986; Cortez, 1990). Tais enfoques, deixaram de estabelecer uma base mais sólida para a compreensão de como as enfermeiras percebem suas responsabilidades ético-legais no desempenho das funções, que voluntária ou arbitrariamente, vêm assumindo no exercício profissional.

Justifica-se ainda, a preocupação quanto a responsabilidade ético-legal da enfermeira a partir dos seguintes pressupostos: a) a responsabilidade está intimamente ligada à competência; b) a responsabilidade e a competência reforçam o "status" buscado pela profissão; c) a responsabilidade ético-legal está contida e normatizada no Código de Ética e na Lei que regulamenta o Exercício Profissional; d) a responsabilidade da enfermeira está diretamente ligada a qualidade dos cuidados oferecidos à clientela e a proteção dos seus direitos e à vida; e) a reponsabilidade ético-legal é um compromisso da enfermeira na manutenção dos padrões profissionais.

Delimitação do Problema

Através deste estudo pretende-se responder a seguinte questão-problema:

"Como as enfermeiras percebem suas responsabilidades ético-legais no exercício profissional"?

No sentido de nortear o estudo foi desdobrada a questão-problema nas seguintes perguntas de pesquisa:

- 1) Qual o conhecimento das enfermeiras a respeito de suas responsabilidades ético-legais?
- 2) Que crenças e valores surgem no discurso das enfermeiras acerca da sua responsabilidade no exercício profissional?
- 3) Quais as opiniões das enfermeiras a respeito dos itens apontados como de sua responsabilidade pelo código de ética no exercício profissional.
- 4) Quais as atitudes das enfermeiras em relação às situações enfrentadas no desempenho do seu exercício profissional?
- 5) Qual o padrão dominante na forma das enfermeiras estruturarem seus pensamentos acerca da responsabilidade ético-legal no exercício profissional?

Marco Conceitual

O marco conceitual escolhido para este estudo tem a finalidade de fundamentar a origem das perguntas de pesquisa formuladas e de nortear a análise e apresentação dos dados. O

marco conceitual engloba os conceitos de crenças, valores, opiniões, atitudes, (intenções e comportamentos) Fishbein & Ajzen (1975); e as categorias dualismo, relativismo e compromisso estabelecidas por Perry (1970) para a compreensão do desenvolvimento intelectual e ético.

Fishbein & Ajzen (1975, p.12) definem **crenças** considerando que: "embora a **atitude** se refira a avaliação favorável ou desfavorável de um objeto, representa a informação sobre o objeto principal e liga o objeto a um atributo", as crenças representam as construções mentais elaboradas a partir da observação direta ou indireta de informações recebidas de fontes externas. Melhor dizendo, pela associação do objeto a vários atributos, o indivíduo forma suas crenças sobre si mesmo, sobre outras pessoas, sobre instituições, comportamentos e eventos. As crenças envolvem cognição, valores, opiniões e servem como base de informação que finalmente determina a atitude ou afeto, a intenção ou conação e o comportamento da pessoa face a um objeto ou evento.

Cognição representa o conhecimento, as opiniões e as crenças ou pensamentos da pessoa sobre um objeto, ou seja pode se resumir a idéia, noção ou informação de um objeto, tal qual o pensamento o conceba e o apreenda. Mais especificamente, ao se questionar o conceito das enfermeiras sobre responsabilidade, está se apurando os seus registros mentais, que podem estar baseados na aprendizagem recebida na escola de enfermagem, ou durante o exercício profissional, reforçadas ou não pelo conhecimento do Código de Ética de Enfermagem, e pela Lei do Exercício Profissional e/ou pelo comportamento esperado ou exigido pela sociedade. Quanto ao **afeto**, este refere-se aos sentimentos da pessoa em relação a determinado objeto ou avaliação deste objeto, pessoa, assunto ou evento. Ou seja, esses

elementos suscitam sentimentos positivos ou negativos baseados nas experiências anteriores ou suposições que se façam a respeito. Ao se tratar questões afetivas de responsabilidade, volta-se ao cumprimento volitivo destas, por parte da enfermeira, de acordo com sua competência, considerando não só o dever ou a obrigação mas a arte de cuidar de seres humanos.

Conação é interpretada por Fishbein & Ajzen (1975), como intenções comportamentais e ações com respeito a tal objeto ou na presença do objeto. Entende-se portanto, que as enfermeiras tendo o conhecimento da responsabilidade frente aos indivíduos/instituição e para com a própria profissão têm um envolvimento emocional e opcional para desenvolverem as atividades do exercício profissional, e terão algumas intenções de ações e comportamentos mais positivos. "Ter a intenção de" implica em auto-conhecimento das causas, dos motivos, das razões que levaram à expressão de uma resposta. É interessante notar-se que não se trata aqui de excluir as causas externas do comportamento, ignorando-as; elas devem ser analisadas, conhecidas e apreendidas pelo indivíduo e não apenas introjetadas. É importante também, salientar que os padrões de organização destas crenças determinarão os padrões de comportamento individual (Fishbein & Ajzen apud Neves, 1980).

Uma vez que não é conhecida a forma como tais julgamentos são feitos entre as enfermeiras, este estudo procurará identificar as crenças, opiniões e conhecimentos das mesmas a respeito de suas responsabilidades ético-legais, podendo analisar e até inferir a respeito do conhecimento, das atitudes e dos comportamentos que estas apresentariam frente às escolhas e julgamentos do dia-a-dia do exercício profissional.

Conceitua-se opinião como sendo a faculdade própria que torna a pessoa capaz de emitir julgamentos. É também um ato

intencional, um pronunciamento sustentado por um indivíduo que permite posições contrárias (Fishbein & Ajzen, 1975). Os conceitos de crenças, atitudes e intenções, ligados diretamente a responsabilidade das enfermeiras estão relacionados a julgamentos mais racionais das enfermeiras para executarem ou não ações responsáveis no seu exercício profissional. Muitos dos julgamentos quando analisados em seus fundamentos, são expressões de opiniões pessoais, envolvidas por preconceitos e por crenças. Tais crenças são fundamentadas em princípios morais, que por sua vez refletem os valores pessoais e profissionais apreendidos.

Os valores e os princípios morais apontam cursos de ações e sensibilizam as enfermeiras para aspectos significativos de uma situação moral. Estes princípios representam sua própria filosofia de vida, ou seja, a sua visão de homem e de mundo; são importantes porque expressam um núcleo que unifica as tendências das escolhas da pessoa, limitando-a e definindo-a. A visão de homem e de mundo, que a enfermeira possui está, por sua vez, associada ao estágio de desenvolvimento cognitivo no qual ela se encontra.

Segundo Perry apud Neves (1980) o comprometimento ou não, com a posição assumida depende do estágio de desenvolvimento cognitivo em que a enfermeira se encontra. Tal desenvolvimento ocorre em estágios ou em uma sucessão de períodos que possuem certas características estruturais e representam diferentes organizações psicológicas ou formas de pensar. A idéia central é de que se referem ao desenvolvimento intelectual, sendo caracterizado por uma estrutura geral estável que incorpora estruturas desenvolvidas em estágios anteriores, numa síntese mais elevada. Embora esta ordem de sucessão seja constante, pode variar de enfermeira para enfermeira, de acordo com o seu

desenvolvimento intelectual e o meio no qual age.

Isto significa que ao se considerar um estágio padrão, podem haver enfermeiras que apresentem um desenvolvimento mais avançado ou ainda, menos avançado em relação ao mesmo, mas a sequência dos estágios permanecerá constante nas áreas em que se mostrou que eles existem. O desenvolvimento é concebido como resultante do conflito cognitivo ou dissonante, gerado pela diversidade de opiniões que desafia a enfermeira a alterar os padrões e valores até então utilizados, para refletir sobre os diferentes assuntos relativos a responsabilidade ético-legal.

As formas de organização da estrutura de pensamento (Perry, 1970) são entendidas através de três categorias diferentes: a) dualismo; b) relativismo e c) compromisso no relativismo.

A descrição de cada categoria apresentada a seguir foi adaptada de Neves (1980).

Dualismo: refere-se a pensamentos organizados em termos absolutos tais como certo/errado, bom/mau, aceitação/rejeição de figuras de autoridade. Nesta fase, as enfermeiras não assumem inteira responsabilidade por que são influenciadas por outros profissionais da saúde, por crenças, valores recebidos da própria família, do sistema formador e pelo contexto social em que desenvolvem suas práticas. Baseado no trabalho de Neves (1980) e Perry (1970), poder-se-ia inferir que as enfermeiras, no pensar dualístico, carecem de habilidade tanto para analisar como para sintetizar material e exibem apenas auto-processamento mínimo em relação ao processo de tomada de decisão. Tais enfermeiras podem expandir sua consciência ética e o modo de processar suas decisões com relação as suas responsabilidades face a outros profissionais, tornando-se mais comprometidas

das com seu trabalho e sua categoria profissional.

Relativismo: refere-se a pensamentos organizados em níveis mais complexos, no sentido de admitir incertezas, diversidades e exame das alternativas possíveis. As enfermeiras percebem os assuntos éticos como incertos e diversos, e sentem a necessidade de orientarem a si mesmas a fim de avaliarem, de maneira racional, a autoridade que possuem. Nesta situação, por exemplo, a hegemonia médica na saúde é questionada. Iniciam-se discussões sobre as relações de dependência, interdependência e independência profissional.

As enfermeiras desenvolvem seu auto-processamento e chegam a um processo auto-criado de tomada de decisão, que é moldado para satisfazer seus próprios interesses e necessidades peculiares. Tornam-se capazes de perceber uma variedade de possibilidades legítimas e de lidar com os elementos positivos e negativos de cada uma delas; exercitam decisões na sua prática profissional, que agora visualizam como originadas de uma fonte experiente de conhecimento e não como um dado recebido de fonte externa e inquestionável. No entanto, ainda lhes falta conscientização das implicações desta prática e dos princípios éticos que as norteiam. O dever não é algo fixo ou claro, mas depende das escolhas individuais. A regra já não é aceita automaticamente, pois o bom e o correto depende do propósito que se tem em mente. Os julgamentos deste nível são baseados nas atitudes concernentes ao desempenho de papel.

Compromisso no relativismo: Refere-se a pensamentos organizados num alto nível de complexidade. As enfermeiras assumem responsabilidades, tomam decisões nos assuntos referentes ao exercício profissional, classificam seus valores de saúde e identificam as ações que elas pretendem desempenhar para com a própria saúde e a nível coletivo. Alguns dos desafios e

conceitos, tais como, tomada de decisão e responsabilidade, são assumidos para clarificar seus próprios valores, crenças, atitudes e comportamentos, assumindo maior compromisso profissional, reconhecendo os efeitos negativos e positivos de suas ações. Elas formulam hipóteses alternativas e deduzem consequências a partir da adoção de uma delas. Através de suas experiências elas são capazes de conceber a realidade com suas múltiplas relações e admitem múltiplas escolhas.

A teoria do desenvolvimento intelectual e ético de Perry (1970), foi utilizada por autores como Knefelkamp & Slepitzka apud Neves (1980), em seu estudo sobre desenvolvimento em relação à profissão, os quais classificaram o desenvolvimento cognitivo em nove áreas de mudança qualitativa nas formas de organização do pensamento das pessoas. Tais áreas são também utilizadas neste estudo sobre a responsabilidade ético-legal das enfermeiras, tendo sido adaptadas de Neves (1980). São elas: 1) **estrutura semântica**: refere-se ao uso, pela enfermeira, de expressões absolutas escritas ou orais, nos assuntos de ética em saúde; as enfermeiras progredem para a utilização de uma estrutura semântica mais aberta que permite maior número de alternativas e maior uso de modificadores e qualificadores; 2) **auto-processamento**: refere-se à habilidade de examinar a si própria e reconhecer os fatores determinantes da atitude de responsabilidade; 3) **análise**: refere-se à habilidade da enfermeira em ver sua responsabilidade em diversas perspectivas, fracionando o assunto em suas partes componentes. As enfermeiras à medida que desenvolvem esta habilidade, tornam-se crescentemente capazes de ver relações de causa e efeito; 4) **abertura para perspectivas de alternativas**: está presente na medida em que o indivíduo se conscientiza e reconhece a legitimidade de outros pontos de vista e explicações, mesmo que

estes difiram de sua própria perspectiva; 5) **habilidade de assumir responsabilidade**: refere-se a disposição da enfermeira de aceitar as conseqüências de ações ou decisões tomadas na prática assistencial, apesar de fatores interferentes desconhecidos e imprevistos; 6) **habilidade para desempenhar novos papéis**: refere-se a um número crescente de habilidade e comportamentos dentro do contexto da prática profissional e da responsabilidade, a qual exige constante revisão e aceitação de novos papéis. A habilidade aumenta na medida em que a enfermeira expande suas atividades dentro do papel; 7) **locus de controle**: refere-se à fonte para a qual as enfermeiras se voltam a fim de definirem a si próprias e aos diversos assuntos que dizem respeito ao exercício e à responsabilidade profissional e da ética em saúde. As enfermeiras progredem de uma posição de controle baseadas em fatores externos (definições tomadas de decisões das enfermeiras são dependentes das normas institucionais, formação moral, familiar, social, profissional) para uma posição onde a informação é processada predominantemente a partir de seus próprios pontos de referência internos (as definições decorrem da própria capacidade da enfermeira) sobre assuntos da responsabilidade ético legal; 8) **síntese**: refere-se à habilidade das enfermeiras em integrarem os diversos componentes do exercício profissional e da ética em saúde em um todo complexo. Como a síntese é mais complexa do que a análise, as enfermeiras não exibem este fator até que estejam bastante amadurecidas cognitivamente em sua abordagem do mundo; 9) **habilidade de assumir riscos consigo mesmas**: a enfermeira aumenta sua capacidade de por em risco sua autoestima na medida em que ela assume novos papéis. As enfermeiras confiam em si mesmas, o que as capacita a focalizar sua atenção na aprendizagem de novas experiências, ao invés de se

preocuparem se seu ego será ou não ameaçado.

Cada nível de desenvolvimento moral representa uma filosofia de vida, uma visão pessoal na forma de relacionar-se ao mundo. À medida que estes estágios ganham complexidade, vão tendo uma melhor organização dos conceitos. As enfermeiras podem distingui-los em seus esquemas e organizá-los numa estrutura mais compreensiva e mais equilibrada, ficando quanto mais avançada, mais comprometida com o seu próprio bem-estar, bem-estar dos outros, no senso de dever e de motivos, na consciência ética e legal, em relação aos princípios e regras, justiça, benevolência e autonomia e no desempenho de papel.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Este capítulo especifica o tipo de pesquisa desenvolvida, descreve o local, os critérios utilizados para seleção da população amostral, a proteção dos direitos humanos, o instrumento utilizado para a coleta de dados, o procedimento de análise, tratamento dos dados, validação do sistema de categorização dos dados, e procedimento de validação da análise e interpretação dos resultados.

Tipo de Pesquisa

É uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, visando identificar a percepção das enfermeiras sobre suas responsabilidades ético-legais, do ponto de vista do conhecimento, crenças, valores e opiniões das mesmas (Fishbein & Ajzen, 1975), bem como identificar as formas de organização do pensamento das enfermeiras com base na teoria de William Perry (1970). A abordagem quanti-qualitativa para a análise do conteúdo das entrevistas, objetivou conciliar as vantagens de precisão e objetividade da primeira, com a interpretação e descrição da segunda. Segundo Brink & Wood (1978) trata-se de uma pesquisa de nível I, pois refere-se a um primeiro estudo diagnóstico a respeito desta temática, que descreve "o que" os depoimentos das enfermeiras estudadas apontam sobre a responsabilidade.

Local e Período da Coleta de Dados

A pesquisa foi desenvolvida em uma cidade do interior, com 300.000 habitantes, de um dos estados do sul do país; com enfermeiras atuantes em assistência, ensino e administração dos serviços de enfermagem nas instituições públicas e privadas, no período de maio a junho de 1992.

População e Amostra

A população foi composta pela totalidade das 113 (cento e treze) enfermeiras atuantes nas instituições públicas e privadas da cidade, sendo 4 elementos do sexo masculino. A população de enfermeiras estava assim distribuída: 40(35%) trabalhavam no ensino; 53(47%) na prática assistencial, sendo que destas últimas, 20(18%) na saúde pública, 33(29%) no serviço hospitalar; e 20(18%) destas desempenhavam funções de chefia administrativa dos serviços de enfermagem. Os dados referentes às enfermeiras em exercício profissional foram obtidos no cadastro do COREN na cidade do estudo, completando-se as informações necessárias, com visitas nos locais de trabalho. Foram entrevistadas 26 enfermeiras, e destas, 24 constituíram a população amostral. Isto se deu por problemas técnicos de gravação de uma entrevista e outra por exclusão de um elemento do sexo masculino, procurando-se manter a homogeneidade da amostra quanto ao gênero. Utilizou-se a técnica de amostragem probabilística estratificada, considerando-se a predominância da função em uma das áreas do exercício profissional, ou seja, no ensino (E), na administração (ADM) e na prática assistencial (A). As enfermeiras foram assim codificadas por números e pela função. Procurou-se manter a proporcionalidade ante-

rior; desta forma, das 24 enfermeiras da população amostral, 9(37.5%) trabalhavam no ensino; 7(28.9%) na assistência hospitalar, 4(16.8%) na saúde pública e 4(16.8%) na administração dos serviços. Os nomes das enfermeiras foram arroladas de acordo com cada extrato onde trabalhavam e sorteados até a obtenção da amostra descrita, acrescida de 20% para possíveis substituições. Houve necessidade de duas substituições, uma devido recusa em participar do estudo por alegação de não disposição de tempo para fazê-lo, e outra por estar a pessoa sorteada, ausente da cidade no período previsto para a coleta dos dados.

Proteção dos Direitos Humanos

Foram asseguradas às participantes do estudo informações quanto aos objetivos da pesquisa, o anonimato das respondentes, o consentimento verbal e escrito, bem como prestados os esclarecimentos que as informantes desejassem. Eram também informadas sobre o fato de que poderiam interromper sua participação no estudo a qualquer momento que o desejassem. Era assegurado um ambiente reservado para a realização das entrevistas. Uma vez consentida a participação, a entrevista era realizada na instituição ou fora desta. Esta última opção ocorreu por três vezes, de acordo com a solicitação e a disponibilidade da entrevistada. Foi solicitada e concedida permissão para o uso de gravador durante as mesmas.

Solicitação de Permissão à Instituição

A solicitação de permissão para a realização do estudo deu-se através de carta-ofício, dirigida à diretoria geral e

de enfermagem das diferentes instituições de saúde pública ou privada da cidade do estudo, na qual foram apresentados os propósitos gerais do estudo e estratégias a serem utilizadas durante a coleta de dados, bem como assegurou-se que se procuraria evitar que a realização do estudo interferisse nas atividades diárias do serviço.

Instrumento para Coleta de Dados

Para desenvolver a entrevista foi utilizado um roteiro contendo questões abertas, elaboradas pela pesquisadora, complementadas com outras clarificadoras, formuladas quando necessário. Quanto à forma de apresentação, o roteiro compõe-se das seguintes partes: a) características gerais dos sujeitos, incluindo idade, anos de experiência profissional, estado civil, religião, tempo de formada, escola onde se graduou, cursos realizados após a graduação, o que havia estudado durante o curso em relação à ética; b) questões relacionadas ao conhecimento das enfermeiras sobre a responsabilidade ético-legal no exercício profissional; c) questões relacionadas às crenças, opiniões, atitudes e valores referentes a responsabilidade ético-legal que são relevantes para as enfermeiras no seu exercício profissional. Os aspectos relacionados a forma como as enfermeiras estruturam suas idéias em relação a responsabilidade ético-legal foram identificados a partir da análise de conteúdo das entrevistas, não havendo necessidade de serem incluídas perguntas específicas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora.

Teste Preliminar

Foi procedido um teste preliminar da forma e conteúdo das entrevistas, com seis (6) enfermeiras, sendo duas (2) da área de ensino, duas (2) da área de administração, duas (2) da área assistencial, selecionadas por conveniência, sendo todas residentes em uma das capitais do sul do país. As perguntas foram aplicadas e após análise das respostas, foram consideradas apropriadas, para serem utilizadas no estudo.

Procedimento de Coleta de Dados

Após permissão concedida pela instituição e chefias de enfermagem, as enfermeiras sorteadas foram, contactadas por telefone ou pessoalmente. No primeiro contato foi apresentada a solicitação escrita e foram feitos esclarecimentos necessários. Em seguida, as entrevistas eram agendadas para o horário e local de escolha da participante, evitando-se a interrupção da mesma. A duração das entrevistas ultrapassou a expectativa que era de 45' (quarenta e cinco minutos) para cerca de 1 hora e 30 minutos.

As enfermeiras e a própria pesquisadora puderam alterar a sequência dos questionamentos, conforme o fluxo de idéias e a interpretação pessoal da entrevistada sobre a temática pesquisada. Não houve preparo prévio das enfermeiras a respeito da terminologia usada, ou seja, responsabilidade profissional ou ético-legal, crenças, valores, atitudes, opiniões, a fim de que as enfermeiras se colocassem tal qual as percebiam.

A Análise dos Dados

O Método:

O método utilizado foi da análise temática intensiva de conteúdo (Bardin, 1977). Para tanto, é necessário e suficiente trabalhar o material através de uma amostragem rigorosa.

Para Bardin (1977, p.105)

"..a análise temática de conteúdo consiste em descobrir os 'núcleos do sentido' que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido...O tema é geralmente utilizado para estudar motivação de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc."

Berelson apud Polit e Hungler (1991, p.510) define análise de conteúdo como:

"...uma técnica de investigação de descrição quantitativa, objetiva e sistemática do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações".

Esta é uma técnica que está voltada para o estudo das idéias e não das palavras isoladamente. Exige portanto, um certo preparo dos textos a serem analisados, definindo-se as unidades de codificação, tornando operacionais os procedimentos de análise, com regras justificadas, formando o sistema de codificação capaz de referenciar e avaliar as unidades do texto em categorias e sub-categorias, isto de forma pertinente ao material utilizado quanto aos objetivos propostos.

Para Polit & Hungler (1991, p.511)

"o sistema de categorias nem sempre é usado na análise de conteúdo e pode em alguns casos ser desnecessário, mas a utilização de tal sistema usualmente aumenta a validade científica de um estudo de análise de conteúdo, por tornar a operação mais objetiva e sistemática. Um sistema de codificação capacita o pesquisador a classificar a mensagem ao longo de dimensões relevantes de conteúdo".

Material de Análise

As vinte e quatro entrevistas, de tipo semi-estruturada, constituíram uma amostra proporcional, visando obter a representatividade da população de enfermeiras da cidade do estudo. Estas entrevistas foram inicialmente gravadas, transcritas e digitadas na íntegra, dispondo de colunas vazias a direita para colocação dos códigos e posterior extração de segmentos para a análise, pelo procedimento computacional The Ethnograph (Seidel et al, 1988). As entrevistas continham respostas às perguntas:

1. O que você conhece a respeito de responsabilidade ético-legal da enfermeira?
2. Que valores ou crenças você mais reforça em sua vida pessoal ou profissional?
3. O que você acredita ser sua responsabilidade profissional?
4. O que você acha da responsabilidade ético-legal que lhe é atribuída pela instituição onde trabalha? Como você se sente em relação a ela?
5. Como você percebe suas responsabilidades em relação ao cliente?
6. Como você vê sua responsabilidade face a sociedade?
7. Qual a sua opinião a respeito das responsabilidades ético-legais que lhe são atribuídas pelo código de deontologia de enfermagem?
8. Como você percebe sua responsabilidade ético-legal face a responsabilidade de outros profissionais?
9. Quais as qualidades que você apontaria numa enfermeira competente?

As Unidades de Análise

Após o levantamento e a seleção do material a ser analisado, o que veio a constituir o "corpus" do trabalho, passou-se à fase de decomposição deste "corpus" em unidades menores ou elementos constitutivos, também chamados de unidades de análise.

A importância de uma unidade de análise aumenta com a frequência de aparição, para certos tipos de mensagens, ou para certos objetivos de análise, a ausência constitui a variável importante. Portanto, neste sentido, a abordagem quantitativa adotada neste estudo fundamenta-se na frequência de aparição ou da ausência de certos elementos na mensagem.

A análise qualitativa foi conduzida pelo referencial teórico-filosófico adotado, procurando-se chegar ao significado das frequências observadas. O que caracterizou a análise qualitativa foi o conteúdo do próprio material expresso pelas enfermeiras à partir da leitura. E conforme o referencial teórico adotado, resultou em categorias e sub-categorias. Estas contudo, devem estar fundadas na presença ou ausência do tema e não sobre a maior frequência da sua aparição em cada comunicação individual.

A análise temática é transversal, e segundo Bardin (1977, p. 175) isto significa que:

"...recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos. Não se tem em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados como segmentáveis e comparáveis".

O mesmo autor salienta ainda a importância do tema como unidade de análise em estudos sobre motivações, opiniões, atitudes, valores, crenças, e estudos de tendências.

A Categorização

Após selecionadas as unidades de análise, passou-se a codificação de acordo com as questões-problema e as pressuposições levantadas, seguindo-se também o marco conceitual de investigação do estudo. Tal análise e codificação visava identificar e agrupar categorias representativas e apropriadas ao "corpus". A fase de agrupamento, sendo um processo de análise que vai se dando no decorrer de diversas etapas, culminou com a construção de um corpo de categorias adequado ao material analisado. A fase de categorização descrita por Bardin (1977, p. 117) está assim definida:

"... é uma operação de classificação de elementos construtivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia) e critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso de análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos".

A decomposição do "corpus" pode ser realizada de diferentes modos (Bardin, 1977), contudo foram os objetivos do estudo que determinaram sua sistemática e natureza, ou seja, as unidades foram extraídas de acordo com a expressão do que as enfermeiras apontavam como conhecimentos, crenças, valores, atitudes, opiniões a respeito de suas responsabilidades. E ainda, foram extraídas as expressões pelas quais as enfermeiras demonstravam estruturar suas idéias. Estas foram identificadas utilizando-se por parâmetro as definições apresentadas no marco conceitual sobre as nove áreas de mudança qualitativa e um gráfico propostos por Knefelkamp & Slepitzka apud Neves (1980). Este gráfico, dispõe horizontalmente as áreas de mudança qualitativa, ou seja, estrutura semântica, auto-processamento,

análise, abertura para perspectivas de alternativas, habilidade de assumir responsabilidade, habilidade para desempenhar novos papéis, locus de controle, síntese, habilidade de assumir riscos consigo mesma. Verticalmente estão as categorias dualismo, relativismo e compromisso no relativismo.

De acordo com a frequência das áreas, em cada entrevista, foi sendo delineada a posição em que a enfermeira se colocava, considerando-se que as três primeiras áreas qualitativas correspondiam mais ao dualismo; as áreas seguintes ao relativismo e as três últimas ao compromisso no relativismo. Isto significou que, quanto mais elevado o estágio de organização da estrutura de pensamento, tanto mais a enfermeira apresentou áreas de mudanças qualitativas mais complexas, como ilustra o Quadro 1.

Por fim, o agrupamento do corpo de categorias ficou constituído por três níveis como segue:

Pelas **Categorias**, que correspondem às declarações temáticas globais referentes aos tipos de responsabilidades percebidas pelas enfermeiras, tais como: a) a responsabilidade face ao serviço que ela própria presta ao cliente; b) a responsabilidade face ao serviço que a instituição presta ao cliente; c) a responsabilidade face ao serviço que o pessoal sob sua supervisão presta aos clientes; d) a responsabilidade face ao serviço que o conjunto dos profissionais de saúde presta ao cliente; e) a responsabilidade face a população; f) a responsabilidade face ao desenvolvimento da profissão de enfermagem.

Pelas **Sub-Categorias** que traduzem as declarações temáticas referentes às questões-problema, tais como: conhecimentos, crenças, atitudes, valores, opiniões, e as formas de estruturação do pensamento das enfermeiras sobre sua responsabilidade ético-legal. A partir da análise identificou-se outras duas

sub-categorias que foram aqui incluídas, ou seja, **condições** (dificuldades, facilidades ou limitações) para o desempenho da responsabilidade, e **estratégias** (recursos utilizados pela enfermeira) para enfrentar ou não o desempenho do papel nos diferentes tipos de responsabilidade.

Pelos **Elementos Constitutivos** fornecem maior especificidade às sub-categorias e determinam suas diferentes relações.

Resumo do Processo de Análise dos Dados

O processo analítico constituiu-se dos seguintes passos:

1. Limpeza, organização dos dados das entrevistas segundo as questões-problema, e preparo do material escrito para ser tratado pelo programa computacional The Ethnograph (Seidel et al, 1988);
2. Extração de cópia dos dados, com numeração das linhas e manutenção de espaço na margem direita, para colocação de possíveis categorias e sub-categorias;
3. Categorização preliminar feita pela pesquisadora;
4. Validação preliminar desta categorização por cinco professores (graduação e pós-graduação da UFSC)
5. Aperfeiçoamento do sistema de categorização, considerando as sugestões oferecidas pelos validadores, resultando nos três níveis anteriormente descritos;
6. Alocação das categorias e sub-categorias, segundo o sistema de codificação nos três níveis descritos;
7. Extração de segmentos e freqüências das categorias e sub-categorias, usando o sistema de codificação;
8. Leitura e verificação pela orientadora deste estudo, por amostragem, da adequação do sistema de codificação quanto as respectivas categorias, sub-categorias e elementos constitutivos quanto aos objetivos e questões-problema

do estudo, tendo por base suas freqüências;

9. Revisão dos dados codificados, procedendo a substituição ou eliminação daquelas categorias ou sub-categorias que pareciam ser inadequadas;
10. Extração pelo computador dos segmentos para proceder a análise, interpretação, descrição e discussão dos dados, bem como da lista dos códigos e dos respondentes.

Validação

O risco de subjetividade por parte do pesquisador no processo de categorização das unidades de análise ou interpretação dos significados dá-se devido seu envolvimento com os propósitos, perspectivas, suas experiências anteriores, seus valores e modo de ver o mundo. Todos estes fatores nortearam seu foco de atenção para problemas específicos. Assim dada esta possibilidade inerente à análise qualitativa, torna-se importante a utilização de procedimentos que venham a validar os procedimentos utilizados.

Validação do sistema de Categorização

Neste estudo, foi utilizada uma análise técnica da categorização realizada pela pesquisadora, a ratificação por foi realizada por cinco professores da UFSC. Dentre os validadores, dois eram professores de pós-graduação em enfermagem que já haviam trabalhado com a teoria de Perry (1970) e com o quadro de categorias proposto por Knepelkamp & Slepitz (1976). Outros três eram professores nos cursos de graduação e de pós-graduação de enfermagem que possuíam experiência no ensino de ética profissional. Estes, validaram a categorização realizada com base nos temas de Fishbein e Ajzen (conhecimentos, cren-

ças, atitudes e opiniões).

As vinte e quatro entrevistas foram agrupadas em oito arquivos que continham três entrevistas em cada arquivo. Três arquivos foram aleatoriamente distribuídos para cada validador; juntamente com o corpo de categorias, sub-categorias e seus elementos, os quais foram construídos ao longo do processo de análise, com base tanto no marco conceitual do estudo, como a partir da própria análise intensiva de conteúdo das entrevistas.

Para a validação proposta, cada validador julgou a pertinência das categorias e sub-categorias selecionadas tanto de acordo com o sentido em relação aos dados que os originaram, quanto aos pontos importantes que deixaram de ser considerados, e se os aspectos julgados relevantes estavam de acordo com as informações coletadas. Cada validador trabalhou individualmente. Depois, em conjunto com a pesquisadora, foram discutidas as divergências e assinaladas as categorias e sub-categorias preponderantes em cada unidade de análise, sendo feitos os ajustes necessários.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão inicialmente apresentados os resultados referentes à caracterização dos sujeitos da amostra. A seguir, serão apresentados os resultados segundo os tipos de responsabilidade ético-legal (categorias) percebidas pelas enfermeiras, e depois, o detalhamento destas responsabilidades em termos de conhecimentos, crenças, valores, opiniões, atitudes, condições e estratégias para o desempenho ou não da responsabilidade (sub-categorias). As sub-categorias foram decompostas em elementos constitutivos que fornecem especificidade às declarações das respondentes.

As responsabilidades contidas nas categorias, são aquelas responsabilidades assumidas pela enfermeira em relação:

- a) ao seu próprio exercício junto ao usuário (cliente, aluno);
- b) ao serviço prestado pela instituição;
- c) ao serviço prestado pelo pessoal de enfermagem sob sua supervisão;
- d) ao serviço por ela prestado em conjunto com outros profissionais;
- e) a responsabilidade da enfermeira no desenvolvimento da profissão;
- f) ao serviço prestado por ela própria à população e a expectativa da população face aos serviços que recebe da enfermeira, segundo a percepção desta última.

Finalmente, serão discutidos os resultados em termos das formas pelas quais as enfermeiras do estudo estruturam suas idéias, segundo a concepção de Perry (1970) e Knepfelkamp & Sleptiza citado por Neves (1980; 1981).

Caracterização das Enfermeiras

Conforme demonstra a Tabela 1, as vinte e quatro enfermeiras entrevistadas tem de 24 a 44 anos de idade, sendo que 20 (83,3%) estão na faixa etária entre 24 e 33 anos, consideradas adultos-jovens conforme Havinghurst's Developmental Tasks, citado por Neves (1980, p.94). Quanto ao tempo de graduação 20 (83,3%) haviam concluído o curso de graduação no período de 2 meses a 10 anos; o tempo de serviço de 14 (58,2%) enfermeiras estava compreendido entre 1 a 5 anos. As enfermeiras com maior tempo de experiência profissional encontravam-se na área do ensino, exercendo a profissão há mais de 6 anos.

TABELA 1 - Características das enfermeiras respondentes segundo: idade, tempo de graduação, tempo de serviço e escola onde se graduaram.

CARACTERÍSTICAS	FREQUÊNCIA	%
IDADE		
18 - 34(*)	20	83,3
35 - 60(*)	04	16,7
TEMPO DE GRADUAÇÃO		
2m - 5 anos	10	41,6
6 - 10 anos	10	41,6
11 - 15 anos	02	8,4
15 - a mais	02	8,4
TEMPO DE SERVIÇO		
1 - 5 anos	14(**)	58,2
6 - 10 anos	06	25,0
11 - 15 anos	02	8,4
15 - a mais	02	8,4
ESCOLA DE PROCEDÊNCIA		
Cidade do Estudo	15	62,5
Outras do País	09	37,5

(*) Considera-se adulto-jovem aquele que possui idade entre 18 e 34 anos, e adulto, aquele de 35 a 60 anos, conforme Havinghurst's Developmental Tasks, citado por Neves (1980, p.94).

(**) 2 trabalhavam como atendentes antes da graduação, 2 ficaram sem exercer a profissão por um período de tempo.

Em relação aos cursos realizados após a graduação 12 (50,0%) possuíam algum tipo de especialização e 4 (16,6%) mestrado; 12 (50,0%) das respondentes eram casadas. Vale ressaltar que a maioria (62,5%) das enfermeiras fez seu curso de graduação em enfermagem na mesma universidade.

No que se refere às crenças religiosas, 12 (50,0%) eram católicas não praticantes. A espiritualidade pareceu ter muita importância para as enfermeiras do estudo, considerando-se os valores por elas apontados.

A crença religiosa, seja ela com base no catolicismo ou não, segundo a maioria das enfermeiras é fonte de direcionamento das atitudes, da formação do caráter. Para elas, o fato de poderem crer em algo (Deus, Ser Superior) e terem fé, contribui para a orientação de suas vidas. Ainda, algumas enfermeiras colocaram que procuram seguir princípios de formação moral, pois estes as auxiliam a diminuir discriminações e a não manterem 'mentiras'.

O grupo estudado recebeu, durante a graduação, de 30 a 60 horas/aula dirigidas ao estudo da Legislação, Ética e História da Enfermagem. Os aspectos mais enfatizados no curso, embora algumas tenham referido não se lembrarem, foram: postura, aborto, eutanásia, transplantes e transfusões sanguíneas, respeito à vontade e direitos da pessoa, sigilo profissional, suicídio, cuidados com o paciente em óbito, adoção.

Conforme relatado na metodologia do estudo, foi mantida a proporcionalidade de enfermeiras por função, demonstrada na Tabela 2;

TABELA 2 - Número de enfermeiras constante no universo e da amostra conforme função no exercício profissional.

LOCAL	UNIVERSO N= 113		AMOSTRA n= 24	
	Nº	%	Nº	%
Hospitais e Postos de Saúde	53	47	11	46
Escola	40	35	09	37
Administração dos Serviços de Enfermagem	20	18	04	17
TOTAL	113	100%	24	100%

TIPOS DE RESPONSABILIDADES ÉTICO-LEGAIS

PERCEBIDAS PELAS ENFERMEIRAS

No presente estudo considerou-se **responsabilidade ético-legal** da enfermeira, aqueles atos conscientes, livres, desempenhados no curso do seu papel profissional, estando tal responsabilidade relacionada com a abrangência das funções e deveres assumidos, e fundamentada nos aspectos éticos, científicos e legais (Baseado no conceito de "accountability" de Claus & Baley e Conway's apud Skeet, 1988).

Vale lembrar que a ética fundamenta-se na liberdade e consciência; onde os valores apontam para a conduta moral e fornecem as razões para os julgamentos e parâmetros adotados. A liberdade permite a livre escolha e a opção. Já a consciência manifesta-se na capacidade de percepção humana das diferentes situações e alternativas de resposta. Agredir valores éticos configura comportamento anti-ético, e violar direitos ou descumprir deveres expressos em lei ou dela originários caracteriza a ilegalidade. (Vazquez, 1989; Gelain, 1991). Contudo, salienta-se que o que é ético pode ser legal ou ilegal,

por exemplo a eutanásia. Assim também, o que é legal poderá vir a ser ético ou anti-ético, por exemplo a pena de morte. O aborto em dadas situações e culturas será ilegal e anti-ético.

Existiram divergências por parte das respondentes quanto às definições de papéis e liberdade de escolha na tomada de decisão. As enfermeiras delegam suas atribuições e assumem tarefas delegadas por outros profissionais. Percebe-se que a responsabilidade relaciona-se predominantemente com o desempenho de funções administrativas burocráticas e de gerência, iniciando um resgate maior das funções administrativas assistenciais através do plano de cuidados.

Através da Tabela 3 serão apresentadas as categorias quanto aos tipos de responsabilidades, em relação à função das respondentes.

TABELA 3 -Distribuição das Categorias Própria, Instituição, Pessoal, Conjunta, Profissão e População, por função das respondentes.

TIPOS de RESPONSABILIDADE	TOTAL	FREQUENCIA POR FUNÇÃO RESPONDENTE		
		ENSINO	ASSISTÊNCIA	ADMINISTRAÇÃO
PRÓPRIA	258	98 (38%)	106 (41%)	54 (21%)
INSTITUIÇÃO	78	31 (40%)	32 (41%)	15 (19%)
PESSOAL	66	25 (38%)	24 (36%)	17 (26%)
CONJUNTA	62	19 (31%)	29 (47%)	14 (22%)
PROFISSÃO	52	24 (46%)	13 (25%)	15 (29%)
POPULAÇÃO	44	18 (41%)	15 (34%)	11 (25%)

Pode-se perceber na tabela acima, que as enfermeiras referem assumir responsabilidades face aos serviços que elas próprias prestam ao cliente, sejam estes serviços de natureza

de assistência direta ou indireta. Tais serviços, requerem condutas administrativas burocráticas, administrativas de unidade, e administrativas da assistência, e que exigem planejamento, organização, direção, supervisão, controle e avaliação. No entanto, dada a divisão técnica do trabalho existente dentro da profissão, e estando as enfermeiras vinculadas às instituições prestadoras de serviços de saúde, outras responsabilidades são apontadas em relação à instituição, ao pessoal pertencentes às demais categorias de enfermagem e àquelas relacionadas ao trabalho conjunto à equipe multidisciplinar. As responsabilidades apontadas estão, em sua maioria, em conformidade com a Lei de Exercício Profissional.

Sendo a categoria própria aquela que recebeu a maior frequência de respostas, apenas ela receberá uma discussão pormenorizada neste estudo, sem contudo deixar-se de fazer considerações complementares a respeito dos demais tipos de responsabilidade conforme ilustra a tabela 3.

**CONHECIMENTOS, CRENÇAS, VALORES, OPINIÕES, ATITUDES,
CONDIÇÕES E ESTRATÉGIAS EM RELAÇÃO A RESPONSABILIDADE DA
ENFERMEIRA NO PRÓPRIO EXERCÍCIO PROFISSIONAL.**

O entendimento de responsabilidade no Próprio exercício, refere-se àquelas responsabilidades fundamentais que a enfermeira assume ao planejar, executar e avaliar os serviços prestados por ela própria, de forma a assegurar a não ocorrência de riscos ou danos para o cliente. Conforme consta no código de ética, a enfermeira, para assumir tal responsabilidade deve procurar manter válida sua competência, através da educação permanente, procurando constantemente sanar suas limitações. Destarte, a enfermeira avalia sua competência, e somente acei-

ta atribuição delegada ou encargos, quando capaz de desempenhá-los de forma a manter elevados os padrões da profissão, não contrariando as orientações estabelecidas nos códigos de exercício profissional e de ética (COFEN, 1993).

CONHECIMENTO QUANTO ÀS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS:

Conhecimento é a idéia, noção ou informação acerca de um objeto, tal qual o pensamento o conceba e o apreenda (Fishbein & Ajzen, 1975). São os registros mentais que podem estar baseados na aprendizagem recebida na escola ou durante o exercício profissional, reforçados ou não pelo conhecimento do código de ética e/ou pelo comportamento esperado pela sociedade.

As expressões referentes ao conhecimento sobre a responsabilidade ético-legal, deu-se de modo equilibrado entre as respondentes do ensino e assistência. No entanto, no que diz respeito ao conhecimento do código de ética, foi revelada a falta de conhecimento ou esquecimento das normas diretivas da categoria por vinte e uma enfermeiras. Isto demonstra que apenas 12,3% das enfermeiras mencionaram alguns artigos que compõem o capítulo das proibições do referido código.

As enfermeiras durante os depoimentos, procuravam analisar suas experiências profissionais a fim de determinarem onde se concentravam suas responsabilidades. Todas em algum momento referiram a preocupação de garantir uma assistência com "o melhor possível". Não estavam muito certas do papel profissional, achavam-se divididas entre a assistência e as atividades administrativas, o que de certo modo conflitava com o que acreditavam ser suas responsabilidades.

Na Tabela 4 são apresentados os dados referentes à sub-categoria conhecimento, decomposta em seus elementos constitutivos, ou seja, apresentam-se o número de vezes em que as respondentes expressaram conhecimento a respeito da responsabilidade no próprio exercício e a que esta se relacionava.

TABELA 4 - Distribuição da frequência dos Elementos Constitutivos da sub-categoria Conhecimento, por função das Respondentes, em relação à Responsabilidade no Próprio Exercício Profissional.

CONHECIMENTO e ELEMENTOS	TOTAL	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS POR FUNÇÃO		
		ENSINO N=9	ASSISTÊNCIA N=11	ADMINISTRAÇÃO N=4
Ético-legal	62	24 (8)	27 (10)	11 (3)
Assistencial	31	7 (3)	16 (9)	8 (4)
Gerencial	24	7 (6)	13 (7)	4 (3)
Código Ética	24	9 (9)	11 (11)	4 (4)
Técnico	17	8 (4)	6 (6)	3 (2)
Papel	16	7 (5)	6 (4)	3 (2)
Autonomia	12	4 (3)	7 (4)	1 (1)
Ensino	08	6 (5)	1 (1)	1 (1)

Nota: Os números entre parenteses apresentados nesta e nas demais tabelas, correspondem ao número de enfermeiras que se manifestaram em relação aos itens apontados.

A seguir serão feitas algumas considerações a respeito dos depoimentos que mais chamaram a atenção em relação aos elementos constitutivos do conhecimento.

Conhecimento Ético-legal das Enfermeiras no Desempenho das Responsabilidades no Próprio Exercício Profissional

Ético-Legal: é aquele que fundamenta os julgamentos, atitudes e ações das enfermeiras em relação às funções e deveres

assumidos no exercício profissional, de acordo com os princípios éticos, científicos e legais estabelecidos para a profissão.

Dentre os conhecimentos a respeito de responsabilidade ético-legal que as enfermeiras referem assumir, nota-se que existem discordâncias em algumas das colocações feitas. Por exemplo, algumas enfermeiras reconhecem o direito do paciente de ter acesso à informação e a conhecer a verdade a respeito de sua condição de saúde. Acreditam que a decisão sobre informar ou revelar o diagnóstico, deva ser tomada junto à família. Poucas enfermeiras justificam consistentemente sua participação de informante em conjunto com os demais profissionais de saúde e emitem opiniões, crenças e até mesmo expõem a falta de conhecimentos para fazê-lo, por ser tal ato, de competência médica. Acreditam estas mesmas enfermeiras, que a elas caberia fazer as orientações ou estimular o paciente a obter as informações sobre o diagnóstico junto ao médico. Outras enfermeiras respondentes assumem revelar o diagnóstico porque se sentem mais próximas ao paciente e integradas na equipe. Também opinam a respeito de verificar quem da equipe está mais preparado para informar o paciente. Contudo, a maioria das respondentes valorizam o fato de que se deva respeitar o direito do paciente de saber sobre sua condição de saúde, mas que este tem igualmente o direito de não querer saber.

No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993), os artigos 26, 27, 30 e 31 têm assegurado como deveres do profissional:

Art. 26 " Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da assistência de enfermagem, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer;

Art. 27 Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar;

Art. 30 Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do cliente e família sobre o seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer;

Art. 31 Colaborar com equipe de saúde na orientação do cliente ou responsável, sobre os riscos dos exames ou de outros procedimentos aos quais se submeterá."

No entanto, após a determinação do diagnóstico, dada a proximidade no relacionamento enfermeira/paciente/equipe, é possível que a enfermeira assuma em conjunto com a equipe esta responsabilidade. Observa-se, porém, a interferência de alguns fatores que podem estar retraindo a postura das enfermeiras, tais como: a) o domínio médico sobre a determinação do que julga ser conveniente ao paciente saber; b) o afastamento da enfermeira nas relações diretas com o cliente e, conseqüentemente, a impossibilidade de apoio emocional em assuntos de natureza mais grave; c) o cliente pode não acreditar nas informações dadas pela enfermeira, sendo notória a confiança da população no conhecimento médico.

Acha-se necessário esclarecer que o Art.59 do Código de Ética Médica (1988), assegura:

"É vedado ao médico, deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos da tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal".

É portanto, garantido ao cliente ou seu representante legal direito de acesso a tais informações e a seu prontuário. À enfermeira cabe a orientação do paciente para obtê-las, ou advogar pelo paciente estes direitos junto ao médico.

Os depoimentos que seguem ilustram alguns aspectos acima discutidos:

"...já dei diagnóstico de criança mal formada, de óbitos, porque era eu que estava presente ali, depende muito da equipe. Eu acho que quem tiver maior acesso ou interação com o paciente terá melhores condições para ajudar..." (ID.13 E)

"Eu penso que a responsabilidade seria o sigilo profissional, por exemplo, o diagnóstico do paciente, não cabe a mim dizer, cabe ao médico dizer a verdade, mas pessoalmente eu gostaria de saber." (ID.08 ADM)

"Geralmente, o paciente já tem noção da patologia, muitas vezes está negando, eu acho que você deve trabalhar com ele, ser sincero, mas atuar humanamente, sem dó. Deve-se jogar limpo, por que independente disto ele está vivendo aqueles momentos." (ID.04 A)

Destaca-se, no julgamento da respondente a seguir uma reflexão a respeito das alternativas para a tomada de decisão. Ela declara desejar informar, garantir os direitos da pessoa saber sobre sua saúde. Ao mesmo tempo ela devolve tal responsabilidade para a família e ainda advoga a respeito das alternativas, dentre elas a possibilidade da pessoa não desejar saber. Não obstante, dada as discrepâncias existentes, vê-se que as bases informativas e legais, a quem compete o quê, estão ainda desconhecidas e pouco discutidas dentro de uma área que requer interdependência e respeito frente à clientela. Tais questionamentos, passam pelo entendimento dos diferentes valores individuais que poderão estar conflitivos aos valores profissionais requeridos a nível coletivo.

"Eu parto de mim, eu gostaria de saber meu diagnóstico, enquanto profissional eu procuro orientar, acho que se deva ouvir primeiro a família, ver como a pessoa está percebendo o problema e se quer saber. Tem pessoas que se fecham, negam-se a comentar, ficam reservadas, tal comportamento sugere que não querem saber. Se este comportamento estiver interferindo no tratamento, então elas deveriam saber..." (ID.17 E)

Os princípios de benevolência e beneficência muitas vezes se contrapõem. Isto pode significar que não se deve apoiar sempre as atitudes paternalistas como formas de justificar a

ignorância e a manutenção do controle pelo saber sobre as pessoas. Tais atitudes podem violar a autonomia das pessoas. Do ponto de vista moral, estas só seriam aceitas para protegerem da auto-injúria, o que é controvertido, pois nos casos de doenças contagiosas, como a AIDS, a confidencialidade é quebrada visando não os direitos individuais, mas os direitos coletivos.

Para Raths apud Coletta (1978) os valores não existem separadamente, mas estão refletidos no julgamento de valor que a pessoa faz. Portanto, uma enfermeira pode estabelecer que a um paciente deva ser dito seu diagnóstico (julgamento de valor) porque ele tem o direito de conhecer a verdade (valor = verdade). E ainda, o autor coloca que a tomada de decisão requer habilidades cognitivas, pensamento crítico, criatividade, lógica, moral. Assim, nenhum quadro de valores é apropriado para todo mundo, mas pode ajudar a aproximar a distância entre o que se diz e o que se faz.

Torna-se portanto mais fácil para algumas enfermeiras, assumirem uma postura dualista, que segundo Perry (1970), seria o modo de aceitarem inquestionavelmente a autoridade médica, deixando de avaliar a possibilidade de alternativas e acomodando-se a exercerem papéis submissos, repassando a ao médico a responsabilidade pela decisão. Outras enfermeiras, no entanto, já assumem posturas mais relativistas ao considerarem as condições de trabalho em equipe, a possibilidade da profissional enfermeira fazer-se presente e o seu preparo para oferecer apoio emocional. Embora pareça que as respondentes desconhecem as teorias éticas, nota-se que suas decisões estão de acordo com o senso comum, mas também preservam os princípios das teorias éticas. Poder-se-ia destacar duas delas: a teoria teleológica ou utilitarista originada por Jeremy

Bentham, 1748-1832, e John Stuart Mill, 1806-1873, e a teoria deontológica ou formalista, originalmente proposta por Immanuel Kant, 1724-1804, citados por Lamb (1985, p.41). A primeira busca o maior equilíbrio entre o valor e desvalor, de modo que o custo e o sofrimento sejam minimizados, procurando maximizar os benefícios para que a atitude repercuta benéficamente ao maior número de pessoas, e que possa ser reproduzida em situações similares. Esta teoria caracteriza-se por refletir a respeito das consequências dos atos. Já a teoria formalista apoia-se em valores, obrigações, e isto significa que toda ação tem valor moral quando ela é racionalmente desejada e feita para cumprimento do dever, considerando pessoas e fins, e tendo por base um princípio que seja aceitável como uma lei moral fundamental para todos os seres racionais. Assim, o respeito à vida, dignidade, e direitos do homem, são valores que compõem a idéia que existe entre enfermeira e a sociedade. Conforme refere Lamb (1985, p.41), "o código de ética contempla a profissão com regras que deverão ser entendidas no contexto, respaldadas pelos princípios e teorias éticas".

Ainda como responsabilidade ético-legal, é de conhecimento das enfermeiras, assegurar a qualidade dos materiais da unidade, as condições do setor, o número e qualificação dos funcionários para propiciar o atendimento às necessidades dos clientes de forma a expô-los ao menor risco possível. Esta preocupação está evidenciada, embora a maioria não tenha feito referência a pontos já antes contemplados no Código de Deontologia. Atualmente, os artigos 16 e 24 do Código de Ética, apontam como responsabilidade e dever da enfermeira assegurar à clientela assistência de enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência (COFEN, 1993).

Salienta-se que o desconhecimento das responsabilidades

ético-legais traz consigo a falta de definição do que seja ético, moral e de moralidade. De acordo com Pereira, O. (1983) entende-se que a essência da moralidade é o saber consciente e livre sobre o que é bom ou ruim, o que é conveniente ou inconveniente. Não se pode entender moral fora de uma auto-determinação, auto-construção do indivíduo como pessoa e sujeito histórico. Assim sendo, a questão dos valores implica de imediato no dever e na vontade de realização de tais valores, moralmente bons ou convenientes. Portanto, a moral se estabelece entre a construção de valores na liberdade da ação, ao mesmo tempo que na necessidade da lei, e esta lei surge da escolha do que é valoroso para o homem em suas relações.

O que se percebe muitas vezes, é que a preocupação das respondentes está em continuarem tendo uma conduta moralista e não de moralidade.

Levanta-se aqui que as responsabilidades são percebidas de acordo com o papel ou a função que as enfermeiras venham a desempenhar, o que vem a corroborar com uma visão fragmentada e tarefaira de responsabilidade. Logo, nos depoimentos seguintes têm-se algumas colocações a respeito de suas responsabilidades com a assistência e de suas percepções de responsabilidades de acordo com certos papéis assumidos.

Conhecimento das Enfermeiras quanto à Responsabilidade Assistencial no Próprio Exercício Profissional:

Assistencial: é aquele utilizado na intervenção do processo de cuidar direta ou indiretamente; apoio, proteção, atendimento às necessidades daqueles que não dispõem de recursos suficientes.

Certas atividades têm especialmente preocupado as enfer-

meiras, por exemplo, a questão da triagem no atendimento e encaminhamento para serviços mais complexos.

"Eu acho um pouco perigosa as triagens que estamos fazendo, a gente se envolve e acaba perdendo tempo demais. Tenho um pouco de medo porque a gente se expõe. Para fazer uma avaliação bem feita leva tempo e não temos este preparo, para assumir esta responsabilidade..." (ID.19 E)

"Às vezes você pode estar triando um paciente erroneamente, você supre a falta do médico no posto, faz a consulta de enfermagem e não pode medicar, você manda ele para casa dando as orientações. De repente a patologia é algo mais sério e o caso se complica e você será responsável não pelo seu atendimento mas pelo que deixou de fazer..." (ID.04 A)

O problema surge principalmente nos postos de saúde, onde se estabeleceu que a permanência do médico é para atender a dezesseis consultas e quatro urgências, gastando para isso, em torno de quatro horas. Geralmente no período da manhã, muitos clientes são agendados e não ocorre o completo atendimento da demanda. Alguns médicos segundo informações das respondentes, atendem em uma hora e meia e vão embora, ficando para a enfermeira que chefia os postos, os atendimentos que se seguirem durante o dia. E a própria responsabilidade do cargo de chefia dos postos faz com que a enfermeira se preocupe em atender a população que procura atendimento psicológico e de odontologia, bem como assume os cuidados com materiais e funcionários destes atendimentos, além dos da equipe de enfermagem. Entre outras atividades, mantém a assistência e controle de grupos de pacientes crônicos, visitas às creches, visitas domiciliares e atende programas vacinais e de treinamento de funcionários.

Pelas colocações feitas pelas respondentes, elas estão inseguras quanto a prestarem uma assistência livre de riscos, além disso existe a possibilidade de estarem contrariando o antigo Art. 24 e atual Art. 51 do Código de Ética onde: "é

proibido prestar assistência ao cliente que por sua natureza incumbe a outro profissional, exceto em caso de emergência" (COFEN, 1993, p.9).

Embora se encontrem desvios de função, as enfermeiras do estudo demonstraram preocupação com a distribuição das tarefas, quanto a sua complexidade e o nível de formação de seus subordinados que serão posteriormente abordados. Também mencionaram a busca de recursos para aprimorarem suas prescrições, tais como cursos para realização do exame físico dos pacientes. As enfermeiras demonstram o desejo de melhor administrar a assistência dos cuidados de enfermagem.

"... algumas enfermeiras estão fazendo o curso de exame físico e depois queremos sentar e iniciar uma esquematização para isto, porque estamos muito voltadas para a parte administrativa, perdendo tempo com coisas que não são proveitosas para nós... A gente tem aquela preocupação de dar uma boa assistência para o paciente, fazer tudo o que ele precisa, conversar um pouquinho, e ter melhor relacionamento... quando eu faço plantão de fim de semana, eu posso ajudar a medicar, fazer uma técnica, ver os pacientes graves, ler os relatórios das meninas..." (ID.05 ADM)

As enfermeiras referem realizar os procedimentos que requerem maior habilidade e conhecimento, principalmente junto aos pacientes graves. Por outro lado, percebe-se ainda a ênfase nos aspectos biológicos e no bem-estar físico dos pacientes, mais que nas questões referentes ao bem estar psíquico que tangenciam a liberdade de escolha, de respeito aos direitos de conhecerem e terem autonomia para decidirem sobre os rumos de seus tratamentos. Curtin (1979) alerta para o fato de que todos os pacientes internados estão de alguma forma vulneráveis a terem violada sua autonomia, criando a necessidade de leis que protejam os direitos dos pacientes.

Conhecimento das Enfermeiras quanto à Responsabilidade Gerencial no Próprio Exercício Profissional.

Gerencial: é aquela que baseada em informações a enfermeira avalia a situação, planeja, executa, e avalia a própria ação, nas atividades privativas, podendo delegar atividades, devendo contudo supervisionar e orientar a execução das mesmas pelos elementos da equipe, avaliando o desempenho destes e a qualidade da assistência prestada.

A responsabilidade gerencial da enfermeira estende-se muitas vezes para além da administração e do planejamento da assistência à clientela. A enfermeira está assumindo responsabilidades frente às atividades desenvolvidas na unidade de internação, no controle e supervisão de materiais quanto à qualidade e quantidade, seleção, treinamento e avaliação da equipe de enfermagem e algumas vezes, de funcionários dos serviços auxiliares como copa, limpeza, vigilância entre outros. São atividades percebidas como próprias, posto que enquanto líder da equipe é esperado dela tais atividades de delegação e acompanhamento do seu pessoal.

"Quando os problemas começam a aparecer eu me questiono quanto a isso. Eu tenho que ser responsável pelo paciente, é a primeira coisa, porque quando o paciente não está bem é porque alguém não está cuidando bem, e se ele não está bem eu não estou observando...Eu sou responsável pelo estoque de farmácia, pela comissão de infecção hospitalar, pelo treinamento dos funcionários de copa e limpeza, eu não conto com outra enfermeira, e os funcionários mais preparados estão em instituições maiores, então tenho que treiná-los..."(ID.07 ADM)

Este depoimento traduz-se na "Síndrome da Super-Enfermeira" tratada por Harrison apud Kurtz (1991, p.7) onde enfermeiras têm altas expectativas a respeito de si mesmas e de seus colegas de trabalho, e parece ter semelhanças com os múltiplos

papéis, geralmente assumidos pelas mulheres, ao conciliarem o trabalho público e o privado, procurando satisfazer a ambos, esquecem-se muitas vezes de si mesmas. As enfermeiras, tanto quanto as mulheres de um modo geral, esquecem-se de suas próprias necessidades. É uma situação de dualidade entre o saber/fazer, o assistir/gerenciar. Ainda assim, esta carga de tarefas a serem desempenhadas faz delas elementos estressados e estressores, sendo pejorativamente nominadas como "capatazes" de uma administração da qual compartilham poucos privilégios ou reconhecimentos, sejam estes econômicos ou de respeito ao conhecimento profissional.

"Eu me comprometi desde o início, ligava para o hospital de casa. Esse laço surgiu quando eu era solteira. A partir do momento que estou casada, tenho outros compromissos e fica difícil conciliar minha vida particular com as exigências do hospital."
(ID.21 ADM)

No entanto, apesar de refletir na baixa auto-estima que o grupo mantém, ainda assim, a enfermeira percebe-se como essencial à obtenção de melhor qualidade de assistência junto ao paciente, que pouco a diferencia das demais categorias. Isto seria compreensível diante à falta de informação da população devido a problemas internos à profissão, como a divisão de classes e também, pelo pouco espaço que a enfermagem, enquanto categoria, assegura social e politicamente no sistema de saúde.

"Tenho a responsabilidade de supervisionar o posto de saúde, fazer consultas de enfermagem, planejamento, implementação e supervisão de programas de puericultura, creche, e supervisionar a equipe junto a esses programas. Agora passamos a assumir o cargo de chefia dos postos; vão aumentar as atribuições. Ficaremos responsáveis pela supervisão e escalas do psicólogo, dentista e médicos. Isto será um problema, a instituição nunca cobrou cumprimento do horário por parte dos médicos, eles nunca cumprem as quatro horas." (ID.06 A)

"A responsabilidade maior é estar junto ao cliente,

outra é junto aos profissionais do serviço, fazer orientação dos funcionários, não só de enfermagem mas desde zelador, auxiliar administrativo." (ID.03 A)

A sobrecarga de atividades administrativas leva a sentimentos de culpa, medo pela falha, e estresse por se sentirem só e responsáveis pela qualidade dessa assistência. Saliêta-se que tanto as responsabilidades assistenciais quanto as gerenciais não podem ser excludentes, existindo certas particularidades nas atividades desenvolvidas, que em sua maioria, exigem a tomada de decisão, e ambas completam a assistência ao paciente.

Segundo Churchill (1977) o desafio ético básico para a profissão está entre a ética de competência e a ética da compaixão. Isto corresponde a duas fontes de responsabilidade para a enfermeira, uma dentro da profissão e outra de fora. A ética de competência é uma resposta à pressão interna da profissão, de alguns colegas para ser bom o que alguém faz, para ter boa performance e pelo próprio padrão da profissão. Já a ética da compaixão, ao contrário, é uma resposta à pressão externa à profissão, de pacientes em geral imaginarem que outros estejam sendo melhor cuidados. Neste caso, prospera o sentido de humanidade comum entre o leigo e a enfermeira. De qualquer modo, o conflito, estresse gerados, levam a insatisfações e ao abandono da profissão, porque seus valores não estão de acordo com o que executa.

Conhecimento das Enfermeiras a respeito do Código de Ética no Desempenho do Próprio Exercício Profissional:

Código de Ética: não tendo sido ainda publicado na época da coleta de dados, o novo Código de Ética Profissional, espe-

rou-se que as enfermeiras fizessem suas referências ao antigo Código de Deontologia de Enfermagem, no entanto, fez-se os comentários já considerando os artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993).

No que concerne aos códigos, denota-se o pouco conhecimento do caráter ético e mesmo legal das ações de enfermagem, sendo estas respaldadas de forma empírica, pessoal, na experiência vivencial, e cultural do profissional. Assim, o conhecimento a respeito do código não se fez notar claramente, resultando alguns comentários a respeito de uma ou outra situação.

"Honestamente o que posso dizer é que existe uma lei que a gente utiliza. Não me lembro mais...a gente tem um padrão de comportamento e a gente acaba levando isso para a profissão e eu acho que é isso que rege minha conduta ética dentro da profissão."
(ID.15 E)

"O código de ética li na escola em 76, voltei a ler umas duas vezes, acredito que saiba muito pouco, sei que está sendo rediscutido mas não estou inteirada. A lei do exercício profissional a gente está sempre relendo. A minha ética pessoal está impregnada nas minhas atitudes, não consigo apontar o que está no código, só a nível pessoal, de experiência vivencial, cultural e profissional. A gente não discute postura com os alunos, vejo como deficiência minha mesmo." (ID.11 E)

"Não me lembro do código de ética. A gente está trabalhando de forma muito mais intuitiva, parte cada um já tinha na sua formação pessoal em relação ao respeito ao paciente, na sua conduta de trabalho. Isso vem muito da formação, a universidade não consegue muito, mas a formação ética foi incentivada, bem como buscar as reais funções da enfermeira."
(ID.25 A)

Destaca-se que mais que conhecidas estas normas devam ser vivenciadas e questionadas dentro da categoria, e que estes depoimentos traduzem falhas na formação das profissionais para que seja possível reivindicar um maior reconhecimento profissional. Uma vez que se torna difícil manter os padrões éticos profissionais e o "status" reivindicado sem conhecer e demons-

trar atitudes em relação a eles. As enfermeiras, seja qual for sua função, pouco conhecem dos seus direitos e deveres. De-
frontando-se portanto, com maiores dificuldades para sustentar suas posições e a devida participação enquanto agentes de mudança social.

Então, qual o melhor modo para serem trabalhadas e exercitadas as normas de conduta profissional estabelecidas no código, uma vez que pelas citações realizadas, este papel tem sido colocado como de responsabilidade das escolas de enfermagem? As enfermeiras parecem não perceber esta necessidade. Dentre estas questões ressalta-se que todas as enfermeiras entrevistadas, que ocupavam cargos de liderança administrativa da equipe de enfermagem, desconheciam formalmente o código, ou seja, as normas básicas de conduta ética e legal junto às instituições de saúde, clientela, e categoria profissional. Embora tenha-se que ressaltar por parte de algumas, demonstrações de internalização em seus padrões de conduta. Outro destaque está na figura do docente que pouco transmite estes conhecimentos, também por desconhecê-los.

Embora se saiba que todo agir deva ser ético, posto que pressupõe decisões tomadas nas relações humanas, buscando não causar danos a outros, e promover o bem-comum, verifica-se uma dicotomia existente e um distanciamento entre o prescrito no código e a atuação nas práticas diárias, bem como o pouco interesse dos docentes em assuntos de natureza filosófica da profissão. Por outro lado, tal distanciamento aumenta as concepções errôneas ou obscuras a respeito da ética profissional.

"Lembro pouca coisa do código de ética, porque a ética deveria ser no final do curso e não no início. A gente esquece, se não voltar a estudar é uma coisa que não se retoma. Quando se fala de ética o que lembro é de ficar quieta, não falar, não comentar nada do que acontece no hospital, não levar nada para fora. Você é responsável por tudo que acontece

com o paciente, pelos funcionários, a culpa vem em você. No trabalho, a gente é sempre culpada..." (ID.02 A)

"Não foi na disciplina especificamente que aprendemos postura profissional, porque na época não íamos para o hospital. Mas foi durante o curso, a gente foi desenvolvendo e depois mantendo". (ID.25A)

"Eu não me lembro do código. Eu sei que existem coisas que envolvem moral, honestidade, não colaborar com o aborto, a não ser quando legal e autorizado." (ID.21 ADM)

Nestes depoimentos, observa-se que existe certa deficiência no preparo de estudantes para a tomada de decisões éticas. Educadores e enfermeiras da prática acreditam que os estudantes já conhecem a coisa certa a ser feita. A educação ética e a clarificação dos valores está enfatizada por Uustal (1978) ao afirmar que os valores devam ser clarificados enquanto parte importante da educação ética da enfermeira. Para a autora, as enfermeiras podem iniciar explorando seus valores à partir do que elas próprias trazem dentro de si, tão bem quanto os valores inerentes à profissão. Aborda ainda, a necessidade de se conhecer os valores pessoais e profissionais para poder averiguar se são congruentes ou divergentes. Assim as enfermeiras poderiam avaliar a necessidade de mudanças, e quais os valores mais apropriados para o papel profissional.

Conhecimento da Enfermeira quanto à Responsabilidade Técnica no Próprio Exercício Profissional.

Técnico: é o saber em relação as ações técnicas específicas que requerem habilidade manual e o conhecimento dos princípios científicos para desempenhá-las.

As enfermeiras respondentes salientaram ter conhecimento

suficiente do ponto de vista da habilidade técnica, ressaltando que a escola ofereceu bom preparo quanto a fundamentação científica, e que saberiam onde recorrer para sanar dúvidas. As dificuldades apresentadas estão mais relacionadas ao conhecimento das relações de interdependência e às condições oferecidas pelas instituições. Citaram também, dificuldades para a implantação de uma metodologia assistencial, enquanto instrumental técnico-científico baseado em modelos teóricos de enfermagem que enriqueçam a assistência a nível individual e coletivo.

"No bercário, não tinha funcionária para cuidar dos recém-nascidos, não havia rotina de credeinização, aplicação de kanaquion, cuidados com a identificação, e cuidados com incubadoras. Trocamos e arrumamos tudo, até as roupas do bercário, parece pouco, mas foi uma conquista para mim. Os médicos até aumentaram o número de internações das parturientes no hospital." (ID.07 ADM)

O depoimento induz a três perspectivas pelas quais passam as enfermeiras no seu desenvolvimento profissional: a) a habilidade técnica ensinada e exigida nas escolas de enfermagem; b) a habilidade técnica pessoalmente reconhecida como necessária para fazer, ensinar e supervisionar ações delegadas; c) a expectativa da população em relação às habilidades técnicas próprias da enfermeira. Tais habilidades sofrem outras interpretações de caráter técnico-científico e as de caráter puramente manual.

Na primeira perspectiva, para consecução das atividades, a escola enfatiza o conhecimento dos princípios científicos, e o conhecimento das disciplinas básicas dentre elas a anatomia, fisiologia; por conseguinte, ao aluno é colocado que mesmo sem ter experienciado a técnica, este estará capacitado, desde que siga tais princípios. Mesmo não tendo a destreza manual necessária, a escola apoia-se nos conhecimentos técnico-

científicos e no julgamento crítico do profissional para não por em risco a clientela.

Dentro da segunda perspectiva, durante o exercício profissional as enfermeiras exigem de si mesmas a referida qualificação para serem consideradas competentes. Ética e legalmente não ignoram que são responsabilizadas pelos erros coparticipados e pelos atos que delegaram, embora exista certa insatisfação com relação a isto. Ao delegar a execução de uma atividade, a enfermeira faz uma avaliação de risco sobre a capacidade do funcionário a quem a está atribuindo e o seu grau de complexidade. Conforme alguns depoimentos já citados, as enfermeiras têm assumido responsabilidades técnicas mesmo quando pouco seguras para fazê-lo.

Na terceira perspectiva, salienta-se que o indivíduo permite a exposição do seu corpo à manipulação do profissional, procurando atingir o bem-estar, mas muitas vezes ele é grosseiramente tratado e tornando-se vítima de processos iatrogênicos.

Por se tratar de uma profissional com competências técnico-científicas, a enfermeira deve ter claro o entendimento de enfermagem enquanto arte e ciência. A arte do cuidado manual, vista como extensão da capacidade mental, transforma e esculpe potenciais humanos. Esta interação baseada na confiança, no respeito, provavelmente irá assegurar o desempenho de condutas moralmente aceitáveis. Portanto, ao cuidar do ser humano não é concebível do ponto de vista ético separar-se o cuidado manual do intelectual. As enfermeiras em todos os níveis de organização agem dentro de um ambiente moral. As enfermeiras administradoras possivelmente, têm maior oportunidade e autoridade para ajudarem a criar e manter este ambiente moral. Todavia, torna-se importante aprofundar as discussões acerca

das implicações éticas destas três perspectivas.

Conhecimento das Enfermeiras a Respeito do Papel de Responsabilidade no Próprio Exercício Profissional.

Papel: é o conjunto de comportamentos específicos, esperados de acordo com a função, posição que a enfermeira assume na interação com as pessoas em uma dada situação e lugar.

A visão administrativa das enfermeiras ao saírem da escola aparentemente está confusa, conflitiva. O seu trabalho depende muito das relações que se estabelecem dentro das instituições. A formação recebida na escola prioriza as relações enfermeira/paciente, enquanto que a realidade da prática, requer o domínio do conhecimento da enfermeira nas relações coletivas de interdependência, ampliando suas responsabilidades no desempenho do papel. Percebe-se claramente a necessidade de políticas de inserção do recém-graduado nas instituições de saúde, podendo ser estas de iniciativa das instituições ou promovidas pela própria categoria profissional. Este apoio poderia ser mantido, dando ênfase na implantação de programas de educação continuada, englobando formas de recrutamento, seleção, orientação, treinamento, atualização, e aperfeiçoamento.

"...minha responsabilidade frente ao paciente eu sabia mas frente ao hospital não; relacionar-me com as pessoas, com a farmácia, compra de materiais, tipos de exames, como encaminhá-los, eu não tinha base. Se eu mandasse outro assumir o que caberia a mim?" (ID.05 ADM)

"Quando eu me formei as normas estavam impregnadas em mim, eu seguia as normas do hospital item por item !" (ID.01 E)

"Você é jogado dentro de um hospital, você nunca vai sair da universidade sabendo tudo, então você deveria se informar mais sobre os problemas do hospital." (ID.08 A)

Os depoimentos colocados parecem estar em conformidade com os relatos apresentados por Schempp & Rompre (1986) de que as recém formadas são pegas no meio de um fogo cruzado entre a educação e a prática, onde com frequência, sentem-se pessoalmente responsáveis pela falta de preparo para desempenharem o papel de enfermeira. Trevizan (1988) acredita que as razões que antecedem à crise de identidade e a indefinição de papéis e funções, ocorram devido às imposições institucionais que burocratizam serviços e subordinam as enfermeiras às exigências da administração hospitalar e de grupos profissionais que interferem de modo direto no trabalho da enfermagem. E ainda, pela falta de auto-determinação de suas funções e de ajustes a seus princípios para conduzir soluções de problemas específicos de sua área. A autora coloca que a auto-determinação apoia-se na competência técnica e científica, e na autonomia para a tomada de decisão.

"Depois de formada estava bem perdida em termos de administração, eu precisava colocar rotina no setor, supervisionar as técnicas desempenhadas pelas atendentes, a minha parte eu sabia, frente ao resto do hospital eu não sabia nada. Fui me adequando ao estilo do hospital, consultando e mostrando o que estava fazendo para um professor que estava dando estágio." (ID.05 ADM)

Ressalta-se que uma das estratégias adotada nestas situações, foi a de procurar se adequar e assumir os papéis respectivos, ou de se acomodar às exigências da instituição, pelo menos em um primeiro momento.

Schempp & Rompre (1986) colocam que ninguém sofre mais que enfermeiras principiantes, que assumem papéis, de modo geral, com inadequada competência, confiança e habilidade clínica. Abordam a necessidade de criação de programas de transição para recém formados, justificando que proliferam as descober-

tas científicas, os avanços tecnológicos e as demandas legais que exigem bases de conhecimentos mais adequados. Um outro fator destacado por Schempp & Rompre (1986) parece estar relacionado às mudanças nas abordagens das docentes, que era técnica e orientada para o serviço, para uma que é teórica e profissionalmente orientada. Esta troca na filosofia educacional tem resultado em um rompimento entre educação e serviço e é a base para a crise chamada de "Choque de Realidade".

Outras respondentes, no entanto, resistiram ao primeiro desafio, ou seja, o de se adaptarem às exigências do mercado de trabalho e interpretam suas colegas dizendo existir dois tipos de enfermeiras, as assistencias e as burocráticas.

"Um enfermeiro que gosta de prestar assistência vai fazê-la, independente da burocracia, tem muito papel mas estão relacionados com nossas atividades. Existem duas correntes de enfermeiros, uns mais administrativos, outros mais assistenciais." (ID.16 A)

Entende-se também que a enfermeira deva, em princípio, deixar de ser mera executora de tarefas ou normas ditadas por outros, para assumir o que acredita estar de acordo com suas atribuições.

"Eu não preciso de autorização médica para trocar o curativo, é uma conduta da enfermeira saber quantas vezes vai trocar. Os funcionários estão tão acostumados às ordens médicas que não cumprem o que a enfermeira determina. O seu papel, o seu espaço tem que ser conquistado. Quando você vê isto, você se sente muito pequenina, insignificante, aí a autoridade é para se fazer respeitar..." (ID.18 A)

Muitas escolas de enfermagem ainda se posicionam na dependência da medicina, mantendo modelos de subserviência à figura do médico. À medida que a profissão vem buscando domínios específicos, outras abordagens tornam-se necessárias, dentre as quais, o entendimento das responsabilidades profissionais perante ações e condutas dependentes e interdependentes.

Miranda (1989) tratando dos "Alibis da Enfermagem" no hospital, considera que "a assistência de enfermagem vai além da incorporação dos dispositivos de vigilância constante, registro contínuo, e controle dos corpos." Para a autora a enfermeira nega a sua sexualidade, reproduz o saber médico, ao dar medicamentos e alguns cuidados e ainda prepara e mantém o corpo do paciente para a ação de outros profissionais. Contudo, conclui que:

"é a profissão que assiste e não apenas faz a visita. A função logo se resume na execução de tarefa, imediatista e com fim em si mesma, instrumentaliza o paciente não permitindo reflexão sobre a postura ética, a emoção, a solidariedade e o prazer."

Complementando, Waldow (1990) aponta que existe uma premente necessidade da enfermeira liberar e assumir o seu existir de forma responsável e madura, e isto significa assumir suas opiniões, crenças, vontades e decisões.

O melhor entendimento da mulher trabalhadora na saúde, e da Enfermagem, enquanto profissão eminentemente feminina, começa nas escolas por legitimarem uma condição subalterna. Não é mais possível ver o hospital como uma extensão do trabalho doméstico, mas sim como uma empresa prestadora de serviços de saúde. Apesar das discriminações, dos problemas sócio-econômicos, da falta de consciência de classe e política, as enfermeiras devem deixar de ver a enfermagem como um emprego para vê-la como uma profissão. Muitas enfermeiras continuam buscando e conquistando seu espaço para garantirem seu caráter profissional. A respeito da condição feminina e o trabalho na enfermagem encontra-se maiores detalhamentos em Miranda (1987), Meyer & Gastaldo (1989), Meyer (1991), Roberts (1983), Waldow (1990), Colliere (1986), Belenky et al (1986) dentre outras.

Conhecimento da Autonomia no desempenho da Responsabilidade no Próprio Exercício Profissional.

Autonomia: é o saber e a autoridade de definir e decidir quais serviços o profissional poderá prover e o que constituirá uma prática segura e efetiva, sem coação da ação por parte de outra pessoa.

Basicamente, as enfermeiras respondentes avaliam a falta de autonomia profissional, colocando que para obtê-la necessitam muito esforço e tempo, afirmando ser uma conquista possível de ser obtida.

Além das condições institucionais, muitas vezes desfavoráveis, tal como na administração autocrática de alguns hospitais, está também a intimidação pelo poder e hegemonia médica no processo decisório.

"A enfermeira não tem autonomia, pelo próprio sistema, pela própria estrutura do serviço de saúde, não dá essa autonomia, no nosso esquema o médico é dono do paciente e faz o que quer. Se eu te disser que é só uma questão hegemônica eu estaria mentindo, embora ela exista. Eu acho que é uma questão de relacionamento, a enfermeira tem que saber se posicionar sempre, ganhando a confiança de todo mundo, mostrando competência." (ID. 23 E)

"O enfermeiro usa como desculpa dizer que não tem autonomia, e que por isso entra no ritmo das colegas anteriores, sem tentar mudar isto. Creio que autonomia quem tem que criar é o enfermeiro, é uma conquista nossa." (ID. 16 A)

Guardando as devidas proporções históricas, as conquistas e as divisões técnica e social que se enfrenta internamente na profissão, bem como suas relações com os demais profissionais da saúde, as enfermeiras desejam ser respeitadas dentro de seu universo de conhecimento, e resgatar a capacidade de trabalho cooperativo que visem o bem comum.

A enfermagem enquanto profissão de princípios humanistas, compartilha direitos e deveres, dentre estes, o respeito, a

igualdade, a autonomia, a liberdade de decisão e emissão de julgamentos que favoreçam o consumidor dos serviços de saúde. Isto antes de ser considerado idealismo, deve ser enfatizado como uma filosofia do cuidar.

"Na chefia não estou conseguindo resultados satisfatórios, tem muito mais para ser feito como o treinamento, o controle da comissão de infecção hospitalar... então porque eu vou ficar me arrebatando na chefia, se dependo em tudo do administrador, eles não me dão autonomia, mas quando a bomba é grande eles põem na minha mão. Você resolve problemas de férias de funcionários, licenças, faltas e você não consegue contratá-los previamente para atender ao seu planejamento." (ID. 05 ADM)

"Ninguém sabe ou cobra meu horário, mas me culpam se ocorrem erros; se algo acontece na nossa ausência, somos chamadas a responder pelo que aconteceu." (ID. 21 ADM)

"O enfermeiro é muito barrado, tem que conquistar o respeito de forma harmônica e fazer valer sua opinião. É uma coisa que se conquista com o tempo, através de ações, condutas em situações que você se envolve, até convencer outros profissionais..." (ID. 08 A)

"Sempre achei que a autonomia do enfermeiro dependia de competência, quando comecei a ter mais experiência e competência, percebi que eu não tinha autonomia, e que não tinha competência, porque você nunca está formada, é um processo contínuo..." (ID.23 E)

A literatura dá mostras de que a enfermagem, não obstante exercer ações dependentes e de interdependência, sempre procurou individualizar sua assistência de forma mais peculiar e autônoma. As enfermeiras há muito vêm aspirando saltos qualitativos na assistência e um desempenho mais autônomo de suas atividades baseadas não apenas em leis e códigos, mas conquistadas de fato através de novas abordagens terapêuticas.

As enfermeiras ao procurarem desenvolver sua autonomia e a do indivíduo, deparam-se com várias questões, dentre elas, as ético-morais. Acresce-se que além do funcionamento fisiológico do corpo, elas se preocupam com a experiência humana, os comportamentos, os sentimentos, as manifestações das relações

do homem com o ambiente e com a influência das forças sociais sobre o corpo (Philips apud Neves, 1988). O desafio da ética situa-se a nível da consciência profissional, a nível das decisões e do discernimento. Assim, tratar eticamente uma pessoa não significa restringir-se à esfera profissional e legal, deve-se também levar em conta os direitos das pessoas.

O ensino, enquanto responsabilidade ética, é percebido pelas enfermeiras nos depoimentos a seguir.

Conhecimento da Responsabilidade de Ensino no Próprio Exercício Profissional

Ensino: é o processo utilizado na transmissão e aprendizagem de conhecimentos, informações ou esclarecimentos úteis e indispensáveis à educação que atende a uma determinada finalidade.

A maioria das respondentes percebem como importante as atividades de ensino frente ao cliente, ao pessoal que supervisionam, e mais especificamente, a responsabilidade com o aprendiz, tanto do curso de enfermagem, quanto com os grupos de alunos do curso de auxiliar e com alunos de outros cursos da saúde. As docentes destacam algumas condições básicas para desempenharem estas atividades, salientando o respeito para com as necessidades apresentadas pelos alunos, tecendo críticas tanto a certas posturas do professor, quanto em relação às condições oferecidas pelas instituições de ensino.

"Para ser professor, ter conhecimento é fundamental, segurança é importante, técnica de ensino é super importante, por que você pode saber, mas não está passando, o aluno precisa tempo para refletir, e muitas vezes somos impacientes. Também recebemos cobranças por parte de colegas e de ex-alunas." (ID. 01 E)

"A maior responsabilidade da enfermeira é estar pro-

movendo a educação da população, para melhor utilização dos serviços de saúde... estar orientando a prevenção e controle de doenças."(ID. 06A)

As docentes percebem-se tendo múltiplas responsabilidades, ou seja, junto ao aluno, junto aos pacientes e também, junto às instituições de ensino e de saúde. Percebem sua responsabilidade pelo aluno porque este está no processo de aprendizagem, sendo passível de erros; pelo paciente, assegurando-lhe a qualidade da assistência e continuidade dos cuidados; pelas instituições, salvaguardando o nome das mesmas junto ao público; e finalmente, com a qualidade dos profissionais que a instituição contrata para ensinar e assistir.

"Minha responsabilidade é dupla, ao mesmo tempo que está relacionada com o aluno, que está ali aprendendo, portanto, passível de erros, você é responsável junto a seis ou mais pacientes, estes também estão em suas mãos porque eles não têm poder de decisão, no máximo fazem observação quanto a cor do medicamento..." (ID.01 E)

Para algumas respondentes, ao assumirem as atividades educativas estão garantindo maior autonomia e reconhecimento social junto à população. Pode-se inferir que isto representa uma estratégia política da categoria profissional no sistema de saúde.

As enfermeiras identificam em suas práticas possibilidades de danos à segurança do cuidado a clientela. Procuram estabelecer normas e padrões aceitáveis de conduta para serem aplicados às práticas, ao ensino e à pesquisa.

Styles apud Leddy & Pepper (1986) tem explorado a idéia que envolvimento, compromisso e motivação são componentes separados do senso de vocação das enfermeiras. Conforme as preocupações externalizadas as enfermeiras procuram intervir usando estratégias que serão posteriormente descritas. De qualquer modo, o senso de propósito, de capacidade e de um real inte-

resse pelo outro está demonstrado como um cuidado dispensado à sua equipe.

CRENÇAS QUANTO ÀS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS:

Crença representa a informação sobre o objeto, ligando este objeto a um atributo, portanto são construções mentais elaboradas a partir da observação direta ou de informações recebidas (Fishbein & Ajzen, 1975). Isto representa que toda crença predispõe à ações conscientes que considerem as consequências e que estando pautadas em princípios éticos, assegurará um maior compromisso da enfermeira no desempenho de seu exercício profissional.

A Tabela 5, demonstra que existe uma considerável preocupação por parte das enfermeiras com relação ao compromisso de execução do trabalho profissional. No entanto, a preocupação com os direitos das pessoas assistidas, a crença no desempenho das responsabilidades e na manutenção do princípios envolvidos no processo do cuidado, parecem acompanhar mais as docentes e as enfermeiras assistenciais.

TABELA 5 - Distribuição da frequência dos Elementos Constitutivos da sub-categoria Crença, por função das Respondentes, em relação à responsabilidade no Próprio Exercício Profissional.

CRENÇAS e ELEMENTOS	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS POR FUNÇÃO			
	TOTAL	ENSINO	ASSISTÊNCIA ADMINISTRAÇÃO	
Compromisso profissional	44	19(6)	15(9)	10(4)
Direitos	13	4(2)	8(5)	1(1)
Responsabilidade	07	2(1)	3(3)	2(2)
Princípios	08	6(3)	2(2)	0(0)

**Crença no Compromisso Profissional no desempenho do
Próprio Exercício:**

Compromisso Profissional: são todas as crenças, convicções e atividades assumidas como inerentes ao cargo e função, só cabendo à enfermeira desempenhá-las de acordo com sua consciência ética, moral, legal, e científica.

É possível depreender que existem mudanças nas relações entre a enfermeira e seu ambiente de trabalho. Assim, as relações entre a pessoa que é cuidada e a enfermeira, vêm se modificando gradativamente. O papel da enfermeira requer novas posturas, de técnica cumpridora de atividades delegadas e sem iniciativa, para posições que requerem maior compromisso e participação face aos problemas da população e da própria enfermagem.

"Se você começou um serviço, você deve terminar independente de hora-extra, deve ser responsável pelo seu atendimento. Você deve ter fundamentação científica e habilidade manual e princípios que supram essa deficiência." (ID. 16 A)

"Eu procuro fazer a consulta de enfermagem o mais corretamente possível, fazer encaminhamentos para serviços específicos, orientar para prevenção de doenças, como fazer o controle, sempre respeitando suas necessidades sem forçar uma orientação..." (ID.06 A)

Acredita-se que tais crenças sobre o compromisso profissional estejam relacionadas à aplicação de princípios, tais como o de liberdade, uma vez que levam em conta para resolver os problemas, não apenas a rotina, sejam estas de horário ou da orientação, mas a segurança e a vontade do cliente.

"Para mim a enfermeira é responsável por prever e prover todos os materiais de uma unidade, a parte legal cabe a ela porque muitas vezes ela delega aos funcionários. Tudo o que mexe com a administração do hospital faz parte da sua responsabilidade, ela também é responsável pelo bom atendimento à família." (ID. 20 E)

"Além da supervisão da equipe, eu vejo o enfermeiro preocupado com o ser humano e não com o braço, a cabeça, mas com a assistência individualizada. Então ele investiga muito mais a respeito dos dados sociais, econômicos, emocionais, ele vai além da prática médica; o que acontece, é que ele tem tempo limitado para prestar essa assistência..." (ID.17 E)

Ao serem questionadas sobre a responsabilidade frente ao aluno e à instituição, algumas professoras colocaram-se da seguinte maneira:

"Nunca parei para pensar nas minhas responsabilidades, parece que é uma coisa tão inerente, que você leva seus valores éticos muito incorporados, mas o docente tem que ser espelho para o aluno para seguir os valores que a profissão exige..." (ID.10 E)..."

"Temos coisas a cumprir, no hospital seria administrar a unidade, supervisionar funcionários, fazer técnicas, responsabilidade pela vida do ser humano, pela individualidade de cada um dentro de uma coletividade. Tenho responsabilidade com o aluno do auxiliar, com o ensino correto, adequado à realidade que a gente vive." (ID. 15 E)

Frente ao que as depoentes colocaram considera-se tais posturas como sendo parte dos desafios que o ensino de ética enfrenta, e congruentes com o alerta feito por Correia(1987) a saber: denotam sentimentos de obrigatoriedade, existindo a necessidade de se pensar uma ética que supere a proibição, o empirismo e a intuição, bem como o tabú de uma ética religiosa. E de que é preciso separar da obrigação extrínseca ao valor moral ou meramente estabelecido, uma vez que existe a idéia de que estes valores profissionais são introjetados naturalmente pela prática do docente.

Percebe-se que não são questionados outros valores também válidos trazidos pelos alunos. Vale lembrar que Curtin (1979) ressalta o respeito à unicidade de cada pessoa, e que as enfermeiras se desenvolvem com o crescimento e o sofrimento de outras, e que liberdade, respeito e integridade são essenciais para o desenvolvimento delas.

O sistema de crenças e discernimento de uma pessoa são determinantes da maneira como a pessoa pensa e age em relação a um fenômeno ou situação. Desde que a profissão de enfermagem pode ser definida como um processo de ações intencionais entre a enfermeira e o cliente, a enfermeira precisa entender as definições, propósitos, significados, e elementos de filosofia a fim de compor sua filosofia de enfermagem. As crenças presentes na base do exercício profissional servem de sustentação filosófica ao enunciado das normas de competência requeridos pela categoria em seus códigos.

Crenças nos Direitos da Pessoa como Responsabilidade no Desempenho do Próprio Exercício Profissional

Direitos da Pessoa: são convicções a respeito dos direitos individuais (alunos/cliente/equipe) aos quais a enfermeira deve ater-se ao prestar sua assistência, estando estes direitos apoiados em princípios éticos, leis, cultura e normas sociais.

Os depoimentos apresentados pelas enfermeiras dizem respeito às responsabilidades assumidas procurando garantir os direitos que acreditam ser dos pacientes, tais como: o direito à qualidade de assistência; o direito de serem respeitados nas suas crenças, valores e credos religiosos; o direito à unicidade; o direito de receber cuidados de profissionais competentes; o direito de terem assegurada sua integridade física e moral, dentre outros.

"Procuro supervisionar os funcionários em relação aos cuidados prestados, o paciente previdenciário não reclama, não questiona nada em relação à qualidade da assistência..." (ID.07 ADM)

"A pessoa tem o direito à assistência, eu acho um desrespeito ele ir várias vezes a um posto ou

pronto-socorro e não ser atendido." (ID.17 E)

As docentes, no entanto, dada a consciência de um duplo papel enfatizaram também suas crenças a respeito do ensino e dos direitos dos alunos. Assumem a existência de falhas neste sentido quando o professor não se atem aos objetivos educacionais.

"Muitas vezes o aluno é massacrado pelo docente, ele não é respeitado como aluno, o estresse é muito grande, e inerente ao docente. O docente não tem clareza da função que ele deveria exercer." (ID.17 E)

"Antes de tudo tenho que ter sinceridade para com o aluno e isto é difícil; minha responsabilidade é desenvolver e manter uma relação com o aluno. Eu não consigo iniciar um curso se não passar todos os critérios de avaliação, todos os recursos que ele tem para pedir reavaliação, revisão de prova, tempo para eu fixar notas. Ele tem o direito de saber e ter o acesso às orientações, mas tem o dever de ir atrás para requerer seus direitos e fazê-los cumprir. Agora coloco minhas limitações e as do campo de estágio. Você tem a responsabilidade de formação e não só de informação." (ID.23E)

As docentes parecem esboçar habilidades de análise e vislumbram alternativas no desempenho do papel profissional. Refletem sobre atitudes dos profissionais da saúde, que muitas vezes desrespeitam os direitos individuais levando à massificação das pessoas.

"Eu creio que toda pessoa é formada de corpo, alma, espírito, e este ligado a Deus. Então, eu acho que todo paciente merece respeito nesse sentido, que tenha direito e acesso a sua religiosidade, sua fé, eu posso até não concordar com sua crença, mas proporcionar isso para ele é fundamental. Existe um desrespeito total do corpo, que ao mesmo tempo é um objeto público e privado, ou seja, ao mesmo tempo em que ele ocupa um espaço social, ele é próprio da pessoa. A gente invade esse corpo ao assistir, com manipulações, técnicas, a gente o expõe sem saber o que ele significa para essa pessoa, até sem pedir permissão, nos tornamos donos desse corpo cheio de simbolismos, de significados para ela..." (ID.13 E)

Para Carper apud Leddy & Pepper (1986, p.28) a responsabilidade da enfermeira consiste em realizar o processo de cuida-

do no relacionamento terapêutico, o qual

"...surge de quatro pontos éticos: 1) da natureza do relacionamento entre o provedor do cuidado de saúde e o paciente; 2) do consentimento informado; 3) da determinação da qualidade de vida; e 4) da determinação da participação ética na tomada de decisão."

"Se o paciente se interna para tratar, ele tem o direito de ser respeitado, e bem tratado, direito à individualidade. Eu digo sempre para os funcionários nunca fazerem curativos com a porta aberta, para garantir a privacidade do paciente, até procuro deixar algum acompanhante. Agora eu aprecio e exijo educação por parte do paciente para com as funcionárias." (ID.21 ADM)

"O paciente tem o direito de ser atendido por quem estudou e tem competência; se esta pessoa estudou e não tem competência ela vai ter que se virar." (ID.23 E)

Ao tecerem análise sobre situações da prática assistencial, e sobre o domínio dos agenciadores de saúde, as enfermeiras esboçaram poucas habilidades para assumirem riscos com o que acreditavam ser o correto. No entanto, procuram promover condições necessárias à recuperação e assegurar à clientela seus direitos. As enfermeiras, embora em sua maioria não recordem as normas prescritas pelo código de ética, procuram fazê-lo baseadas nos valores que preservam em relação à sua própria pessoa. De modo geral, elas colocam o "locus" de controle nos fatores externos para justificarem as falhas em assegurar os direitos de sua clientela. Durante alguns comentários a respeito das crenças nos direitos, foram flagrantes as atitudes de acomodação a esse respeito, onde a própria enfermeira experienciou tal fato, conforme relata:

"A privacidade é muito importante, eu sofri muito enquanto paciente, o desrespeito. A liberdade é essencial, é a responsabilidade quanto a qualidade do atendimento mesmo!" (ID.19 E)

"Gostaria de mudar a estrutura do Pronto-Socorro. Na sala de observação ficam homens e mulheres juntos, e poder fazer algo mais efetivo..." (ID.14 A)

"Discute-se muito o diagnóstico na frente do paciente, sem explicar para ele o que significa, se prescreve medicações de riscos seríssimos e danos permanentes e não se explica antecipadamente para o paciente. Na nossa cultura tem-se muito medo de doenças graves então se foge desses diagnósticos mesmo quando os pacientes solicitam informações. Eu acho que a privacidade é sempre invadida, e muito pouco respeitada." (ID.13 E)

As enfermeiras, aparentemente, ainda apresentam certa inconsistência nas suas crenças, atitudes e valores referentes aos direitos da pessoa. Talvez falte às enfermeiras maior debate a respeito do que se entende por direitos e deveres dos pacientes e dos profissionais de saúde.

"Acho que o paciente deve participar das decisões relacionadas à sua saúde, às vezes é uma necessidade que 'nós conhecemos' e ele deve ser 'convencido' que é o melhor. Por exemplo, uma paciente com câncer de mama, eu tento convencê-la de que a cirurgia é o melhor, dando uma visão mais sadia. Agora se ela rejeitar devido a idade, religião, eu respeito. Mas tem coisas que eu insisto como nas transfusões de sangue, eu transfundo." (ID.04 A)

Existe possibilidade para mudanças da atual situação, à medida que se conhece que as pessoas reforçam, ajustam, e mudam suas crenças e valores com novas informações adquiridas através de experiências subsequentes.

"Como naquela religião que não toma sangue, como é que você vai aceitar? Você vai deixar de assistir? A gente faz à noite, geralmente contra a vontade da família, escondido." (ID.07 A)

"No caso dos pacientes com distúrbios neurovegetativo (DNV), estamos deixando o paciente esperar, a enfermeira avalia, vê se é importante passar pela consulta médica, e deixa para o médico examinar quando estiver com mais tempo, deixamos de atender melhor a esse paciente. E às vezes é um verdadeiro terrorismo." (ID.16 A)

Contraditoriamente, as respondentes percebem que a busca de assistência à saúde por si deixa vulnerável o paciente-cliente, criando novas necessidades que se dirigem a tentar manter esta unicidade e integridade.

Pela possibilidade de causar danos físicos e psicológicos a doença cria necessidades especiais, como a perda da independência e autonomia, da liberdade de ação, interferindo na habilidade de tomar decisões, e mesmo submetendo os indivíduos aos profissionais da saúde. Foram analisadas algumas das crenças relacionadas à responsabilidade.

**Crenças nas Responsabilidades da Enfermeira no
Desempenho do Próprio Exercício Profissional:**

Responsabilidade: são crenças e convicções recebidas, compartilhadas com outros profissionais e aquelas tomadas para si dada a sua função, na qual a enfermeira coordena e organiza serviços específicos ou não, mas entende que é responsável pelo desenvolvimento dos mesmos.

As respondentes expõem que muitas vezes assumem atribuições que não são da sua competência. Estas responsabilidades estão mais relacionadas com o que o mercado de trabalho requer de seu desempenho, contrapondo ao que acreditam ser seu compromisso profissional. Algumas enfermeiras fazem um auto-processamento a respeito das ações pelas quais terão que responder ética e legalmente; ponderam e analisam a situação, procurando bases para que possam assumir a responsabilidade pelos atos ou mesmo obterem alternativas no processo de tomada de decisão.

"Eu acredito que a responsabilidade é você se propor a fazer as coisas de forma que você possa assumir os seus atos, pelo que você fez, ter condições de assumir estes atos dentro da profissão." (ID.24 E)

"Minha responsabilidade com o aluno é a mesma que tenho com o indivíduo, e lógico, dentro das minhas atribuições. Enquanto docente é dar oportunidade para que este aluno aprenda o que está previsto. Ter responsabilidade com o horário, desempenhar as atividades, passar as funções do profissional, dis-

cutir questões éticas para que ele tenha noções do que acontece. Tenho que ter clareza do que está sendo passado, o que se propõe dentro do curso de acordo com uma proposta metodológica." (ID.17 E)

Entende-se que as profissionais enfermeiras devam respaldar-se na competência, responsabilidade e num quadro de princípios, para que este sistema de valores profissionais representem a melhor prática possível a ser levantada e implementada. Ser responsável, significa que a enfermeira poderá ser requerida a prestar contas sobre sua prática e conduta, para uma pessoa ou para um grupo de profissionais e para com a sociedade.

"Existe uma linha de medicamentos que a enfermeira pode liberar com o respaldo da instituição. Existe a minha educação, uma literatura, um ensino que dá essa autonomia, dá o direito de eu escolher se faço ou não. 'Eu tenho que me basear em alguma coisa para decidir', e vai depender da minha experiência para eu saber se vou ser responsável por aquilo que estou orientando." (ID.03 A)

"Eu analiso o seguinte, a responsabilidade da enfermeira é responder ética, legal e moralmente pelos atos que ela faz com relação ao cliente. Pois eu não faço nada que lese o paciente. No lado ético e moral, as minhas responsabilidades são as formas como vou atuar com o paciente, respeitando seus valores, respeitando suas limitações, tentando desenvolver minhas atitudes e esclarecer dúvidas sobre os cuidados de saúde. Do ponto de vista legal, refere-se as atividades técnicas, a fundamentação e a questão das relações humanas. Isto envolve minha história e vivência pessoal, acredito que quanto mais velha, mais experiente, mais abertura você vai tendo em questões de relações pessoais que dizem respeito às crenças e valores." (ID.23 E)

As crenças nas responsabilidades de desempenho do exercício profissional aparentemente denotam análise, síntese e uma organização mais relativista das idéias. Face às situações apresentadas, as enfermeiras enfrentam desafios que as levam a alterar suas concepções e refletirem sobre as responsabilidades avaliando as alternativas. As enfermeiras já buscam recursos que ofereçam o apoio necessário, lançam mão dos conhecimentos e habilidades adquiridos em experiências anteriores.

Isto se revela nas enfermeiras que mantêm os seus fatores de controle a nível interno, mas que ainda preferem a segurança de medidas mais conservadoras.

Crenças nos Princípios Éticos da Profissão no Desempenho do Próprio Exercício Profissional:

Princípios e Valores Éticos: são as bases filosóficas que mantêm as pessoas verdadeiramente ligadas à sua condição humana; elas apoiam valores permanentes como valor à vida, bondade e equidade, justiça e lealdade, verdade e honestidade, liberdade individual (Thiroux apud Tschudin, 1987).

Para as enfermeiras, pareceu que os princípios chegam próximos ao sentido conceitual de valores, sendo mais interpretados como valores norteadores da vida pessoal e consequentemente, não os relacionavam aos princípios profissionais. No entanto, considera-se análogamente, princípio como sendo uma área abrangente, tal como os continentes; e os valores como sendo os países por eles contidos. Portanto, embora contendo os valores de cada país, região ou grupos profissionais, não são com isso confundidas suas definições. Princípios precedem a qualquer formulação de valores emitidos pelas relações do homem dentro de uma sociedade. Assim, o princípio da vida, enquanto direito primordial a qualquer ser, é pela sua natureza o mais importante, sendo também identificado pelas respondentes, como premissa para todos os seres humanos. Princípios éticos estruturam e auxiliam debates na resolução de dilemas éticos. Auxiliam nas questões do que se deve fazer em situações de conflito moral. Também são campos amplos da ética, delimitados por valores culturalmente estabelecidos.

Os princípios auxiliam o exercício profissional da enfer-

meira quando esta aconselha ou advoga em quatro áreas principais: 1) na qualidade dos cuidados que o paciente recebe; 2) no direito e acesso ao cuidado, que deve ter; 3) no completo recebimento de informação; 4) nas áreas alternativas de cuidar, nas quais a enfermeira dá oportunidade para o cliente descobrir, explorar e clarificar alternativas a respeito do seu tratamento (Tschudin, 1987).

"Eu tenho certo bloqueio com pacientes que tentam o aborto, tento não passar isso para o paciente, umas tentam tanto ter filhos e outras fazem do aborto um método contraceptivo..." (ID.13 E)

As respondentes aparentemente concordam com alguns dos princípios propostos por Thiroux apud Tschudin (1987), ou seja: 1) o princípio do valor da vida; 2) o princípio de bondade ou equidade; 3) o princípio de justiça e lealdade; 4) o princípio da verdade ou honestidade; 5) o princípio de liberdade e individualidade. No entanto, adiante vê-se o uso inadequado dos princípios éticos. Por exemplo, uma falta de consideração para com o paciente que tem direito ao cuidado de enfermagem, deixando de respeitar sua dignidade humana, sua unicidade, e suas decisões. A violação destes princípios pode ser consequência da crença errônea de que a obrigação ética do profissional supera o direito de autonomia do paciente.

VALORES DAS ENFERMEIRAS QUANTO ÀS

RESPONSABILIDADES ÉTICO-LEGAIS:

Valores são qualidades ou forças que as pessoas têm e que conduzem a atitudes pessoais sobre sentimentos, verdade, beleza, valor de qualquer pensamento, objeto ou comportamento, seja este um valor que diga respeito à conduta humana, aos aspectos econômico, religioso, político, cultural, dentre outros.

O valor é sempre um bem, de maior ou menor grau na hierarquia de valores, atribuído a partir de uma escala ou juízo, bem como do significado apreendido pelo homem, conforme seu tempo, sua cultura. Valem não como objeto em si, mas para o homem como ser social. Os valores morais existem apenas nos atos ou produtos das relações humanas, naqueles realizados livremente, de forma consciente e voluntária (Vázquez, 1989). De um modo mais simples, Vannucchi (1983, p.56) assim o definiu: "Valor é tudo o que é objeto de tendência, desejo ou apreciação humana"; e para Young (1987) valor é julgamento, qualidade ou aspiração baseada na atitude formada a partir da necessidade ou experiência. Julga-se que o entendimento que se pretende de valor passe por estas três definições, que abrangem características sociais do homem em seu ambiente e suas relações, bem como o entendimento de seu interior na forma de perceber o mundo e julgar suas experiências e necessidades.

A Tabela 6 expõe quantitativamente os dados a respeito dos valores apontados pelas enfermeiras em sua prática assistencial. Nota-se claramente a prevalência do respeito, privacidade, honestidade e verdade como os valores mais percebidos e reivindicados pelas enfermeiras seguidos pela qualidade e segurança. Todos estes valores aparentemente procuram atender às necessidades psicológicas e emocionais dos pacientes e dos profissionais. Já os valores que envolvem qualidade dos serviços e os conflitos na divergência entre estes valores tratam de certo modo de questões físicas, materiais e não apenas de relações humanas, posto que em muito dependem dos interesses do capital.

À medida que aumentam as demandas pelos serviços de saúde, aumentam também as pressões exercidas sobre o sistema de saúde. Indiretamente este desequilíbrio conduz a reflexões

éticas sobre a alocação de verbas, prioridades a serem atendidas, a quem destinar os poucos recursos econômicos, técnicos e humanos. Dado estar-se vivendo em uma sociedade pluralista, não existirá um só conjunto de valores para representar a todos os seus componentes. Conseqüentemente, existem distintas bases teóricas que apoiam os diferentes modelos de organização do sistema de saúde, e que enfatizam a preservação do princípio de justiça.

TABELA 6 - Distribuição da frequência dos Elementos Constitutivos da sub-categoria Valores, por função das Respondentes, em relação à responsabilidade no Próprio Exercício.

VALORES e ELEMENTOS	TOTAL	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS POR FUNÇÃO		
		ENSINO	ASSISTÊNCIA	ADMINISTRAÇÃO
Respeito	30	12 (5)	15 (8)	03 (2)
Honestidade	15	06 (3)	08 (6)	01 (1)
Verdade	14	02 (1)	10 (5)	02 (1)
Privacidade	09	04 (4)	04 (3)	01 (1)
Segurança	09	03 (2)	03 (3)	03 (3)
Qualidade	06	02 (2)	02 (2)	02 (1)
Pessoal x Institucional	06	02 (1)	02 (2)	02 (2)

A filosofia que permeia a profissão de enfermagem faz referências ao agir das enfermeiras em relação à clientela, onde este agir está pautado pelo ideal de servir, dando ênfase ao respeito pela pessoa e pela observância dos princípios éticos. Para tanto, uma das características do código de ética é definir as relações entre a clientela e o profissional. Isto ocorrerá a partir do momento em que a enfermeira perceber a clientela enquanto seres singulares, e tiver o entendimento a respeito do cuidado, dos valores e dos princípios morais que os fortalecem.

**O Respeito como Valor no Desempenho do
Próprio Exercício Profissional:**

Respeito: é um valor mantido nas relações interpessoais entre enfermeira/cliente/equipe de saúde, o qual leva em consideração desejos e pedidos dos pacientes, necessidades aparentes ou não, procurando manter a integridade bio-psico-social e espiritual de todos os envolvidos nas relações de trabalho.

Em hospitais, muitos pacientes ainda não obtiveram a devida atenção e benefícios porque quase nunca existe tempo o bastante para ajudá-los igualmente. Alguns pacientes, poucos cuidados requisitam, enquanto outros requerem muito mais. As enfermeiras, enquanto cuidadoras, muitas vezes são atraídas mais por uns e menos por outros pacientes. As enfermeiras defendem a não discriminação em todos os sentidos. Ainda assim, Cortez (1990) ao estudar as características das funções privativas da enfermeira constata que apenas os cuidados aos pacientes graves são desenvolvidos por elas.

"A gente estudou no código e nas leis que a gente tem obrigação de seguir, atender todo mundo independente de sexo, cor, aspecto financeiro. Não tenho autonomia para negar atendimento, nossa atitude tem que ser para promover a vida ou evitar a morte, como no aborto ou eutanásia, tenho que respeitar as vontades e crenças religiosas dos pacientes..." (ID.06 A)

"A enfermeira deve saber como lidar com o paciente, se ele vem procurar ajuda ele quer uma pessoa em quem possa confiar. Você tem que saber trabalhar com isso, para não interferir em outras áreas e ser para essa pessoa não uma conselheira, porque esta não é a função da enfermeira, acho que ela deve dar assistência sendo uma boa ouvinte..." (ID.04 A)

Contrariando o que refere o último depoimento, Tschudin (1987) esclarece que as habilidades de aconselhamento e a éti-

ca no aconselhamento são interdependentes, requerendo aprendizagem, preparo, consciência e respeito aos direitos da pessoa. Na prática, a enfermeira desempenha papéis de aconselhamento e de advogada, questionando sua prática. Ao aconselhar a enfermeira educa, advoga, assiste e conseqüentemente está eticamente mais envolvida. A enfermeira através deste relacionamento e, enquanto agente de mudança, questiona sua prática, seus valores éticos e morais. Portanto, também sofre mudanças e pode também influenciar o meio onde trabalha.

"Eu não quero ser melhor que ninguém, quero ter bom relacionamento dentro da minha equipe, quero ser uma boa colega de serviço..." (ID.07 ADM)

"O profissional deve procurar amadurecer suas idéias, ele lida com gente, com dor..." (ID.04 A)

"A enfermeira não deve fazer discriminações de cor e condição social, deve ter disponibilidade para prestar bom atendimento..." (ID.06 A)

Na prática, como se observa, as enfermeiras procuram por decisões morais que frequentemente requerem equilíbrio entre o certo e o errado. Este deriva da teoria deontológica. As considerações de utilidade e eficiência estão derivadas da teoria teleológica. Stevens (1979, p.56) alerta para a educação dos aspectos ético-morais da profissão uma vez que,

"Na educação básica de enfermagem o sistema de valor frequentemente é assumido mais que explorado, inculcado mais que examinado. Isto pode ser um efetivo modo para instruir estudantes, mas eles podem ser menos sucedidos mais tarde na defesa de seus valores, quando forem chamados para a questão".

O código de ética estipula que a profissional deva ser uma boa pessoa e que deva agir corretamente na sua relação com os indivíduos. Algumas vezes, contudo, pode-se falhar nessa habilidade e o que se diga ou se faça a uma pessoa poderá ter contribuído para a dor ou um dano maior.

Esses fatores circunstanciais interferem decisivamente

no processo de decisão da enfermeira. Muitas vezes em consequência da limitação de tempo e recursos, e da expectativa dos indivíduos na escala de valores positivos ou negativos ele se vê impelido a assumir papéis incompatíveis a sua formação, mas que são condicionados e impostos pela instituição (Castro, 1982).

"Você está deixando de ter a sua ética, quando refere-se à paciente como 'aquela fingida'. Certas pessoas saem comentando, da sala de atendimento para o corredor, não observando que o acompanhante está vendo. Quando ele sair vai falar mal do serviço..." (ID.04 A)

"Minha responsabilidade é preservar também a instituição dentro dos valores que eu acredito. Tem algumas coisas que entram em confronto com a instituição, a visita em horários específicos, algumas vezes não permitem acompanhantes para idosos ou pacientes graves..." (ID.01 E)

As enfermeiras percebem-se responsáveis pelos cuidados buscados pela população e o atendimento, depende muito de sua administração dos serviços de saúde. No entanto, sua conduta profissional do ponto de vista ético, não atende ao esperado nesses serviços. Embora valorizem o respeito às pessoas, falam na atenção às queixas que para elas são menos significativas.

"As pessoas que trabalham nos serviços de saúde muitas vezes não se sensibilizam para isso, já nem digo da importância da assistência individualizada. Estes clientes quando atendidos, ficam na queixa principal e não vão além. Outro problema diz respeito à demora no atendimento, as longas filas, e à qualidade dessa assistência." (ID.17E)

"A gente acha que o idoso tem mania de doença, e que não tem nada para fazer em casa. Não sei se isso é verdade, mas todo dia eles estão lá no posto. Fica difícil atender. Quando for verdade, pode ser até que deixemos de considerar e atender" (ID.03 A)

"As pessoas idosas voltam a ser crianças e precisam dos nossos cuidados. Acho que não devem ser discriminadas mas diferenciadas em seu atendimento." (ID.04 A)

**Honestidade como Valor no Desempenho
do Próprio Exercício Profissional:**

Honestidade: é a integridade mantida pela enfermeira aos seus valores pessoais e profissionais, cumprindo dignamente seus princípios.

Algumas vezes, o familiar procura presentear com dinheiro, enfermeiras e funcionárias pelos cuidados prestados. Isso parece provocar uma reação, por parte das enfermeiras, de medo ou mesmo de constrangimento que evoca questões éticas. Está previsto no novo Código de Ética, Capítulo V, art.65 (COFEN, 1993, p.10), a proibição do profissional de recebimento de vantagens por parte do cliente como forma de garantir a assistência de enfermagem diferenciada ou de beneficiar a si ou a outrem. Entende-se que, dentro de um contexto onde prevalecem os favoritismos, os familiares acenam com o suborno.

"Eu já recebi presente, mas não foi dinheiro, foi um porta-jóias com mensagem bíblica. Foi uma maneira da pessoa retribuir; eu fui fonte de ajuda para ela (ID.07 ADM)..."

"Quando eu trabalhava em outro hospital, as pessoas quiseram me dar dinheiro, foi uma situação intimidativa uma vez que foi logo na internação, parecia que queriam comprar o atendimento..." (ID.10 E)

"A questão da camaradagem no posto de saúde, tem-se que tomar muito cuidado, você cansa de ganhar bolo, pão, galinha. Às vezes é sem intenção, outros já pedem consultas. Tenho problemas que requerem muito tato, é responsabilidade minha atender a todos recebendo ou não presentes. Eu não posso aceitar presentes de forma pessoal. Deixo claro que não estou ali para segurar consultas". (ID.03A)

Isto não significa que enfermeiras não possam ser afetivamente gratificadas com o recebimento de presentes, apenas se alerta para o fato de que a ética profissional recomenda a delicadeza para não incorrer em abusos discriminativos, eli-

tistas, e que uma conduta humanitária na assistência verse pela igualdade dos direitos. Percebe-se porém, nos depoimentos das enfermeiras a presença de valores clássicos, surgidos ainda no iluminismo, ou seja, igualdade, fraternidade e liberdade.

Verdade como Valor no Desempenho do

Próprio Exercício Profissional:

Verdade: é o uso de julgamento franco, sincero e autêntico para agir diante as situações vivenciadas.

A importância do tema sobre dizer a verdade e manter a confidencialidade implica no relacionamento moral entre a enfermeira e o paciente. High (1989) justifica existirem três razões para que a verdade e a confiança sejam assuntos especiais, posto que os tempos mudaram e os pacientes também, mesmo os pacientes terminais. Assim, a autora apresenta que mais e mais os pacientes assumem e requerem o direito de serem informados, de tomarem decisões sobre o seu cuidado, e o de requererem proteção à confidencialidade.

Thompson & Thompson (1989) esclarecem que o sistema moral repousa em dizer a verdade, e que se não se tivesse a certeza de estar dando informação verdadeira, a vida por si seria insustentável.

"Antes de tudo devemos ter sinceridade e usar da verdade, e é difícil porque você muitas vezes tem que dar a mão à palmatória. Tento mostrar como eu sou, como eu vejo e vivo a enfermagem, neste sentido minha responsabilidade é desenvolver e manter uma relação com o aluno..." (ID.23 E)

"Não se deve tratar o paciente com pena, tem-se que ser sincero quanto a patologia, e dar apoio e assistência porque ele ainda está com vida." (ID.04 A)

Os profissionais, de modo geral, lançam mão do princípio

de benevolência, de "não causar mal" e relutam em dizer o diagnóstico e o prognóstico usando de protecionismo ou paternalismo. Contrariamente, a revelação brusca e insensível pode ser uma agressão aos pacientes ainda incapazes de lidar com o problema. A enfermeira tem a responsabilidade de lidar com a extensão e interpretação da revelação, ainda que sejam da responsabilidade médica informá-la. Michael Simpson apud High (1989) em seu livro " Therapeutic uses of truth " diz que "a esperança está baseada no conhecimento, não na ignorância e está associada à qualidade de vida, valores da vida mais que com a cura". A enfermeira fica entre o paciente e a equipe, daí a importância da conformidade entre os membros da equipe a respeito do que deva ser dito ao paciente. Em síntese, o direito dos pacientes à sua corporeidade e autonomia, em grande parte, depende da verdade dos profissionais de saúde.

Privacidade como Valor no Desempenho do

Próprio Exercício Profissional:

Privacidade: é uma valoração que a enfermeira assume como de sua responsabilidade pela preservação da intimidade corporal, do sigilo e das confidências da vida particular das pessoas que compartilham seu exercício profissional.

Torna-se maior a responsabilidade das enfermeiras quando princípios de privacidade estão relacionados à dilemas éticos, ao sigilo e a confidencialidade. O código de ética profissional pouco diz sobre estes pontos, mas ressalta nos Art. 27, 28 e 29, o respeito ao pudor, à privacidade e a intimidade. Também assegura o direito de salvaguardar a privacidade de informações de natureza confidencial e coloca que devam ser prestadas informações ao paciente para que este possa fazer

juízos, cabendo à enfermeira ajudar a chegar na melhor decisão.

"Dentro do Pronto-Socorro eu gostaria de mudar a estrutura física, na sala de observação fica homem e mulher, às vezes até criança, o atendimento é feito na frente de todos..." (ID.14 A)

"A gente tenta até privar o paciente, mas na emergência todos vão ver, abrem a porta, o paciente fica exposto. Na sala de sutura, ficam três pacientes lado a lado. A gente não está dando a devida importância. O médico faz consulta até de corredor, coisas importantes são conversadas a nível de corredor, sem levar para uma sala separada..." (ID.16 A)

Aparentemente, o discurso ou as normas profissionais são descumpridos, resta saber se os motivos justificam a violação da intimidade dos pacientes e a humilhação a qual estes estão expostos cotidianamente. Acrescenta-se a estas colocações que o princípio de privacidade está muito relacionado ao de liberdade para que a pessoa possa fazer escolhas e expressar sua individualidade. Embora conscientes do fato, as enfermeiras falam das condições estruturais, físicas e da educação de seu pessoal. Percebe-se que a pouca autonomia e autoridade das enfermeiras para determinarem como irão prover os cuidados à clientela e as forças econômicas, sociais e institucionais, dificultam a manutenção de uma maior moralidade nos cuidados em saúde. Contudo, para as enfermeiras que usam da criatividade existem as improvisações nos ambientes.

Segurança como Valor no Desempenho do

Próprio Exercício Profissional:

Segurança: é quando a enfermeira tem a responsabilidade ética e legal de manter a confiança e fidelidade, prover assistência segura, livre de riscos.

Uma assistência ética livre de riscos físicos e morais

requer competência, responsabilidade e um quadro de princípios humanísticos na interação mantida com a clientela enquanto seres humanos.

"Eu gosto de colocar bem meu lado pessoa para os pacientes se sentirem melhor. Assim eles passam o que estão sentindo, quebra a barreira, eles se sentem mais iguais. Esta pessoa está insegura, numa cama que não é a sua..." (ID.07 ADM)

Embora busquem garantir a segurança nos cuidados prestados as enfermeiras aparentemente, defrontam-se com a desvalorização institucional a esta prática.

"Solicitei coisas simples como coletores fechados de urina, só agora, devido a vigilância sanitária, é que foram adquiridos. Por exemplo, as macas não tinham grades, cansei de alertar sobre os riscos de transporte, obtive um ano depois." (ID.05 ADM)

A responsabilidade existe para assegurar que os padrões de qualidade profissional sejam levantados e implementados. A profissional deve estar preparada para agir e assegurar suas ações com fundamentos sólidos. Aparentemente, as respondentes acreditam que não basta prestar cuidados físicos se a "alma" está ferida e precisa de cuidados tanto ou mais importantes que os primeiros. Este seria assim, o verdadeiro cuidado moral, tal qual mencionado por Watson (1988).

"A gente tem procurado e, não é difícil, tentar maior humanização, as crianças recebem maus tratamentos em casa, temos alguém continuamente conversando com as crianças e eu acho que isto traz segurança apesar dos procedimentos invasivos." (ID.25 ADM)

Curtin (1979) considera que liberdade, respeito, e integridade são essenciais para o pleno desenvolvimento das pessoas. Essas necessidades são intensificadas pela doença e as enfermeiras estão em posição privilegiada dentre os profissionais da saúde para atender o paciente/cliente enquanto único, porque elas são capazes de compartilhar experiências com

eles, enquanto seres humanos. A doença traz limitações, não só fisiológicas e psicológicas, penetra na individualidade e existência das pessoas. A doença atinge a autonomia e independência, obrigando a aceitar deficiências ou defeitos e a pedir para que seja aliviada a dor ou a perda. Muitas vezes, os profissionais de saúde deixam de considerar e de conhecer os valores do paciente em relação a como enfrentam seus problemas de saúde, impondo-lhes seus sistemas de valores.

De acordo com Garver apud Curtin (1979) a "violência não é tanto uma questão de força, quanto é uma questão de violar as pessoas física, intelectual e psicologicamente."

A habilidade para prover assistência segura e livre de riscos, requer também por parte da enfermeira sensibilidade para atender os seres humanos nas suas necessidades criadas pela doença.

Qualidade como Valor no Desempenho do Próprio Exercício Profissional:

Qualidade: é o atributo, conjunto de características que torna possível avaliar, aprovar, aceitar ou recusar qualquer coisa que não esteja condizente com os padrões profissionais estabelecidos.

A busca da qualidade enquanto condição condizente com padrões profissionais, aparece de forma difusa entre as respondentes. Os depoimentos referentes à qualidade, relacionam-se às necessidades pessoais de conhecimento técnico-científico, ou à falta de condição física, material e de pessoal para garanti-la.

"Você está sempre procurando melhorar, têm muitas enfermeiras acomodadas, o interesse na formação é importante porque nos formamos bem jovens e é peque-

no o período de estágio..." (ID.25 ADM)

"É importante estar sempre cuidando para que sejam aplicados os princípios científicos da profissão, para não ferir a integridade do paciente, incluindo o psicológico. Seguir as normas técnicas para promover o bem-estar dos pacientes" (ID.06 A)

Evidencia-se uma certa preocupação com a responsabilidade social, no entanto, embora as enfermeiras iniciem sua conscientização o seu comprometimento ético ainda é pouco evidenciado.

Valores Pessoais x Valores Institucionais no Desempenho do Exercício Profissional:

Valores Pessoais versus Valores Institucionais: é quando os valores humanistas das enfermeiras se confrontam com valores institucionais que contradizem os direitos das pessoas do ponto de vista ético e moral.

Nos depoimentos que se seguem, percebe-se a fragilidade do sistema ético pessoal e profissional das respondentes, frente ao sistema gerencial das instituições de saúde. Conforme Young (1987) a ética profissional reflete dinamicamente a cultura na qual as enfermeiras praticam e é reforçada, ajustada, e muda de acordo com os eventos culturais.

"Dentro da instituição, é cobrado eficiência não pelas suas funções, mas é a eficiência para que o setor ande, para que funcione em relação ao pessoal, ao cuidado e em termos de custos." (ID.25 ADM)

"Você normalmente faz o que a instituição te manda, não faz o que seria os direitos do paciente, isso supera até mesmo as questões do 'eu' enfermeiro. Se me pedirem para dar assistência numa UTI pediátrica, com respirador pediátrico, eu nunca lidei, não saberia. Mas a instituição te manda; o enfermeiro tem alguma noção do certo e do errado, e acaba assumindo mesmo sem competência. Não precisa ser muito experiente para saber que vai dar problemas..." (ID.16 A)

Young (1987) alerta para dilemas éticos enfrentados por profissionais da saúde, em relação às questões sociais. Dentre eles, determinar se saúde é um direito, uma obrigação ou um privilégio. A autora supra citada destaca que a crença de que saúde seja um direito está muitas vezes submetida a programas governamentais. Do ponto de vista da saúde pública espera-se que cada pessoa tenha por obrigação manter-se saudável o suficiente para não afetar a saúde de outros. Nas instituições de cuidados à saúde, o processo de recuperação da saúde acaba sendo um privilégio daqueles com adequada fonte financeira.

"O Pronto-Socorro é a porta de entrada de dinheiro de todo hospital e eu questionava por que internava paciente particular, e não tinha vagas para o previdenciário, que morria do lado de fora". (ID.23 E)

"Para mim está claro entre a empresa e o paciente, eu fico com o paciente. Fico com o princípio da honestidade, espero não ter que fazer esta opção..." (ID.21 ADM)

OPINIÕES QUANTO ÀS RESPONSABILIDADES ÉTICO-LEGAIS:

Opinião é a emissão de julgamento sobre as aparências de determinados fatos, assuntos, coisas e pessoas; é um ato intencional que admite posições contrárias (Fishbein & Ajzen, 1975).

Opinião quanto a Responsabilidade no

Próprio Exercício Profissional:

Opinião de Responsabilidade: é a emissão pelas enfermeiras de diferentes idéias a respeito da responsabilidade por não terem definidas operacionalmente as relações dos atos às suas consequências.

É bom lembrar que ao usar seu julgamento em relação à sua competência individual e de seu pessoal a enfermeira estará

aceitando ou delegando responsabilidades. Contudo, diante as diversidades nos seus papéis, restam dúvidas a respeito das prioridades quanto às obrigações éticas das enfermeiras acerca dos clientes/equipe de saúde e a instituição empregadora. Neste particular, as enfermeiras diferem de outros profissionais que pouco se sujeitam a uma hierarquia no sistema de gerenciamento.

A Tabela 7 demonstra a predominância das opiniões sobre responsabilidade nas respondentes da assistência; a formação educativa é maior na função de ensino. As demais opiniões têm sua distribuição de modo mais uniforme entre as respondentes.

TABELA 7 - Distribuição das frequências dos Elementos Constitutivos da sub-categoria Opiniões, por função das Respondentes, em relação à responsabilidade no Próprio Exercício.

OPINIÕES e ELEMENTOS	TOTAL	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS POR FUNÇÃO		
		ENSINO	ASSISTÊNCIA	ADMINISTRAÇÃO
Responsabilidade	41	15 (9)	22 (8)	04 (2)
Preparo/Formação	30	14 (8)	13 (8)	03 (3)
Pressão Institucional	10	04 (4)	03 (3)	03 (3)
Competência	24	09 (9)	11 (11)	04 (4)
Satisfação	09	02 (2)	03 (3)	04 (3)
Categoria Profissional	02	01 (1)	01 (1)	00 (0)

"A gente nunca pára para analisar o que está acontecendo, mas isto é o que uma empresa quer de mim, que eu gerencie, que eu monte escalas, faça lista de férias, verifique faltas, isto diminui meu tempo junto do paciente (ID.21 ADM)..."

"Tudo o que é difícil administrar eles chamam a enfermeira para administrar. Acham que a enfermeira tem poder de comando, a gente entra com pé atrás, a escola dá pouco preparo. A escola prepara a teoria, mas não mostra a realidade (ID.20E)."

"Tudo o que você faz é para favorecer o paciente. Você tem que assumir o papel de administradora, papel assistencial, de familiar, sendo o apoio. A enfermeira registra muito pouco e não tem como mostrar a produtividade, faz muito mais coisas. O plano assistencial acho vital para o próprio paciente e para nos firmarmos como profissional, garantindo maior qualidade da assistência". (ID.19 E)

"À enfermeira cabe o apoio psicológico, ser responsável pelo bom atendimento à família, acho que a enfermagem é um pouco de tudo. Você é um pouco nutricionista, psicoterapeuta e trabalha com o paciente..." (ID. 20 E)

Outras opiniões são colocadas, mediante reflexões críticas às situações da prática que observam, deixando revelar a vontade de mudanças. Algumas questões tangenciam a percepção de suas capacidades enquanto outras se misturam às relações de poder institucional.

"Acho que a enfermeira deveria trabalhar com puericultura, gestantes, com consultas de enfermagem sim, mas na área preventiva, com saudáveis e não como 'quebra-galho'..." (ID. 19 E)

Aparentemente as enfermeiras manifestam-se insatisfeitas com relação ao desempenho de suas atividades de assistência junto à clientela. As enfermeiras buscam soluções que facilitem suas atividades administrativas e assistenciais e que favoreçam na melhoria da qualidade de atendimento.

"Muitas vezes se outro profissional entra na sua área e extrapola, você deve questionar, discutir e se posicionar. Mas você não discute e acaba fazendo tal qual a equipe quer e não o que você enfermeira pensa, então você não assume a responsabilidade em cima dos cuidados que você prescreve. Acaba passando por cima de sua responsabilidade, repassando para outra pessoa. É preciso dar um tempo e pensar alguma coisa." (ID. 16 A)

Opinião quanto ao Preparo e Formação para o Desempenho das Responsabilidades no Próprio Exercício Profissional:

Opinião quanto ao Preparo e Formação Profissional: são julgamentos expressos a respeito da aprendizagem recebida durante a formação acadêmica, ou da atualização destes conhecimentos; referem-se às contra-posições oferecidas entre a teoria e a prática.

Os depoimentos reforçam opiniões quanto as responsabilidades das enfermeiras em manterem-se atualizadas e de reciclar-se. A aprendizagem através da educação continuada é uma responsabilidade na prática para que as enfermeiras superem suas deficiências e busquem a competência profissional.

Através das opiniões as enfermeiras reivindicam oportunidades de estudo técnico e científico para agirem responsávelmente, mas pouco enfatizam a responsabilidade no sentido de prestarem contas sobre sua má conduta.

"Eu acho que a gente deveria ter acesso a cursos mais vezes, não somos estimuladas, nem pela instituição. Mesmo aqui no grupo, não temos tempo. Acho que toda instituição deveria determinar um número de horas para o estudo..." (ID. 03 A)

"Tenho responsabilidade junto à instituição, mas o básico é a formação de auxiliares para melhorar a qualificação dos funcionários..." (ID. 15 E)

As enfermeiras pouco identificam a necessidade de maior conhecimento ético e legal na profissão. A preocupação aparentemente está ligada ao seu cotidiano. Não percebem que este combate diário requer constantemente, uma consciência ética e um agir melhor fundamentados.

"Eu preciso de conhecimento não só de metodologia, mas também na área de assistência. Eu me sinto falha na hora de prescrever algum cuidado; estou precisando estudar mais. Preciso de um curso de especialização na área de liderança; não gosto de mandar, e temos funcionários cada um com mais liderança que o outro e isso torna difícil coordenar a equipe..." (ID. 11 A)

É talvez no contacto da formação a adequação do conhecimento da prática profissional que a problemática da contradição ideológica se evidencia. Uma delas trata da insegurança das enfermeiras para ajustarem os conhecimentos teóricos com o próprio trabalho, uma vez que a instituição formadora poderá estar distanciada da prática.

"Temos que ser mais preparadas para assumir a administração do setor, não é assumir o paciente. A gente assume mil coisas e temos que saber trabalhar com o funcionário. Acho que faltou trabalhar questões de relacionamento e liderança." (ID.19 E)

"Dentro da enfermagem ainda temos restrições, dificuldades para prescrever. Às vezes, a enfermeira prescreve restrição hídrica, mas não sabe de quanto e nem o por quê. E o médico cobra isso, porque ela deveria saber, nós temos o conhecimento da graduação e dos livros para ir consultar. O enfermeiro não tem estudado para prescrever e assumir integralmente." (ID. 16 A)

Landmann (1985) comenta o fato que o pleno desenvolvimento da função de enfermagem é limitado pela pressão externa do médico e pela timidez interna da enfermeira. E ainda que poucas enfermeiras se rebelam contra o autoritarismo do médico, e a maioria mantém em relação a este uma posição de deferência. Concluindo que é uma atitude tradicional, porque desde sua formação a obediência ao médico é enfatizada.

Cumpramos ressaltar que a educação das enfermeiras tem produzido grande expectativa de autonomia e esta pode estar incongruente com a prática profissional, gerando insatisfações e inadequações às funções com baixa auto-estima.

"Minha responsabilidade com o aluno é de formação e não só informação, querendo ou não eu tenho um modelo de enfermeira, e a formação é uma constante." (ID.23 E)

Opinião quanto à Pressão Institucional no Desempenho do Próprio Exercício Profissional:

Pressão institucional sobre o profissional: são colocações feitas pelas enfermeiras, que expressam coação e constrangimentos no desempenho das atribuições recebidas nas instituições, para manterem o vínculo empregatício.

Young (1987) aponta que um sistema de valores pessoais auxilia na tomada de decisão e permite a avaliação das conse-

quências. Este sistema estabelece-se com base na experiência vivencial e através da educação formal e informal. Nas opiniões emitidas as enfermeiras reconhecem que o sistema de valores institucional pode interferir no sistema individual. O que se coloca é que as enfermeiras aparentemente não se apresentam conscientes do seu direito de rejeitarem atuar em situações que envolvam riscos para os pacientes e para si mesmas. O que se pretende é resgatar que ao fazê-lo as enfermeiras estarão garantindo alguns direitos. Por exemplo, o recebimento por parte do paciente, de um cuidado de saúde adequado às suas necessidades; receber melhores condições de trabalho e salariais. O código de ética auxilia os profissionais a terem argumentos, numa perspectiva egoísta, de proteção dos direitos individuais e uma base utilitária para protegerem o bem estar de toda comunidade. De outro modo, estarão agindo apenas de acordo com os interesses institucionais. Faz parte também da responsabilidade das instituições, garantir os direitos dos seus pacientes.

"Você normalmente faz o que a instituição te manda. Não faz o que seriam os direitos dos pacientes, isso supera até mesmo as questões do eu enfermeiro. Se me pedirem para dar assistência em UTI infantil, com respirador pediátrico, que eu nunca lidei, não saberia. Mas a instituição te manda, o enfermeiro tem alguma noção do certo e do errado e acaba assumindo, mesmo sem competência. Não precisa ser muito experiente para saber que vai dar problemas, haveria necessidade de um treinamento para assumir uma coisa dessas, e a instituição nem sempre quer bancar os custos." (ID.16 A)

Provavelmente devido a uma severa auto-avaliação e a pouca experiência, manifestando uma estrutura de pensamento caracteristicamente dualista, uma enfermeira colocou estar de acordo com as condições de trabalho na seguinte fala:

"Eu acho que eles estão certos no que estão cobrando. É pesado, certo não é, a gente está ali não só para cobrar técnicas. O certo seria cada local ter

sua supervisora, se bobear eu não dou conta de tudo que tem para fazer. Embora estejam exigindo bastante, com o tempo vou conseguir me adaptar e cumprir o que eles querem..." (I.02 A)

Estas colegas pouco reconhecem sua vulnerabilidade ao executarem práticas que criam riscos para pacientes e que colocam de lado os padrões da profissão. Afirmam que aceitam responsabilidades além de suas competências, sem base de conhecimento para objetarem com segurança.

Entre o que se ensina nas escolas e a realidade existem lacunas, pelo menos quanto ao entendimento do que seja triagem. E ainda, na prática o profissional, para o qual a enfermeira deve triar, nem sempre está acessível, tendo ela que minimizar o problema da assistência.

"Não cabe à enfermeira fazer a triagem, porque ela deixa de fazer a supervisão e a assistência que já está deficiente. Acontece é que não existe vontade política para fazer o médico cumprir o horário dele..." (ID.17 E)

Opinião quanto a Competência no

Próprio Exercício Profissional:

Competência Profissional: é a dinâmica mantida entre as habilidades técnicas, científicas, interativas e políticas que a enfermeira mantém no desempenho do papel profissional.

O capítulo III, art.17, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993) trata da responsabilidade da enfermeira, com relação a fazer uma avaliação criteriosa de sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos e atribuições quando capaz de desempenho seguro para si e para sua clientela. Face a esse artigo, já existente anteriormente, procurou-se saber quais seriam, na opinião das enfermeiras, as qualidades necessárias para uma enfermeira ser considerada competente, obtendo-se as seguintes colocações.

"Ser competente é você saber sua limitação, saber até onde vai seu trabalho e saber dizer não, aqui não é mais meu. Agora, você tem que pegar seu trabalho e dar conta da melhor maneira possível."
(ID. 09 ADM)

"Eu acho que está dentro de um tripé, a enfermeira tem que ter habilidade manual, fundamentação científica e relacionamento humano. A população espera que a enfermeira tenha técnica, a técnica dá competência a ela porque é o que se espera, mas isso só não faz um profissional competente(ID.23E)

"Tem que ser organizada, dinâmica, ter conhecimento, ser líder, tem que ser 'Super-Mulher'..." (ID.19 E)

"Ela tem que estar motivada para aprender...trocar informação, ter observação, estar à frente para prever riscos tanto para o paciente quanto danos que possam ser causados pelos funcionários" (ID.21 ADM)

"A primeira coisa é fundamentação, habilidade manual, ter princípios e conhecimentos que cobrem as deficiências de habilidade manual, tem que ter responsabilidade, não só administração. Se começou um serviço tem que terminar, responder pelo seu atendimento. Ter "jogo de cintura", bom relacionamento com a equipe de trabalho, com o paciente, na verdade é boa comunicação, sabendo a tonalidade de voz e como argumentar..." (ID.16 A)

Estas crenças e opiniões sobre o que julgam as respondentes ser uma enfermeira competente, misturam-se aos direitos e deveres que a enfermeira deve assumir, também por força legal e moral. Vale destacar o enfoque que as enfermeiras manifestam ao relacionamento e ao "jogo de cintura" já anteriormente citado, como um modo informal de fazerem as coisas caminharem com poucos conflitos, ou seja, sem brigas, desempenhando seu papel integrador de "dá aqui toma acolá". As respondentes, independente da função, destacam as competências no tripé conhecimento científico, habilidades técnicas e relações humanas. No entanto, há ênfase por parte das enfermeiras administradoras na competência para o manejo do estresse, e destaque na atitude de equilíbrio emocional como modo de manterem a postura ante as adversidades; e, por parte das enfermeiras assistenciais, existe uma intencionalidade de enfrentamento e

prontidão para determinados comportamentos já supondo estarem sós na tomada de decisão. Estas últimas opinam sobre a liderança e a necessidade de "ter prática". Pode-se notar também, que para serem julgadas competentes, as enfermeiras demonstram fazer uso de certos instrumentos básicos de enfermagem. Os depoimentos salientam, por parte das docentes, uma preocupação com "o que deveria ser", e por parte das enfermeiras administradoras e das assistenciais com "o que é". As enfermeiras docentes valorizam a comunicação como forma de atingirem o cliente e desempenharem as atividades educativas inerentes a enfermagem.

"Ser conhecedor do conteúdo teórico, ter destreza manual para desenvolver as habilidades técnicas, ter clareza do que deve executar, ser comunicativo, pois o papel educativo dentro de suas funções vai trazer ao cliente a certeza e a confiança do que o enfermeiro quer passar para a população..." (ID.17 E)

"Antes de mais nada tem que ter muito equilíbrio emocional, porque a gente vive num estresse muito grande. É uma cobrança muito grande por parte dos pacientes, funcionários, diretoria e da administração. Tem que ajudar nas técnicas, fazer junto com os funcionários, ter destreza manual e ser responsável para ensinar. Tem que estudar muito, e o enfermeiro está devagar. "Jogo de cintura", você tem sempre que estar se policiando para não sair errado, logo tem que ter conhecimento também..." (ID.05 ADM)

"Tem que ter prática, não só administrar, ter conhecimento, raciocínio rápido, iniciativa, saber improvisar, ser líder para ter o respeito dos funcionários e dos outros profissionais. Saber reconhecer, você é que tem que tomar a primeira atitude até o médico chegar..." (ID.14 A)

A competência legal não traz por si mesma a competência técnica e científica que garanta não apenas o reconhecimento, mas a própria proteção legal de que necessita o profissional. Alerta-se para a necessidade de incrementar a capacitação dos profissionais para fazer frente a estas responsabilidades na legislação em vigor. Ainda, coloca-se que a avaliação da com-

petência profissional é uma oportunidade para ambos administradores e membros da equipe de enfermagem aprenderem a respeito de si e do outro, para exercitarem a responsabilidade, e capacitarem o grupo a identificar e desenvolver seu potencial.

**Opinião quanto a Satisfação no Desempenho
do Próprio Exercício Profissional:**

Satisfação profissional: refere-se às condições de remuneração, reconhecimento profissional e valorização da autoestima. Acontece quando existe equilíbrio entre o que se deseja e o que se realiza pessoal ou profissionalmente.

As respondentes aparentemente não estão contrariadas com a escolha da profissão, mas com a forma como vem sendo exercida, descaracterizando o trabalho para o qual haviam se proposto. A instituição atribuiu-lhes uma atividade de gerenciamento, enquanto elas se propõem ao planejamento da assistência e desejam apoio da organização para fazê-lo. Embora toda a problemática se acentue com a baixa remuneração, as enfermeiras insistem na possibilidade de futuras melhorias buscando outros conhecimentos que as qualifiquem junto ao empregador e à clientela. A crítica mais acentuada está na própria desorganização da categoria.

"Eu gosto de ser enfermeira, mas não é uma profissão liberal, é uma questão social muito grande, envolve condições de trabalho, salário e sozinha é muito difícil..." (ID.24 E)

Embora sendo um profissão oficialmente liberal, conforme suas determinações legais, ou seja, capaz de exercer por si suas atribuições de forma autônoma, sem vínculos empregatícios, na realidade de sua prática a enfermagem têm encontrado dificuldades para se estabelecer como tal.

"A gente está cansada, cheia, e o que se ouve é que as consultas de enfermagem estão péssimas, sabe por que? Porque estamos fazendo o serviço administrativo ou de outros profissionais. A minha responsabilidade é o cliente ser atendido, é de mim que eles estão cobrando..." (ID.03 A)

"Meu trabalho poderia ser melhor se eu tivesse mais enfermeiras trabalhando comigo, o número de escolas é muito grande. Tenho que levantar as necessidades de saúde dos alunos, tudo o que diz respeito a saúde, o pessoal joga para mim como o programa do fumo, AIDS, cólera, CIPA..." (ID.24 E)

Nota-se que o trabalho da enfermeira mais que uma profissão, requer uma parte integral do ser da pessoa, requerendo envolvimento, compromisso e motivação. Isto inclui senso de propósito, de capacidade e de interesse pelo outro, demonstrado através do cuidado.

"A empresa acha que o que paga está bom, leva você a se questionar porque você tenta 'quebrar tantos galhos', de todas as maneiras você se multiplica. Eles até reconhecem isto, que você está sobrecarregada, mas financeiramente não te dão estímulo algum...Eu me sentia mais dona de mim quando treinava os pacientes de CAPD e fazia visitas domiciliares, eu sentia que o paciente era meu. Aqui temos muitos e não temos nenhum ao mesmo tempo." (ID.21 ADM)

"Eu gostaria de ser bem remunerada e de ter mais reconhecimento pelo trabalho que faço, gostaria de fazer pesquisa e atuar em materno infantil, na escola ficamos muito distantes dos pacientes, da comunidade..." (ID.13 E)

Para algumas enfermeiras o trabalho é um emprego que provê retorno financeiro e algum grau de satisfação. A prática profissional, por outro lado, requer uma profunda e contínua consciência de propósitos e direção, no lugar de um quadro específico de objetivos ou padrões (Styles apud Leddy & Pepper, 1986). Acrescenta-se a isto, o fato que ainda é esperado das enfermeiras um agir altruístico, sendo-lhes atribuído o dever de cuidar. As enfermeiras aparentemente buscam prover cuidados, apesar das condições sociais e econômicas desfavoráveis, mas reivindicam maior autonomia para desempenhá-los.

Embora discursando a respeito da falta de ética, as enfermeiras apontam poucas alternativas para contornar o problema, e colocam fora de si o poder de provocar mudanças. E parecem ser pouco oficiais as denúncias de ações anti-éticas ou de erros de colegas. As questões salariais passam muito mais pela busca de reconhecimento por parte do outro, do que uma conquista organizada da categoria.

**Opinião sobre a Categoria Profissional no
Desempenho do Próprio Exercício Profissional:**

Categoria Profissional: são as relações de classe mantidas entre as enfermeiras para sustentação de sua categoria e organização de sua formação e satisfação dos seus elementos.

Cabe à ética descritiva conhecer "o que é ou existe" dentro do indivíduo ou grupo em dado ponto do tempo. Ambos aspectos, desenvolvimento moral e exame dos valores, são requeridos na educação ética, por que as enfermeiras estão aprendendo o que elas "devem fazer" e "o como", estes podem diferir do que elas poderiam fazer sem uma reflexão prévia. Segundo Thompson & Thompson (1989) definem moral como as "obrigações e deveres" da prática profissional, e ética como "a razão do porque."

"Acho que devemos valorizar a profissão e acreditar que dará bons frutos apesar das condições salariais que permeiam tudo isso. Deve-se ter vontade de trabalhar, alegria mesmo por estar na profissão..." (ID.01 E)

"A ABEn deve considerar as condições de trabalho e rendimentos dos enfermeiros, os custos impedem que o indivíduo participe dos cursos. O salário dos enfermeiros está bem abaixo do custo de vida, fica difícil para os enfermeiros, principalmente os assistências, participarem dos congressos..." (ID. 23 E)

Acredita-se que a categoria profissional em seu próprio direito, pela vivência de padrões profissionais de responsabi-

lidade pessoal, ao atrair a atenção para coisas que representam riscos para os pacientes e à profissão, advogará por um ambiente seguro de cuidado. De outra maneira, concordar-se-á com o seu enfraquecimento diante das condições desfavoráveis até mesmo para custearem seu aperfeiçoamento, devido aos baixos salários.

Para ser responsável com sua profissão, a enfermeira deve conhecer pelo que irá responder. Daí a necessidade de ter estabelecidos seus padrões profissionais e atentar para cumprilos, provendo meios pelos quais os pares julgarão sua competência. O código de ética promove uma estrutura clara na qual cada enfermeira procura manter e defender seus padrões de cuidado.

A profissão existe para prover cuidado ao público e às pessoas que requerem cuidados de enfermagem. A manutenção da unidade do grupo nem sempre é harmônica, sem conflito, devendo ser estabelecidas as condutas éticas, morais através da educação, literatura, congressos, etc. A integração do grupo está ligada à necessidade de garantir sua auto-imagem e representação. De manter o dinamismo e a motivação de ser o que é, evitando a dominação e a reprodução das ideologias das categorias dominantes. Daí afirma-se que a responsabilidade é afetada pelo auto-conceito, e pelo nível de maturidade do indivíduo.

"Na escola a gente tenta esclarecer sobre a necessidade de união, a postura, só que no dia-a-dia, a enfermeira fica sozinha. Quando ocorre algum problema ético ou desavenças entre profissionais, erros de conduta, quem vai enfrentar é ela, na relação direta com o empregador. Muito poucas acordam para o fato de que dispõem de um conselho para intervir, e se sentem ameaçadas. O conselho pode não estar dando a devida segurança, e falta a participação do profissional nos conselhos também..." (ID. 10 E)

"As enfermeiras não assumem as coisas que acontecem, saem comentando de colegas com outros profis-

sionais. Essa não é a imagem que você quer mostrar, por que você só vai confirmar a favor da incompetência e baixa qualidade do profissional e não os pontos positivos..." (ID.16 A)

Este depoimento confirma como Waldow (1990), Loyola (1987) e outros, apresentaram sobre a necessidade de mobilização para uma consciência crítica da prática e suas múltiplas relações, questionando-se como o ensino tem sido conduzido. Isto em decorrência da insatisfação que as enfermeiras docentes manifestam sobre a falta de definição do profissional que se deseja, uma vez que seu preparo prioriza a formação técnica, com pouca crítica sobre sua inserção no mercado de trabalho e no enfrentamento das condições sociais que irá encontrar. A princípio, isto requer mudanças nas escolas, a partir dos seus docentes. Não se espera uma prática apenas idealizada existindo a necessidade de questionar filosoficamente as idéias e os valores que estão sendo considerados. Waldow (1990) expõe que algumas das contradições na categoria podem ser características de "uma ambivalência feminina em assumir um papel independente e responsável por seus atos".

Freire apud Waldow (1990) descreve esse fato como comportamento de dualidade: onde o grupo oprimido internaliza a opinião que o opressor tem sobre ele, demonstrando passividade e aceitando a exploração. E ainda, que a liberação só é possível quando tornar-se consciente de sua existência e passar a acreditar em si próprio.

"Acredito que a enfermagem não está preparada para assumir o papel de importância que ela tem, e não sei se é só questão de liderança ou outra coisa mesmo..." (ID.01 E)

A conduta de responsabilidade é afetada pelo conhecimento do código de ética, pela competência técnica, científica e política, obtidas num processo contínuo de formação e auto-

determinação dos comprometidos com sua profissão.

A formação de novos profissionais deverá encorajar a disponibilidade para assumir riscos, baseados em conceitos e uso político do poder em sua prática para tornarem-se autônomas na afirmação da assistência de enfermagem.

"A responsabilidade de ensinar ao aluno o melhor possível, ser um facilitador da aprendizagem e da fundamentação teórica para poder discutir as questões que envolvem a categoria. Fazer crítica e mostrar a realidade onde o aluno está inserido e onde irá trabalhar depois. Não formar mais técnicos que não tenham consciência do todo, do que representa a saúde..." (ID.13 E)

ATITUDES QUANTO ÀS RESPONSABILIDADES ÉTICO-LEGAIS:

Atitude é aqui entendida como a expressão de sentimentos e/ou avaliações sobre determinado assunto, evento ou pessoa, sendo estes favoráveis ou não, baseados em experiências anteriores ou suposições feitas a respeito das questões que envolvem a ética e a moral (Fishbein & Ajzen, 1975).

A Tabela 8 demonstra as frequências relativas as atitudes de responsabilidade das enfermeiras no desempenho do próprio exercício profissional.

TABELA 8 - Distribuição das frequências dos Elementos Constitutivos da sub-categoria Atitude, por função das Respondentes, em relação a responsabilidade no Próprio Exercício Profissional.

ATITUDE e ELEMENTOS	TOTAL	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS POR FUNÇÃO		
		ENSINO	ASSISTÊNCIA	ADMINISTRAÇÃO
Respeito	49	23 (8)	24 (10)	02 (2)
Autonomia	23	10 (6)	09 (7)	04 (3)
Postura	14	05 (4)	07 (6)	02 (2)
Conflito	13	02 (1)	06 (4)	05 (3)
Culpa	12	02 (2)	05 (2)	05 (3)
Estresse	11	01 (1)	07 (5)	03 (2)
Acomodação	10	03 (2)	07 (5)	00 (0)
Controle	09	01 (1)	06 (4)	02 (1)
Omissa	08	04 (4)	03 (2)	01 (1)
Paternalismo	05	03 (2)	01 (1)	01 (1)
Delegação	04	00 (0)	02 (1)	02 (1)

Observa-se também a ênfase dada às atitudes de respeito aparentemente, uma premissa para as relações que se estabelecem, sejam estas enfermeira/paciente ou enfermeira/equipe. As enfermeiras oscilam entre as atitudes mais comprometidas e as menos comprometidas, suas frequências são mais constantes e elevadas nas respondentes da assistência, seguidas pelas docentes. A atuação autônoma se dá apesar das limitações, contrapondo-se às atitudes de conivência e omissão, não deixando de exercer um certo autoritarismo através do controle, das atitudes paternalistas e da delegação de tarefas para serem executadas.

**Atitudes de Respeito em relação à Responsabilidade no
desempenho do Próprio Exercício Profissional:**

Respeito: é a expressão de sentimentos, expondo uma predisposição física e mental para fazer considerações baseada na aceitação da identidade e individualidade das pessoas.

As enfermeiras vêem a necessidade de orientarem seus pacientes, e que a falta de orientação implica aparentemente, na falta de respeito, e acreditam que os direitos dos indivíduos devam ser respeitados e é uma responsabilidade assegurá-los.

"Uma coisa que gosto de reforçar é a orientação sobre a medicação, muitas vezes enfiam a receita no bolso e não sabem como tomar..." (ID.07 ADM)

"O paciente tem o direito de ter acesso a sua religiosidade, sua fé, eu posso até não concordar, mas o que importa é o que ele pensa..." (ID.13 E)

Embora as enfermeiras coloquem sua preocupação em suas condutas, emitindo julgamentos sobre a assistência, elas assumem a responsabilidade de representar a instituição junto

à família e os demais colegas. Abaixo algumas enfermeiras procuram que seu agir atenda às múltiplas relações, apontando conhecimentos e habilidades para assumirem responsabilidades.

"Ao assistir uma pessoa com distúrbio neuro-vegetativo, você está deixando de ter ética quando fala 'aquela fingida', então certas pessoas saem comentando da sala pelo corredor, o acompanhante está vendo. A família não vai falar de determinada pessoa, mas do serviço..." (ID.04 A)

"O nome da escola está em jogo, nesse campo eu tenho responsabilidade, não só com a escola mas com os outros professores, alunos, e diretoria. Eu não tenho chefe no meu pé, mas éticamente eu respondo pela minha conduta profissional." (ID.20 E)

As enfermeiras preocupam-se com o desempenho de seu papel ao determinarem e implementarem padrões desejáveis de prática junto ao seu pessoal. Isto vem requerendo respeito às limitações pessoais, ao domínio de conhecimentos técnicos, científicos, bem como de humanidade. Sua liderança a princípio se dá pelo saber e pela autoridade burocrática, sua conquista se fortalecerá pela competência profissional e pela conquista de justas condições de trabalho na enfermagem.

"A unidade de terapia intensiva exige muito, então os funcionários têm medo do desempenho. Começam a adaptação pelo semi-intensivo, não o sobrecarregamos para dar tempo ao funcionário de se ambientar, observar e só então cuidar dos mais graves." (ID.25 ADM)

"No começo funcionário com vinte anos de serviço medicava para o coração mesmo sem receita, quando eu ia falar quase me batia, o que iria fazer com esse cara? É um choque você estar trabalhando e ser responsável por esse tipo de coisa, sem ter ninguém para te dar apoio..." (ID.09 ADM)

De modo geral, os depoimentos requerem o compromisso e a competência dos profissionais para desempenharem atividades específicas ao seu atendimento. As enfermeiras valorizam a profissionalização nas relações de trabalho através do respeito mútuo.

Como parte das responsabilidades das enfermeiras pelo trabalho coletivo, Young (1987) expõe que elas devam manter relacionamentos cooperativos com outros profissionais da saúde, e tomarem ações apropriadas para salvaguardar o indivíduo quando seu cuidado for posto em perigo por outro profissional ou qualquer outra pessoa. Os depoimentos referem com certa frequência o não respeito ao pudor e à privacidade por parte de outros profissionais da saúde. Embora as enfermeiras tentem medidas paliativas existe a dificuldade para conscientização destes.

"O enfermeiro tem que ter a responsabilidade de não interferir nas condutas de um colega e danificar o atendimento. Ele deve fazer suas atividades sem extrapolar sua função e encaminhar para outro profissional quando se fizer necessário." (ID.17E)

"Já encaminhamos carta à direção de enfermagem devido a exposição desnecessária do paciente feita por alguns médicos que expõem o paciente com a porta aberta. Já colocamos biombos, fechamos portas durante as consultas, mas nas emergências até o pessoal da portaria quer ver, e acham a enfermeira chata por proibir. 'As vezes você não liga de ver, não por que não ache importante manter a privacidade, mas pela automatização do serviço, você se torna insensível...' (ID. 14 A)

Atitude de Autonomia no Desempenho das

Responsabilidades do Próprio Exercício Profissional:

Autonomia: é a atuação guiada pela liberdade advinda da convicção do ato realizado, ou seja, enfermeira percebe-se livre para agir de acordo com sua consciência, conhecimento de suas atribuições legais, sem constrangimentos por parte de outrem.

A autonomia está na consciência ética de manifestar e efetivar uma ação. Constitui direito inalienável, desde que leve em conta os direitos dos outros nas relações. Através do paternalismo, médicos e enfermeiras podem violar a autonomia

dos pacientes, restringindo sua liberdade ao julgarem que previnam danos maiores ou que produzem algum benefício, sem os quais não estariam seguros. A enfermeira, enquanto agente de mudança, tem a responsabilidade ética de garantir esta autonomia. Isto pode significar a recusa do tratamento pelo paciente. É difícil quando ocorre ameaça à vida e opõem-se à obrigação de promover o bem e o melhor tratamento. O paciente tem o direito de tomar decisões que afetem o seu bem-estar. As depoentes no entanto, não se consideram autônomas para fazer valer os direitos dos pacientes.

"A enfermeira não tem autonomia pelo próprio sistema, pela própria estrutura do serviço de saúde. Já vi enfermeiras extremamente competentes serem taxadas de chatas, frustradas. No nosso esquema, o médico considera-se dono do paciente e faz o que quer." (ID.23 E)

"A autonomia da enfermeira é muito pequena mesmo, os médicos se protegem. Nós temos pouca autoridade, pouca autonomia, é super difícil defender o paciente numa situação dessas..." (ID.01 E)

"Se a criança chega ao posto às sete da manhã com febre, eu sei que posso medicar, mas o médico pediatra quer que espere até ele avaliar. Então fica uma situação difícil, esperar mais de duas horas até ela chegar para autorizar medicação via endovenosa, nossa liberdade é limitada, mas a responsabilidade é minha pelo atendimento..." (ID.03 A)

O modelo burocrático de algumas instituições não são seguidos, impedindo muitas vezes o planejamento das enfermeiras. Ainda a relação de subordinação retira sua responsabilidade de agir conforme sua consciência e implementar decisões.

"Você tem autonomia para resolver o problema maior que é se virar para achar alguém para cobrir férias, licenças, faltas, e na hora de levar bronca porque funcionário fez besteira. Qualquer outra coisa eu tenho que pedir." (ID.05 ADM)

Mais especificamente, as atitudes relacionados com a questão de autonomia receberam as seguintes observações.

"Existe maior liberdade para discutir condutas den-

tro da UTI, é um grupo menor, estamos trabalhando juntos há algum tempo, temos boa argumentação quanto ao exame físico e tratamento até mesmo para sugerir, podemos avaliar melhor os pacientes. Difere das unidades com enfermarias, porque têm mais de 30 médicos, cada um com uma conduta pessoal. Elas não querem ser 'dedo duro', ficam indignadas quando o profissional demora na tomada de atitude em relação ao paciente, por exemplo apendicites que acabam supurando, trombozes mesentéricas, acho que as enfermeiras estão tendo muita coragem." (ID.05 ADM)

"Não me lembro do código, a vida da gente em hospitais privados faz a enfermeira ir além do que o código determina para atender o cliente. Extrapola a autonomia, prescrever medicações ou tomar condutas para não chamar o médico à noite. E aí nós não temos respaldo legal para assumir esse risco..." (ID.20 E)

Estes conflitos aparecem em alguns depoimentos, e na busca de soluções as enfermeiras mal se justificam.

Schoen (1992) expõe que autonomia parece ser um aspecto significativo do ambiente de trabalho na medida que são fontes de satisfação. As enfermeiras parecem empenhadas em obtê-la e serem reconhecidas em seu direito de cuidar dentro de um contexto ético, político, social e econômico. Embora assumam o dever de cuidar de forma altruísta, Todavia desejam ser autônomas e não subservientes. Nas atividades liberais poderiam ser favorecidas, mas forças econômicas e sociais tornam esta prática ainda limitada.

"A equipe médica se posiciona muito a nosso favor porque vieram de grandes centros, estão acostumados com o trabalho da enfermeira..." (ID.25 A)

Desde que a auto-determinação é um direito profissional, as enfermeiras devem estar preparadas para atitudes que protejam seus interesses e os da população assistida. Sua prática deve ser desimpedida, considerando as circunstâncias que a envolvem.

"A questão da visita domiciliar e o serviço de contra-referência, sempre gostei e não acho uma carac-

terística particular, é uma forma autônoma de atender..." (ID.09 ADM)

**Postura enquanto Responsabilidade no
desempenho do Próprio Exercício:**

Postura: são as maneiras de se conduzir verbal e gestualmente considerando o ambiente, local, tema da discussão e as pessoas.

As enfermeiras além da preocupação com as discriminações sexista e intelectual por parte de médicos e pacientes, temem serem consideradas super-agressivas, ou de demonstrarem liderança e ambição.

"Num hospital, você não vai para fazer chacrinha, ir com decote, saltitante, de unhas vermelhas, pintada cheia de bijuterias grandes. Um hospital tem dor, tem sofrimento, tem morte. É uma falta de respeito, chego a ser grosseira mas mando o aluno voltar e trocar de roupa. Posso ser taxada de reacionária, mas acho importante conversarmos sobre isto antes de iniciar os estágios (ID.23 E)..."

Este depoimento contrapõe a idéia de que as enfermeiras sejam duras, desagradáveis, insensíveis ao sofrimento. E ressalta o cuidado para com o estereótipo de que sejam sexualmente acessíveis a qualquer um que lhes faça uma proposta. Alguns temas que envolvem a sexualidade, a postura e a feminilidade da profissional enfermeira são analisados por Epstein, 1977; Lopes, 1987; Gastaldo & Meyer, 1989; Miranda, 1987; Waldow, 1990.

Em termos de atitude, a postura pouco ou quase nada é discutida pelo docente, quando o faz, é em represália, enfocando questões de respeito ao ambiente profissional e terapêutico e o respeito às pessoas, mas ainda tratando as enfermeiras como seres assexuados.

O posicionamento dos professores quando diz respeito à

atuação do aluno é mais explícito, eles sentem-se mais responsáveis pelos erros cometidos por seus alunos. De acordo com os valores pessoais e profissionais orientam, a atitude dos alunos.

"A gente sente que parte foge do seu controle; colocar o aluno em campo é muita responsabilidade, tive um aluno que administrou dose errada de insulina. A responsabilidade era minha, e eu assumi." (ID.15 E)

"No hospital, você tem uma postura mais profissional, você sabe lidar com o plano de assistência, tem muito mais contato com o paciente. De repente você é a pessoa chave no atendimento do paciente, é uma responsabilidade muito grande porque você tem as informações..." (ID.04 A)

Vislumbra-se aqui dois momentos estratégicos nos quais a enfermeira, no seu exercício profissional, pode dispor para exercer sua responsabilidade, ou seja, pela manutenção de elevado padrão de conduta e pela centralização das informações. O manejo das informações que se centralizam nas enfermeiras ainda está pouco discutido e politicamente mal explorado, ou seja, a força do processo comunicativo da enfermagem dentro das unidades de saúde e a importância da centralização dessas informações na tomada de decisões.

"Muitos erros acontecem tanto na enfermagem como por parte de outros profissionais, a enfermeira não assume a responsabilidade, joga adiante, dizendo que foi o funcionário que errou e que não é sua culpa. Eu acho que está havendo um mau posicionamento em cima disso, quem assume, quem não assume?" (ID.16 A)

Especificamente no depoimento apresentado a seguir, uma docente declara a dificuldade de interação dos profissionais em campo, que têm por objetivo o ensino. Leva a crer numa predominância autoritária dos elementos para atividades imediatas ao seu interesse. O hospital público e de ensino aparentemente ainda não tem uniformidade nos seus objetivos primários, nem

pessoal qualificado para fazê-lo do ponto de vista didático pedagógico, isto talvez ocorra devido sua recente implantação.

"Na verdade eu vejo que o hospital universitário não se presta como campo de ensino. Eu sinto os profissionais da área médica com posturas de superioridade, mesmo os enfermeiros do campo, num sistema fechado, estanque, ninguém se une. Médicos e enfermeiros não são professores e não têm formação voltada para o ensino, pesquisa, e é difícil quebrar este esquema..." (ID. 23 E)

Existem oportunidades, tal como a descrita abaixo, nas quais as enfermeiras deveriam ter mais escolhas na tomada de decisão. Contudo, enfermeira e cliente dividem mútua responsabilidade, o cliente ao buscar a ajuda e a profissional ao procurar atendê-lo. No depoimento abaixo, existe a ação comprometida e a enfermeira escolhe o curso das ações ao advogar pelos direitos da clientela. Estes estão apoiados no desejo e nos valores que capacitam o julgamento das alternativas ao avaliar as consequências.

"Dentro do posto de saúde eu não separo o cliente da odonto, da enfermagem, não tem como. Ele quer ser atendido, ele é cliente do serviço, e a responsável sou eu..." (ID.03 A)

"Eu não vou concordar com um projeto que tecnicamente está perfeito, mas que vai ter efeitos nocivos à população com a qual eu trabalho. Eu não vou defender um modelo que pretende gerar lucro em detrimento da qualidade de serviço, acho que isto traz implicações éticas e legais para o enfermeiro e é uma situação bem definida..." (ID.09 ADM)

A participação da enfermeira na realidade social e nas associações classistas, baseia-se no seu compromisso social e este nos interesses e valores pessoais. Pereira (1983) conclui que,

"...a concretude desses valores está relacionada com a função ética da enfermeira, realizar-se como Homo-Humanus buscando conhecer as condições da existência humana e as possibilidades do ser para compreender e assistir aqueles que dependem de seus conhecimentos específicos, dedicação e consciência moral".

Sendo assim, a atitude profissional da enfermeira exige um compromisso ético e social demonstrável, conforme exemplificam Lima et al (1979) quando este "participa nas atividades de classe, assumindo os ideais, normas e metas da profissão". Logo, a atuação de uma Entidade de Classe depende da participação efetiva dos profissionais que a compõem.

O depoimento a seguir reflete o sentimento que a profissional mantém em relação às entidades representativas da classe. Enuncia um conhecimento a respeito das funções fiscalizadoras do órgão mas, aparentemente, esquecem-se de que quem controla as atividades deste órgão são os seus representados. As exigências e obrigações que atribuem a este conselho e a seus representantes devem ser ponderadas, bem como deve-se conhecer o número de atividades desenvolvidas na fiscalização e como efetivamente poderiam participar.

"Eu sou uma pessoa anti-associações da forma como estão estruturadas. O COREN por exemplo, é para fiscalizar, mas também para defender e ver se as obrigações, e os direitos dos enfermeiros estão sendo atendidos, fazer cumprir a lei..." (ID.23 E)

Para Germano (1985) o serviço prestado pela ABEn visava o estabelecimento de uma moral homogênea, ou seja, uma direção cultural e moral para a classe. Os congressos no entender de Carvalho apud Santos (1987) são instrumentos de profissionalização, repassando tais ideais e possibilitando sua concretização. E também são momentos de união, troca e discussões sobre os interesses da categoria.

Léon, citada por Mendes (1988) reflete a respeito das relações de trabalho colocando que,

"seja qual for o nosso campo de trabalho em enfermagem, qualquer tarefa ou função que nós empenhamos, estará influenciada por nossos valores, pelas condições sociais em que vivemos, pelas características

de nossa personalidade, pelo conceito que temos de enfermagem, e por nossas atitudes em relação ao mundo, à vida".

Atitudes de Conflito no Desempenho da Responsabilidade do Próprio Exercício Profissional:

Conflito: é quando a decisão está entre dois pólos de igual importância e valor, ou que refletem o dever e o poder.

A nível gerencial, os papéis assumidos pelas enfermeiras tornam-se conflitivos. Por um lado têm-se as ideologias das entidades de classe, das universidades e de outro a das instituições empregatícias. Estes conflitos são exacerbados quando existem deficiências organizacionais e então a enfermeira se obriga a assumir outras funções em nome da assistência ao paciente.

"Quando os problemas começam a aumentar eu me questiono, eu tenho que ser responsável pelo paciente, é a primeira coisa, porque quando o paciente não está bem, é porque alguém não está cuidando, e se ele não está bem eu não estou observando... Eu tenho que ficar inteirada da parte clínica, médica, com o pessoal de enfermagem, com o departamento pessoal, vai ficando uma bola de neve. Parece que se ficar faltando alguma coisa a culpa é minha, se eu deixar de fazer controle das doenças transmissíveis, do controle de infecção hospitalar, se eu falhar em alguma coisa a culpa é minha, esse tipo de cobrança faz parte da responsabilidade. Quando as coisas vão bem, não é mérito seu mas quando vão mal a culpa é da enfermeira que não viu." (ID.07 ADM)

Tal situação, demonstra ser altamente geradora de estresse, insegurança e de culpa antecipada, uma vez que a enfermeira lida com vidas, e tem medo de cometer erros irreparáveis.

Ferreira-Santos (1973) ao estudar a enfermagem como profissão apresentou um conjunto de expectativas diferenciadas por parte das instituições, dos médicos, e da própria enfermeira. Estas expectativas expunham que as enfermeiras, no seu

desempenho profissional, viam-se envolvidas nos papéis gerencial e assistencial, nos quais os níveis de complexidade se somavam e as expectativas aumentavam, exigindo maior conhecimento para alcançarem níveis de satisfação desejados, de eficiência e eficácia. Pelo depoimento abaixo, o mesmo parece que se mantém, mesmo já tendo passados vinte anos desta constatação.

"Somos responsáveis pelo serviço em geral, nós prescrevemos, avaliamos o paciente, corrigimos e acompanhamos tudo, mas ficamos de plantão permanentemente por telefone, sem feriado." (ID.21 ADM)

A visão funcionalista restringiu a criatividade necessária à enfermeira na solução de seus problemas. No entanto, percebe-se nos trabalhos de Ferreira-Santos (1973), Oliveira (1981), Silva (1986) e outros, mostram que outras análises estão surgindo com enfoque político-social a respeito da formação e do exercício profissional na busca de alternativas de mudanças. As enfermeiras segundo Bussinguer (1988) devem transpor sua "consciência mágico-ingênua à consciência crítica, e transformadora".

Em outros momentos, as respondentes da administração manifestaram seu conflito entre o assistir e o gerenciar.

"O nosso maior defeito é tentar resolver tudo, é esse jeitinho que a gente tem de dar solução para tudo. Talvez a gente ficasse mais tranquila se colocássemos a necessidade de outra enfermeira..." (ID.21 ADM)

As enfermeiras exteriorizam algumas posturas adotadas diante dos conflitos e insatisfações com as condições de trabalho, ressaltam suas limitações e os sentimentos de impotência na forma de assistir, assim mesmo procuram prestar a melhor assistência possível, com o menor número de riscos e de acordo com o que acreditam ser um direito do paciente.

"O Pronto Socorro é a porta de entrada de dinheiro de todo hospital, eu questionava porque internava paciente particular e não tinha vaga para previdenciário. Ou seja, internava quem não precisava e quem precisava morria lá fora, e acabei demitida. Em outro hospital, fiquei quinze dias, a administradora segurava o medicamento (dolantina) prescrito para o paciente da cirurgia ortopédica, e dizia que iria ver se precisava. Poxa, essa cirurgia dói! Eu sou a enfermeira! Não deu para continuar..." (ID.23 E)

Estas profissionais sofrem o conflito diário dada as contradições entre as crenças, valores, atitudes e os comportamentos manifestados na prática. A enfermeira é instrumento de controle e dominação social, para atenuar tensões e conflitos internos e externos que exigem dela uma maior habilidade para coordenar funções diversas, para objetivos nem sempre ligados às suas atividades. Por manter atividades interdependentes com grupos funcionalmente diferentes, procura criar um clima de colaboração e segurança para o atendimento da clientela. De outro modo, elas estão assalariadas e dependentes, tendo uma prática alienada, pois lutam por objetivos não definidos por elas (Bussinguer, 1988).

"A instituição não coloca nada, deixa a gente bastante livre, porque ela confia na gente, já se habituou que resolvemos quase todas as coisas. Acontece que quando fazemos hora-extra, simplesmente não são pagas. Com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, sempre ultrapasso 1 ou 2 horas diariamente. Ninguém cobra meu horário, já sai altas horas da noite. Quando tem paciente na UTI, não saio até estar tudo organizado e fico de plantão à distância. Na nossa ausência somos obrigadas a responder pelo que aconteceu, como se fosse nossa obrigação, isto não consta do contrato de trabalho..." (ID.21 ADM)

Atitude de Culpa no desempenho das Responsabilidades do Próprio Exercício Profissional:

Culpa: é o sentimento que se manifesta ao assentimento de que poderia ter sido tomada outra atitude face ao problema, conhecidamente ou não com melhores resultados.

No caso de cometimento de erro medicamentoso ou de execução de procedimentos, as enfermeiras declararam assumi-los. Muitos erros no entanto, podem passar pela "conspiração do silêncio", ou seja, segundo Panasco apud Oguisso (1985) é a "confraternidade profissional diante de erros que nada tem a ver com sigilo profissional". O sentimento manifestado pelas enfermeiras é de que tais erros evocam frustração e avaliação do descuido, bem como sentimentos de depreciação profissional.

Infelizmente, os erros de medicação são parte da realidade do trabalho das enfermeiras, sendo muito valorizado nos hospitais e todas enfermeiras temem por tais erros. Estes erros, constituem-se de atos contra o paciente, envolvendo negligência no seu preparo ou dispensação. Classificam-se em erros de comissão ou omissão e relacionam-se com a gravidade e intencionalidade da ofensa. Wolf (1989) diz que quando as enfermeiras erram, elas enfrentam a possibilidade de terem lesado os pacientes tão bem quanto se auto-condenam. Os dados quanto a este tipo de responsabilidade estão de acordo com Wolf, ao colocar que as enfermeiras prontamente reconhecem sua culpa quando erram. Os efeitos danosos pelo erro da droga, levam-nas a compreenderem que os riscos associados são muito sérios para serem ignorados. Apesar de relatarem seus erros e reconhecerem as consequências legais perante o paciente e para si, as enfermeiras algumas vezes falham no relato dos mesmos ou até mesmo não os relatam se forem menos sérios ou potente a medicação envolvida.

"Senti-me bastante arrasada, em termos de não ter prestado atenção, ou porque na hora da técnica eu não segui algumas noções por querer fazer mais rápido. Existe sempre a possibilidade da gente cometer alguma falha durante um procedimento."(ID.10 E)

"Eu me sinto uma péssima profissional, mas todo ser humano é passível de falhas. Se um dia acontecer uma medicação errada será assumida."(ID.07 ADM)

Depreende-se que a iniciação no trabalho ocorre de forma muito estressante para o recém admitido com pouca ou nenhuma retaguarda por parte das colegas e/ou chefias de serviço. As atitudes assumidas pelas enfermeiras ao depararem-se com esta realidade são as mais variadas.

"Quando me formei e surgia emergência, eu sumia. Eu tinha pavor da sirene da ambulância." (ID.02 A)

De fato, o que se percebe é que as enfermeiras não tem claro, a princípio, quais são suas responsabilidades, sobrecarregam-se com atividades de vários profissionais por não saberem encaminhá-las. Estes dados mostram estar de acordo com estudos anteriormente realizados sobre o perfil, papéis, expectativas, conflitos na profissão, temas que há muito constituem-se como objeto de pesquisa (Burlamaque, 1981; Carvalho, 1982; Manzolli, 1981; Simões, 1980; Mendes, 1988).

"Quando me formei achei que estava em apuros. Fiquei com medo de começar a trabalhar e me envolver em problemas muito sérios dentro do hospital e por qualquer coisa ir parar no COREN, ou em outros órgãos para responder por aquelas atitudes, depois de certo tempo você vê que não é bem assim. As pessoas não levam a sério aquilo que a gente aprendeu na universidade. Em termos de ética, de moral eu sempre procurei seguir porque a profissão não tinha uma moral muito boa. Em termos morais qualquer falha o pessoal cobra, qualquer deslize até no tom da voz, na maneira de falar, de vestir, já é motivo para comentário." (ID.05 ADM)

É interessante perceber que a princípio, ou seja, logo que se formam e iniciam o exercício profissional, a maioria das enfermeiras não se sentem confiantes para atuarem e elas não denunciam seus conflitos, acreditam que irão superá-los de acordo com a auto-avaliação de sua competência.

A inexistência de políticas de inserção do recém-graduado, aliada a própria indefinição e/ou conflito nos papéis, le-

vam as enfermeiras a experienciarem sentimentos de abandono, de desamparo, e geram alto nível de estresse.

As enfermeiras trabalham na interdependência de outros profissionais e estão responsáveis pelas demais categorias de enfermagem. Aumenta com isto, sua responsabilidade perante os pacientes pelos cuidados que estas administram. A divisão técnica das atividades requer avaliação das competências dos profissionais, contudo percebe-se que as enfermeiras se sentem vulneráveis a responderem por erros co-participados devido a atribuição de tarefas. Também temem as consequências ético-legais advindas da delegação.

"Eu fico com o coração na mão, por que eu sei o tipo de funcionárias que tenho. Elas não estão bem treinadas e corre-se o risco de erros na medicação, ou outros erros técnicos. Então enquanto não se tiver punição, enfermeiras e funcionárias, não irão se conscientizar de suas responsabilidades também..."
(ID:05 ADM)

Atitude de Estresse no Desempenho das Responsabilidades do Próprio Exercício Profissional:

Estresse: é o aumento das solicitações e estimulações psíquicas e físicas sobre o profissional, com determinada frequência de ocorrência, sejam elas de caráter emocional ou não.

Segundo Almeida (1986), ao comentar as funções das enfermeiras, analisa também, a existência de condições estressoras no trabalho da seguinte maneira,

"as enfermeiras que desempenham a função de supervisoras, gerentes, são as 'funcionárias' da ideologia dominante, mas são trabalhadoras assalariadas e seu trabalho é um trabalho não produtivo, portanto, não fazem parte da classe operária, não pertencem também à burguesia, pois seu trabalho assalariado é explorado, dominado e subordinado ao aparelho econômico".

Embora muitas vezes não tenham a clareza desta análise, enfermeiras percebem seus efeitos em suas práticas.

O depoimento abaixo, evidencia o estresse pela sobrecarga de atividades e constata que a enfermeira tem realizado atividades administrativas burocráticas, não conseguindo desempenhar suas atividades precípua baseadas nos valores profissionais e não nos valores institucionais.

"A enfermeira está sobrecarregada, principalmente com as atividades administrativas mais que com as assistenciais, devido a chefia também." (ID.12 A)

"Na pediatria, a enfermeira está mais estressada porque acumula as instruções para serem dadas às mães. As mães das crianças é que estressam mais, porque ficam para ajudar mas atrapalham, tudo fica mais bagunçado, as crianças ficam mais manhosas e arrancam tudo. Então você vai fazendo um exame físico rápido e prescrevendo as tarefas para os funcionários..." (ID.05 ADM)

Constata-se que existe um distanciamento entre a enfermeira e a acompanhante, se por um lado a mãe é requerida para apoiar a criança, de outro ela requer maiores informações para fazê-lo. As enfermeiras orientam as rotinas e determinam que a mãe auxilie nos cuidados, ficando dia e noite na vigília. Na verdade, questiona-se se as mães não estariam servindo mais como mão de obra, no desempenho de tarefas de enfermagem.

Entende-se que através de hábitos sociais, leis, ditaduras, das imposições científicas, a sociedade determina uma série de valores e comportamentos. Assim, não só as estruturas organizacionais mas as pessoas se perdem nas responsabilidades sociais. As organizações comportam relações que podem ser mais ou menos humanizadoras, favorecendo a fraternidade ou desigualdade, justiça ou injustiça, tudo isto gerando alto nível de estresse.

"A gente está cansada, cheia, e o que se tem ouvido é que as consultas de enfermagem estão péssimas. Isto porque estamos fazendo o serviço administrativo..." (ID.03 A)

É atribuída à enfermeira a responsabilidade de certifi-

car-se da qualidade dos cuidados recebidos e da implementação do plano terapêutico do paciente. O que se percebe também é que tais funções estão prejudicadas pela relação numérica enfermeira/paciente/pessoal, tornando difícil o planejamento assistencial da enfermeira.

Um dos pontos importantes para o exercício da função administrativa é o conhecimento, segundo Stevens apud Trevizan et al (1989) o conhecimento direto e pessoal que a enfermeira possui de cada paciente e de cada membro de sua equipe, permite que ela integre os princípios de administração geral à realidade da situação. Capacita-a também para utilizar as habilidades de seu pessoal ajustando-as às necessidades do paciente.

"As funcionárias nos procuram esperando que saibamos de tudo, estamos em duas para supervisionar 79 leitos, geralmente ocupados. Sinto-me na obrigação de saber o que está acontecendo no hospital, de uma forma ou de outra..." (ID.21 ADM)

Atitude de Acomodação no Desempenho das Responsabilidades do Próprio Exercício Profissional:

Acomodação: é a aceitação das situações e condições da realidade sem tentar outras alternativas que possam indicar resoluções diferentes.

As enfermeiras destacam o desrespeito ao pudor parece ser atribuído a outros profissionais e, admitem certa negligência neste sentido.

"Estamos tratando com indiferença a questão do pudor dos pacientes. É falha nossa, é do médico, é difícil trabalhar com funcionário também" (ID.18 A)

"Por parte dos funcionários a gente consegue orientar e cobrar, agora da parte de outros profissionais é mais difícil. O que acontece é que o médico se coloca como superior, se você propõe outra sala ele não concorda, faz consulta de porta aberta, algumas enfermeiras ficam marcadas, eles chegam até a verificar qual a enfermeira que está de plantão..." (ID.16 A)

Neste exemplo, a enfermeira investe-se do cargo de coordenação dos serviços e preocupa-se com o justo atendimento, e respeito ao direito do indivíduo junto à instituição. Todavia mostra ter pouca resposta aos seus apelos preferindo acomodar-se ao que vê.

Aparentemente, a enfermagem falha na sua identidade a nível coletivo, resultando no enfraquecimento político e profissional.

"Para a população quem conta mesmo é o médico, na medida que você não tem um trabalho organizado, você não consegue mostrar serviço. A enfermeira aparece de vez em quando e fica muito mais como administradora do que como assistencial, ela fica apagada..." (ID.19 A)

"Eu acho que o enfermeiro tem se acomodado. Ele tem clareza do que seria para fazer, mas não tem o compromisso. Acho que é um problema da categoria, resolveram não cobrar horário do médico por não ser respeitado e por não ser sua função eu acho que deveria fazer isso em outros níveis. O contato com a população acaba sendo pequeno ele se afasta da assistência para atender à chefia do posto..." (ID.17 E)

Embora reconheça sua pequena participação junto aos órgãos de classe. As enfermeiras esperam que estes assumam lutas em favor dos direitos da categoria. No entanto, parecem desconhecer que a força organizativa é o elemento necessário para estas conquistas. Em seu trabalho as enfermeiras buscam salários adequados, valorização, dignidade. Mas reconhecem que mantêm atitudes de negligência junto às associações representativas da categoria.

A mesma atitude de acomodação também é claramente percebida quando se trata das associações classistas.

"Temos uma responsabilidade mínima em relação às associações de classe. A medida em que você não tem uma participação mais efetiva." (ID.17 E)

"Em relação ao COREN a única coisa que faço é pagar." (ID.12 A)

"Estamos com dificuldade para contactar com o representante do COREN, o relacionamento está difícil, nem paguei este ano. Não recebi nenhum convite ou comunicado para reunião..." (ID.15 E)

"As associações são importantes, mas vovê acaba não se preocupando, é uma posição assim comôda, por exemplo o salário está muito ruim, fazemos um corte cultural e educacional mesmo com a universidade." (ID.21 ADM)

A atitude de acomodação mantém o profissional agindo como 'tapa-buracos', não cobrando efetivamente mudanças de atitudes e responsabilidades do conjunto dos profissionais diante da clientela. A conivência e a omissão diante dos atos de desrespeito à integridade física, psíquica e moral da clientela, tornam-se cada vez mais conflituosas e requerem respostas de acordo com a consciência ética de cada um individualmente, e do conjunto das profissões normatizando, supervisionando e orientando as condutas.

"Respondemos por tudo sim, eu não tenho nutricionista, serviço social, ou farmacêutico, até arrumo vaga para paciente em UTI para certos médicos, mas na hora da urgência não dá para brigar e dizer que é responsabilidade dele passar o caso, porque quem precisa é o paciente. Quanto ao serviço de nutrição tem que ter boa vontade, busco nos livros ou junto a nutricionista de outros hospitais e transmito para a cozinheira. Não é o ideal por que já tem o profissional na área para suprir" (ID.21 ADM)

"Parece que o enfermeiro é um pouco 'maleável' para pegar as coisas para ele, sai da faculdade sem saber o que vai fazer, entra no serviço e começa a aceitar tudo o que pedem..." (ID.03 E)

Atitude de Controle no Desempenho das Responsabilidades do Próprio Exercício Profissional:

Controle: é o domínio prático e teórico da situação, centralização de decisões em algumas pessoas.

Percebe-se uma certa necessidade das enfermeiras por estarem gerenciando, exercerem o controle, mantendo a centrali-

zação das decisões sobre as coisas, mesmo as que envolvem a prática de outros profissionais, mas que julgam ser de sua responsabilidade, porque de modo direto ou indireto, estas atividades relacionam-se ao paciente.

"Quando você está numa posição gerencial, você está por dentro de tudo o que está acontecendo. Tenho medo de responder a outro lado meu que é assistencial, gostaria de cuidar dos pacientes da UTI, mas tenho medo de bitolar numa coisa só. Na administração, estou descobrindo e aprendendo situações das quais você aprende a sair, desenvolve um 'jogo de cintura' maior..." (ID.21 ADM)

"Eu quero arrumar o estoque e ver a quantidade e isto significa o quanto é preciso para que não vença a validade e que esteja padronizado. Antes não se tinha uma base dos gastos porque não estavam padronizados..." (ID.07 ADM)

"A gente percebe que certas coisas fogem do nosso controle, da parte médica com quem temos maior contato é grande a falta de ética. Eles fazem comentários dos casos, faltam com a privacidade." (ID.15 E)

As preocupações parecem estar voltadas para "o que fazer" mais do que com o "como fazer" ou "o que deve ser feito" devido talvez a falta de maior maturidade na análise das opções para efetuarem julgamentos mais adequados a um agir moral consciente.

Atitude Omissa no Desempenho das Responsabilidades do Próprio Exercício Profissional:

Omissão: a enfermeira, conscientemente ou não, deixa de tomar atitudes diante de fatos que requerem outros encaminhamentos.

A enfermeira afasta-se de sua função de educadora e de se responsabilizar pela assistência de enfermagem ao paciente, família, para assumir a organização e coordenação de pessoal e material. A qualidade da assistência não se adequa às necessidades do cliente e é colocada na dependência de outros

profissionais. Concorde-se com Rosa & Costa (1989) ao caracterizarem o sub-sistema de enfermagem polarizado entre os componentes estruturais e funcionais, sendo que ambos estão sendo tratados empiricamente sem considerar alternativas para transformá-lo num compromisso moral com o paciente.

"Na orientação sobre o diagnóstico, o meu contato às vezes com o paciente é superficial para eu contar, quando o território é perigoso dou uma de pouco informada, saio de fininho, é melhor do que dizer o que não deve..." (ID.21 ADM)

"O grande problema das enfermeiras é não assumirem a responsabilidade por estarem inseguras. Elas se omitem, não vão fundo, por falta de conhecimento, insegurança do conteúdo teórico e prático. A enfermeira não está preparada para dar assistência livre de riscos, principalmente dentro das atividades de triagem. Quando acontece um erro a tendência é camuflar." (ID.17 E)

A omissão, e portanto, a co-responsabilidade pessoal se torna tanto mais significativa quanto mais importante for a função que se exerce (Anjos, 1988).

Os depoimentos corroboram com o alerta que Davis & Aroskar (1983) fizeram a respeito dos valores reforçados nas escolas, e que favorecem atitudes passivas por parte das enfermeiras. É bem provável, que devido a pouca prática de enfrentamento, falte às enfermeiras a segurança fundamental para que possam assumir o risco de responderem pela assistência. Como se observa no exemplo, a respeito da troca ou não do curativo. Ressalte-se que as enfermeiras também pesquisam novas formas terapêuticas e, que este cuidado não deveria ser exclusividade de uma profissão. No entanto, o modelo administrativo contraria sua autonomia. A enfermeira deve ter clareza da ambiguidade dos papéis e não cooptar com ideologias que os desvalorizem.

"Uma empresa quer que eu gerencie, e isto diminui meu tempo junto ao paciente. Já tivemos mais enfermeiras, mas acharam demais, não dão pela falta por-

que nós suprimos. Se tivéssemos mais, as tarefas seriam melhor distribuídas, pelo menos uma por plantão..." (ID.21 ADM)

De outro modo, na relação entre a equipe de saúde, a omissão persiste talvez pelo desconhecimento das formas legais e éticas de encaminhamento das denúncias, ou pelo medo de retaliações por parte da diretoria administrativa dos órgãos de saúde.

"Em relação a equipe de enfermagem a gente tem como exigir, agora com relação a outros profissionais, quando cometem atitudes irresponsáveis, a gente não tem como ficar cobrando, porque eles não estão subordinados à enfermeira..." (ID.06 A)

Faz parte das responsabilidades institucionais manter a observância e a avaliação da qualidade e competência dos serviços realizados pelos profissionais que esta contrata, contudo, esta avaliação muitas vezes deixa de acontecer.

"Não são punidas as pessoas por falhas como a gente tem os itens de responsabilidade no código. São muito maiores do que as que o código aponta, acho que depende muito da instituição que se está, não só da parte do paciente, tem toda uma parte da empresa que você está vestindo a camisa, uma enfermeira cobra da outra. Mas, as coisas ficam quietinhas, muito abafadas, quando uma enfermeira ou médico cometem erros..." (ID.05 ADM)

"Já fiz muitas atividades que não tinham nada a ver com a responsabilidade do enfermeiro. Mas acabei executando porque muitas vezes não tinha o outro profissional ou porque você entra no esquema de conhecer e eles sabem que você faz. Mas acho que tem que ser uma aprendizagem, é muito difícil chamar a atenção de um médico..." (ID.23 E)

Esta conivência algumas vezes é assumida buscando proteger a clientela de maiores desgastes.

"Quando se faz encaminhamentos dos pacientes crônicos para o especialista somos nós que preenchemos, porque o serviço prevê que o médico os forneça sem passar pela consulta, só que para assinarem já o querem preenchidos, caso contrário o paciente tem que ficar na fila desde às cinco da manhã e fazer consulta, isto daria uma confusão ainda maior..."

(ID.06 A)

Atitude Paternalista no Desempenho das Responsabilidades do Próprio Exercício Profissional:

Paternalista: é quando as enfermeiras decidem pelo que julgam ser o melhor para a clientela não permitindo com isso que a clientela exercite escolhas e considere o que seja o melhor para ela.

Além das dificuldades próprias que as enfermeiras enfrentam em termos de relações e condições de trabalho, em algumas situações elas tentam soluções dividindo com o cliente parte dessas responsabilidades. As enfermeiras tomam certas atitudes como orientar o cliente a procurar o serviço no horário em que se é possível ter as consultas. Apesar desta postura por parte de algumas enfermeiras, ainda percebe-se atitudes paternalistas em relação ao atendimento. No entanto, esta atitude muitas vezes reproduz valores sociais introjetados e que não são questionados nas relações de trabalho. Por vezes, até se omitem "lavando as mãos" diante dos fatos que violam direitos das pessoas.

"Os adultos aceitam mais as coisas, ele se contenta com um comprimido de AAS, você tem que convencê-lo a voltar, para o controle e acompanhamento da hipertensão. Minha responsabilidade é com o cliente, mas ele tem responsabilidade de saber que o posto abre às sete e meia, porque só apareceu no posto às nove horas, quando eu já não tenho mais consultas?"
(ID.03 A)

"Eu resolvo os problemas por necessidade dos pacientes, eu não vou colocá-lo em risco por problemas administrativos..." (ID.21 ADM)

Os serviços de saúde ainda não apresentaram propostas alternativas para os trabalhadores, para aquela maioria que teria a necessidade de ter atendimento fora do horário de traba-

lho. Assim, não perderiam o dia de serviço, considerando-se que muitos são autônomos ou vivem de sub-empregos. Nas classes mais desprovidas de recursos econômicos, tanto a ignorância, quanto outras condições sociais, dificultam e acentuam a baixa qualidade dos padrões de vida e saúde. Um problema social quase que rotineiro, que imobiliza os profissionais para questões da ética social nas periferias.

Na prestação dos cuidados, muitas vezes a enfermeira repassa a dominação pelo saber, acreditando nos avanços tecnológicos da medicina, julgando estar fazendo o que é melhor para o paciente, influenciando ou decidindo por ele.

"Quanto às decisões relacionadas aos cuidados, acho que o paciente deve ser convencido do que é o melhor..." (ID.04 A)

As enfermeiras com tais atitudes não assumem seu compromisso ético perante sua clientela, nos primeiros depoimentos a responsabilidade de assistir está parcialmente satisfeita e no segundo não permite a escolha livre por parte do paciente. Aparentemente, as enfermeiras tutelam sua clientela não considerando que o agir ético deva ter por base a liberdade consciente de escolha. Neste último depoimento, considerando-se que o consentimento informado seja uma instância especial da autonomia dos pacientes, tão bem como levanta questões que conflitam com as obrigações profissionais.

Atitude de Delegação no Desempenho das Responsabilidades do Próprio Exercício Profissional:

Delegação: é quando enfermeiras distribuem tarefas para o cumprimento das responsabilidades de assistência junto aos demais membros da equipe de saúde.

A atenção à saúde requer profissionais com formação humanista e visão holística para diminuir conflitos éticos (Dayle, 1985). A responsabilidade da enfermeira ao delegar funções deve conhecer a idoneidade técnica e moral de seu pessoal e colegas. Também deve considerar as situações e as tarefas para não colocar em risco o paciente e a família.

"Você vai fazendo um exame físico rápido e passando as tarefas para os funcionários." (ID.05 ADM)

As enfermeiras embora se preocupem com erros durante o treinamento ou posteriores para a pessoa do paciente ou ao próprio pessoal, admitem ter poucas alternativas. As situações envolvem riscos. A responsabilidade ética e moral da enfermeira ao delegar é delicada, devido ao despreparo dos subordinados quanto às habilidades técnicas.

"Quando você está na chefia você delega para aquele que você confia, praticamente não existem auxiliares, eu tenho medo dos erros em pediatria, mas por outro lado tenho que deixar fazer"(ID.20 E)

CONDIÇÕES DE DESEMPENHO DAS RESPONSABILIDADES ÉTICO - LEGAIS

Condições são fatores circunstanciais que facilitam, dificultam ou limitam o desempenho das responsabilidades ético-legais das enfermeiras, estejam estas condições relacionadas ao conhecimento técnico-científico, aos recursos materiais, humanos, estruturais, organizacionais e/ou de apoio nas relações de trabalho.

A Tabela 9 mostra as condições de maior frequência apresentadas pelas enfermeiras, necessárias à realização das funções para as quais estão habilitadas. As condições mencionadas pelas enfermeiras assistenciais e docentes enfatizavam a necessidade de conhecimento para agir, de desempenho nas ativi-

dades interdependentes e a falta de condições organizacionais favoráveis.

TABELA 9 - Distribuição das frequências dos Elementos Constitutivos da sub-categoria Condições, por função das Respondentes, em relação à responsabilidade no Próprio Exercício Profissional.

CONDIÇÕES e ELEMENTOS	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS POR FUNÇÃO			
	TOTAL	ENSINO	ASSISTÊNCIA	ADMINISTRAÇÃO
Conhecimento	73	34 (9)	30 (9)	09 (3)
Interdependência	48	19 (8)	24 (11)	05 (4)
Organização	18	06 (4)	08 (6)	04 (2)
Relações no Trabalho	15	05 (4)	07 (5)	03 (2)

Foram apresentadas pelas enfermeiras administradoras as dificuldades, mas por serem geralmente únicas na função e muitas vezes na instituição ficou implícita a aceitação ou não do emprego.

As condições aqui apresentadas constituem-se nos elementos que aparentemente têm dificultado às enfermeiras o cumprimento de suas responsabilidades. Antes de encará-las como justificativas alegadas pelas enfermeiras para o fato de não estarem assumindo as responsabilidades, deve-se analisá-las dentro do contexto no qual o profissional presta seus serviços e observar quais as estratégias que elas vêm adotando para fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão. Em caso de dano, tais condições têm sido apontadas pelos juristas, como atenuantes ou agravantes de culpabilidade, quando averiguada a culpa, e se esta foi em decorrência de ato culposo ou doloso (Código Penal, art. 18, Favero apud Schimidt & Oguisso, 1986). No exercício da profissão, além de se atentar para as causas de danos por negligência, imprudência ou imperícia, a enfermeira também deve ater-se ao fato de que não se exime de culpa se o dano for causado pela equipe.

Condições de Conhecimento para Agir nas Responsabilidades o Próprio Exercício Profissional

Conhecimento para Agir: engloba a fundamentação teórico-prática que capacita as enfermeiras a responderem responsávelmente pelos atos.

Embora 21 (87,5%) enfermeiras, tenham expressado o pouco conhecimento do código e a falta de clareza a respeito de sua responsabilidade, ainda assim, denotaram conhecer que a enfermeira responde ética e legalmente por atos feitos ou praticados por ela e por outros profissionais sob sua supervisão. Isto aparece como um estressor nas falas das enfermeiras, sabendo-se que elas centralizam as atividades diretas ou indiretamente ligadas à assistência do paciente, e que o contingente de pessoas da equipe de enfermagem nas instituições, corresponde a aproximadamente 65% do total de profissionais da equipe de saúde (COFEN/ABEN,1986).

Algumas dificuldades encontradas pelas respondentes dizem respeito muito mais às formas pelas quais se estabelecem as relações dentro da instituição, à falta de autonomia, à sobrecarga de responsabilidades, e ao pouco reconhecimento dado ao profissional. Inclusive do ponto de vista econômico, justificam as restrições em participarem de congressos e eventos que possibilitam a atualização do profissional.

"Não é só metodologia, é na área de assistência ao paciente, eu vou prescrever para algum problema, então sinto que estou precisando de estudar e de novos conhecimentos..." (ID.11 A)

"Eu procuro prestar a melhor assistência possível dentro do meu alcance. Se peço é por ignorância, por falta de informação em alguns pontos, mas sempre tentando chegar antes para não prejudicar. É difícil olhar cada prescrição e detectar problemas, checar os quartos, examinar os pacientes, com o nível dos nossos funcionários é muito difícil." (ID. 21 ADM)

O que as enfermeiras entendem por prática assistencial difere do esperado pelas instituições. Aparentemente as enfermeiras demonstram conhecimento de suas limitações, principalmente nas interativas com a categoria médica, que recebe maior tolerância e apoio por parte da administração superior.

"Na verdade eu gostaria de ser enfermeira assistencial, mas a empresa quer uma enfermeira para gerenciar. Para eles a visita aos pacientes uma vez ao dia está ótimo, não se preocupam, só cobram quando ocorrem erros. Eu sinto nesta administração uma coisa bem maleável, quando existe algum problema, nos dá razão, nos entende, mas não repreendem quando os médicos erram, ele tem um número de pacientes aqui. A conversa com o médico é no cafézinho com um tapinha nas costas..." (ID.21 ADM)

A docente complementa sua percepção de responsabilidade apontando algumas das condições necessárias para exercê-las.

"Conhecimento é fundamental, segurança é importante, técnica de ensino é super importante, o aluno precisa de tempo para estar refletindo e muitas vezes nós não temos paciência com ele." (ID.01 E)

Dentre outras condições destacam-se o não envolvimento e o descompromisso profissional. Também existe a falta de cobrança por parte dos usuários, para exigir melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde.

É preciso se envolver, perceber o local onde vai atuar, e qual a melhor maneira para fazê-lo. Entrar no problema, ter boa percepção e conhecer a comunidade com a qual vai trabalhar, conhecer bem o conteúdo das orientações que irá passar e o interesse para procurar outras fontes de ajuda..." (ID.24 E)

"Deveria existir e tem que existir um modo da população começar a exigir o cuidado devido de uma enfermeira. Primeiro porque ela vai ser atendida por quem estudou e tem competência e segundo se aquela pessoa estudou e não tem competência, ela vai ter que se virar..." (ID.23 E)

Entende-se como ético, o fato das enfermeiras procurarem alternativas que melhor atendam às necessidades dos usuários, que respeitem as habilidades e interesses dos profissionais,

para que seja possível maior aproveitamento da sua capacidade intelectual, psicológica e motora.

"A gente deve levar em conta a sua área, sua capacidade, tem que ter habilidade e interesse e perceber que não dá para aquilo, quem sabe se sairia melhor em outras áreas como a pesquisa, ensino, obtendo maior rendimento, a enfermagem não se restringe ao hospital ou a saúde pública" (ID. 25 A)

Condições de Interdependência no desempenho das Responsabilidades no Próprio Exercício Profissional.

Interdependência: são as relações que a enfermeira mantém nas áreas de interdependência com outros profissionais, e família cuja interação faz-se necessária para a consecução dos fins.

Nas atividades administrativas hospitalares ou dos postos de saúde, estabelece-se que o papel fundamental das enfermeiras, está muito mais em ser o elo de integração entre a clientela e a equipe multi-profissional. As enfermeiras classificam-se como polivalentes ao assumirem diferentes papéis e responsabilidades.

"Nosso maior defeito não é o comprometimento com o hospital que a gente gosta, mas é esse jeitinho que a gente tem de dar solução, de tentar resolver tudo. Talvez a gente ficasse mais tranquila colocando a necessidade de outra enfermeira, a gente se adapta a situação, ao mesmo tempo que é ruim ser 'quebragalho' de tudo, te dá a sensação de dizer como é bom! Como eu sou bacana e resolvo tudo! Não é consciente, mas será que alguém vai enxergar meu serviço? (ID.21 ADM)..."

Esta observação, pressupõe uma postura ainda ingênua de busca de valorização da auto-estima, que no entanto, depõe contra a categoria profissional, devido a passividade e aceitação de condições adversas para se trabalhar. Ao mesmo tempo, parece existir a consciência do fato, ao colocar que o maior

defeito é tentar resolver tudo numa atitude de acomodação.

No depoimento a seguir, mais uma vez as enfermeiras de saúde pública, mostram a interdependência entre os profissionais e suas limitações quando em contato com a população. Procuram resgatar as responsabilidades conjuntas pela prevenção e recuperação da saúde, como já foi comentado, existe a ausência do médico nos postos.

"Outros casos acontecem, chega à tarde um paciente hipertenso, com pressão bastante elevada, sudorese e a ambulância não vem, eu não posso medicar com adalat (sl) que eu tenho no posto, nem por ordem telefônica. Então eu pergunto, vou deixar o paciente morrer? Vai! me responderam. Eu me questiono, bateu a responsabilidade com o cliente e não com a instituição, têm enfermeiras que medicam, correndo o risco de serem pegas..." (ID. 03 A)

Nas instituições, os problemas relacionados aos pacientes não aparecem de forma diferente, refletem ainda as péssimas condições sociais, onde velhos são asilados, as crianças sofreram maus tratos, tentativas de homicídio, o abandono pelos pais nos hospitais, e os pacientes são deixados nas instituições porque as famílias não dispõem de recursos para a continuidade do tratamento.

"Eu coloco sempre a enfermagem à disposição do paciente, mas aprecio, eu exijo educação por parte do paciente em relação às funcionárias." (ID. 21 ADM)

Existe um reconhecimento das limitações dos funcionários, mas também a valorização destes, enquanto pessoas que mais diretamente se relacionam com os pacientes. As enfermeiras procuram promover uma assistência mais humanizada, também a seu pessoal. A responsabilidade das enfermeiras estende-se ao seu pessoal, enquanto forma de expansão dos seus próprios cuidados, tendo em vista que esta não consegue atender a todos os pacientes mas somente os mais graves. Por outro lado, a atitude de delegar parte das suas responsabilidades ao pessoal sob

sua supervisão, torna-a coresponsável pelos danos que estes vierem a cometer. Sendo assim, parece estar demonstrado que a grande maioria conhece empiricamente, este aspecto ético e legal.

**Condições Organizacionais para o Desempenho das
Responsabilidades do Próprio Exercício Profissional:**

Organizacionais: dizem respeito às condições oferecidas pelas instituições do ponto de vista material, estrutural e humano, insumos necessários juntamente com os serviços de apoio para o desempenho das atividades assistenciais de acordo com um padrão mínimo de qualidade.

Algumas situações apresentadas pelas enfermeiras denunciavam as condições organizacionais, sejam elas materiais, de recursos humanos ou de estrutura física. Alguns desses depoimentos levam a questões sobre a convivência do profissional em realizar tarefas delegadas que não lhe são de competência, bem como aceitar desempenhá-las ora por pressões institucionais, ora por acomodação, ora assumindo-as sem o devido preparo. Parece que tais atitudes tem a ver também com o caráter e postura do profissional, posto que muitos profissionais são intimidados, não conseguindo ter força de argumentação devido ao pouco conhecimento ou inexperiência junto à seus dirigentes ou colegas de trabalho.

"Aqui nós temos uma série de responsabilidades frente ao aluno, não tem campo de estágio adequado, não tem material para você dar uma boa aula, não tem sala onde você possa preparar suas aulas, onde você possa assumir a qualidade do ensino. Então a responsabilidade é cobrada mas não se oferece condições de trabalho..." (ID. 13 E)

"A gente sofre muito, mas o pior é à noite, quando a farmácia fecha e falta medicamento; o estresse é maior e você dança conforme a música..." (ID.18 A)

Condições nas Relações de Trabalho para o Desempenho das Responsabilidades no Próprio Exercício Profissional

Relações no Trabalho: são condutas interativas dentro da instituição, pressupondo atitudes de respeito nas relações interpessoais, garantidas por uma efetiva e eficaz comunicação.

É importante que se discuta o papel das enfermeiras em assuntos éticos. O médico tem conhecimentos que dizem muito mais respeito à doença, à patologia e ao tratamento. Para as enfermeiras, este conhecimento parece estar mais relacionado à proporcionar melhor qualidade de vida, como vivenciar a doença e os problemas daí decorrentes.

"O relacionamento multi-profissional é difícil, existe essa imagem de competição ainda há muita resistência..." (ID.18 A)

"Eu gosto de colocar meu lado pessoal na interação com o paciente, eles vão passando o que estão sentindo..." (ID.07 A)

"Nós temos passado o plantão verbalmente umas às outras e através do livro negro, o relacionamento é produtivo, mas com o médico é diferente, acontece dele ser avisado da condição do paciente e ele dizer que a enfermagem não avisou, que ele não sabia..." (ID.08 A)

As respondentes discorrem livremente a respeito de suas atribuições, demonstrando terem o conhecimento técnico, mas expressando as dificuldades encontradas do ponto de vista administrativo, principalmente nas relações de trabalho.

A falta de uma filosofia administrativa compromete a todos que dela participam, no sentido de tomar seu papel na organização como missão e de assumir a responsabilidade de motivar o pessoal a participar das mesmas crenças. Estas crenças demonstram ser mais uma questão pessoal do que uma orientação

institucional para confluir interesses.

"Eu não posso estar saindo dos lugares só porque tem coisas que eu não concorde. Eu acho que o enfermeiro também tem o papel de lutar pela sua instituição enquanto profissional para mudar algumas coisas, ele deve tentar mudar, se não conseguir aí ele sai..." (ID.03 A)

"A enfermeira tem a responsabilidade de ser apoio, ser honesta, de atuar com o paciente, de se relacionar com o médico e com outras pessoas; cada pessoa é diferente e ela tem a responsabilidade de se relacionar com cada uma delas preservando a individualidade..." (ID.18 A)

ESTRATÉGIAS QUANTO À RESPONSABILIDADE ÉTICO-LEGAL

Estratégias são as formas utilizadas pelas enfermeiras para o enfrentamento de situações, procurando satisfazer certos objetivos. As estratégias tendem a ser formas de comportamento mais elaboradas, podendo ser conscientes ou não, procuram atingir determinados fins dentro de um plano com metas parciais e/ou globais. Especificamente, as enfermeiras deveriam racionalizar estratégias para atingirem os objetivos determinados pela profissão, ou seja, promover, manter e recuperar a saúde da clientela de acordo com os princípios éticos e legais. Também é esperado que enfermeiras façam uso de seu conhecimento psicológico, social, motor, político para mobilizar novas perspectivas, sentimentos e comportamentos em relação à profissão.

A Tabela 10 demonstra que as enfermeiras assistenciais parecem dispendir maior esforço para mudar as situações de sua prática, bem como as atitudes resultantes de estresse. Os dados demonstram também que estas se dividem entre o assumir e o enfrentar (deixando de assumir atividades que não lhe sejam próprias). Algumas depoentes estão lançando mão da educação, para conscientizar funcionários, clientela e outros a

respeito dos direitos e das responsabilidades na conquista de qualidade nos serviços.

TABELA 10 - Distribuição da frequência dos Elementos Constitutivos da sub-categoria Estratégia, por função das Respondentes, em relação à Responsabilidade no Próprio Exercício Profissional.

ESTRATÉGIAS e ELEMENTOS	TOTAL	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS POR FUNÇÃO		
		ENSINO	ASSISTÊNCIA	ADMINISTRAÇÃO
Assumir	33	08 (6)	14 (7)	11 (3)
Educar	24	10 (6)	11 (7)	03 (2)
Enfrentar	24	10 (6)	11 (6)	03 (1)
Proteger	13	06 (4)	06 (6)	01 (1)
Acomodar	08	04 (3)	04 (3)	00 (0)

**Estratégia de Assumir Responsabilidades no
Desempenho do Próprio Exercício Profissional:**

Assumir: é quando a enfermeira toma para si, os encargos e atribuições que seriam incumbências de outros profissionais.

Com a determinação legal da consulta de enfermagem surge a necessidade de apontar um plano diretivo para a assistência a ser seguida e melhorar a fundamentação buscando a aplicação prática dos muitos marcos teóricos já desenvolvidos. Para tanto, as enfermeiras esperam que a aplicação de metodologia científica de trabalho clarificará seu papel junto a equipe e clientela. Contudo, percebe-se que a avaliação do bem-estar oferecido e as condições disponíveis para fazê-lo estão em sentidos opostos.

"O papel da enfermeira não está bem delimitado, acho que com o processo de enfermagem, a gente consegue estabelecer os limites, é preciso estudar muito para prescrever..." (ID. 19 A)

O predomínio das atividades administrativas e da pressão institucional sobre a prática, e as condições inadequadas, evidenciam que as enfermeiras necessitam de ter como aliados pacientes mais esclarecidos quanto aos padrões de cuidados de saúde.

"A gente tenta fazer o melhor possível...são coisas que não tem nada a ver com nossa função ou formação. Às vezes sou uma espécie de relações públicas do hospital..." (ID. 21 ADM)

"A enfermeira que trabalha no posto de saúde, no hospital ou na escola, tem a função imediata e primordial de educar e não só ensinar, para que a clientela se mobilize, e possa desencadear ações que revertam em conquistas políticas, mostrando que a enfermagem não se restringe às atividades curativas..." (ID. 23 E)

Dentro de um campo vasto, como a Ética, faz-se necessária maiores discussões a respeito dos tópicos que envolvem a bio-ética, mais especificamente também a ética dos profissionais da saúde. Isto será possível através da valorização e criação de comissões éticas multidisciplinares, que transponham questões internas de auto-proteccionismo, que acabam por encobrir o mau profissional e as condições que expõem a riscos a clientela.

"No posto temos que saber de tudo desde a lâmpada queimada, temperatura da geladeira de vacinas, dos problemas com os vigias, se tem receituários médicos, a dentista não acha nem a chave do consultório, todos vem a mim..." (ID. 03 A)

"No meu serviço eu ocupo um cargo que não seria para a enfermeira, mas do médico, é uma responsabilidade muito grande ficar fazendo a profilaxia da raiva humana, decidir se vai fazer vacina ou não..." (ID. 12 A)

**Estratégia de Educar face às Responsabilidades
no Desempenho do Próprio Exercício Profissional:**

Educar: é a busca e oferta de informação pelas enfermeiras a respeito dos cuidados de saúde. Elas organizam e incentivam os indivíduos a reivindicarem melhoria da qualidade da assistência enquanto um direito.

Outros depoimentos apontam estratégias sobre formas de enfrentamento, enfatizando não somente a habilidade técnica, mas a habilidade interativa. Algumas finalidades do cuidado de enfermagem poderão ser atingidas, segundo as respondentes, através do ensino, e para isto faz-se necessário que a enfermeira saiba se comunicar.

"É importante ser conhecedor do conteúdo teórico, ter destreza manual para desenvolver habilidades técnicas, ter clareza do que quer executar e assumir, mas tem que ser comunicativo. Não adianta você conhecer, se você não sabe comunicar ou não vê a função educativa como importante..." (ID. 17 E)

"O médico tem o dever de esclarecer sobre o diagnóstico. Eu posso fazer orientações a respeito dos cuidados..." (ID. 15 E)

"A enfermeira deve ter junto à clientela uma função educativa que é desencadeadora no enfrentamento de todo um sistema, logo, ela tem a função primordial de educá-lo, não só ensinar, para que ele se mobilize e faça alguma coisa..." (ID. 23 E)

A estratégia de educar aponta também para a necessidade de educarem-se para estarem melhor preparadas no desempenho das suas responsabilidades.

"Preciso estudar mais, sinto falta de maiores informações sobre liderança e para prescrever, quero fazer um curso de especialização." (ID. 11 A)

"As enfermeiras não têm estudado para prescrever e assumir integralmente a responsabilidade pelo que prescreveram, elas tem restrições e dificuldades próprias, por exemplo, prescrevem restrição hídrica mas não sabem de quanto e nem por quê." (ID. 16 A)

"Eu me mantenho atualizada fazendo os cursos que aparecem. As colegas de outros hospitais sempre me avisam, tem grupos que estão procurando se organizar mais e uniformizar as condutas..." (ID. 25 ADM)

**Estratégias de Enfrentar face às Responsabilidades
no Desempenho do Próprio Exercício Profissional:**

Enfrentar: é quando a enfermeira levanta outras alternativas e formas de pensamento, expõe novas abordagens de acordo com crenças e valores pessoais.

Aparentemente, as estratégias de enfrentamento são isoladas, não sendo discutida pela categoria a problemática dessas práticas, não ocorrendo a uniformidade de ações a nível coletivo. Estas estratégias parecem ser mais positivas, quando são tomadas por profissional mais experiente. De acordo com as respondentes mais experientes, parece que estas observam melhor, e fazem uma avaliação dos riscos ao qual o profissional está exposto.

"Os médicos não gostam quando encaminhamos denúncias para o diretor clínico, tentam queimar a enfermeira, porque elas ficam indignadas com o tipo de assistência, a demora dos diagnósticos e das decisões cirúrgicas. Acho que as enfermeiras estão tendo muita coragem..." (ID. 05 ADM)

"No abri mão da conduta que havia tomado, devido a uma negligência médica, comuniquei à administração, fizemos relatório no prontuário, todos os funcionários e eu assinamos, retive o prontuário. A equipe foi convidada a sair do hospital". (ID. 16 A)

"A enfermeira está muito barrada, tem que conquistar o respeito, harmonia, fazer sua opinião ter valor. É uma conquista, com o tempo, através de ações, você consegue convencer a classe médica, e resolver o problema deles de falta de respeito para com outros profissionais..." (ID. 08 A)

Algumas enfermeiras enfrentaram questões políticas para que pudessem garantir a qualidade da assistência. A atitude de enfrentamento da enfermeira ao não liberar as vacinas, pa-

receu apoiar-se em sua autonomia para decidir a respeito do que julgava ser legal e eticamente correto. Enfoca-se neste depoimento, a sua segurança no que diz respeito ao conhecimento técnico e legal, ao procurar proteger o cliente, a categoria, a instituição pela qual assina a responsabilidade técnica e a si própria. Evidencia-se no depoimento, mais uma vez, a existência dos conflitos entre os valores institucionais e os valores profissionais.

"...na vistoria de uma clínica, verifiquei que a geladeira não tinha condições para conservar as vacinas, a funcionária não sabia verificar o termostato. Eu recolhi as vacinas, treinei a funcionária e guardei a manutenção da geladeira, que não foi feita, então não liberei as vacinas. O médico foi até o secretário de saúde, este me pressionou alegando motivos políticos. Eu coloquei meu emprego à disposição e disse que não assinaria pela responsabilidade técnica. Não liberei as vacinas e o secretário acabou concordando comigo..." (ID. 19 E)

Embora se saiba que muitas enfermeiras perdem seus empregos por confrontarem interesses, fica claro que o respeito ao profissional também se dá pela valorização de sua integridade e idoneidade. As conquistas devem ser mais divulgadas, encorajando outras a esta auto-determinação. As enfermeiras têm a responsabilidade de prestarem cuidados a quem precisa, mas têm o dever ético e legal de fazê-lo de forma segura. Deve tornar seu ambiente de trabalho um local seguro e denunciar as ameaças à integridade das pessoas conjuntamente ao seu conselho.

Estratégia de Proteger face às Responsabilidades no Desempenho do Próprio Exercício Profissional:

Proteger: são as ações que salvaguardam psíquica, física e emocionalmente a clientela de possíveis danos.

"Eu resolvo os problemas por necessidade dos pacientes, eu não vou colocá-los em risco por problemas administrativos..." (ID. 21 ADM)

"As condições do hospital psiquiátrico eram terríveis, se o paciente reclamava nas inspeções do INAMPS, diziam que ele estava delirando, não sei se era da parte médica ou da diretoria. Mas eu tinha nojo daquilo, mas eu tentava algo para e pelos pacientes..." (ID. 23 E)

É evidente o fato de que os pacientes sejam geralmente vistos pela maioria das enfermeiras como carentes, desprotegidos, ignorantes dos seus direitos e deveres. E também, social e culturalmente desprovidos de recursos materiais, de educação, de informações sobre sua saúde e expropriado de sua força de trabalho. Contudo, vê-se que as enfermeiras anseiam pelo reconhecimento de seu trabalho e a obtenção de justa recompensa financeira de seus esforços.

Estratégia de Acomodar frente às Responsabilidades no Desempenho do Próprio Exercício Profissional:

Acomodar: é o desempenho dos cuidados dispondo dos recursos, da melhor forma possível.

Uma forma conhecida de estratégia é exatamente deixar as coisas como estão. Talvez isso represente, ao final, maior estresse e insatisfações porque depõe contra a consciência ética da profissional.

"É difícil porque a gente se adapta a uma situação, ao mesmo tempo que é ruim ser 'quebra-galho' de tudo, você se pergunta se for só assistencial, será que alguém vai reconhecer o seu serviço?" (ID. 21 ADM)

As enfermeiras adotam medidas que amenizam, ou seja, medidas paliativas que solucionam temporariamente ou diminuem as adversidades na administração de cuidados à clientela. De certo modo, também para aliviarem a responsabilidade iatrogê-

nica devido à co-responsabilidade por erros cometidos por membros da equipe, salvaguardando-se de processo legal por lesões e danos físicos. E ainda, devido a sentimentos múltiplos de responsabilidade.

"Cheguei a dormir um mês no hospital porque um paciente recebeu neozine na mão e edemaciou, quase perdendo a mão. Antes de eu trabalhar neste hospital, uma paciente havia perdido o braço pelo mesmo problema e o processo que a família impetrou contra o hospital deu em nada." (ID. 23 E)

PADRÃO DOMINANTE DE PENSAMENTO DAS ENFERMEIRAS

ACERCA DAS RESPONSABILIDADES ÉTICO-LEGAL.

Como foi anteriormente descrito no marco conceitual, os padrões da estrutura de pensamento, segundo Perry (1970), são denominados de dualismo, relativismo e compromisso no relativismo.

Os dados da Tabela 11 demonstram que 50% das enfermeiras organizam seus pensamentos de forma compatível com o relativismo, pois percebem a necessidade de avaliação e orientação racional da categoria profissional para a obtenção de autonomia e autoridade. Assim mesmo admitem incertezas, diversidades e tentam algumas estratégias para enfrentarem as adversidades. Isto mostra uma predisposição para uma conquista de classe e não apenas uma conquista individual.

Entretanto isto pode ser uma intencionalidade ou apenas a manifestação de novas verdades, uma vez que as enfermeiras podem estar processando suas responsabilidades em padrões de pensamento compatíveis com estágios intermediários entre dualismo e relativismo. Elas já questionam sua prática e a posição de autoridade incontestável de outras categorias profissionais na saúde. Ainda são poucas as enfermeiras que se arriscam a perderem suas posições e empregos, em defesa das suas

crenças e valores profissionais. Em se tratando de questões éticas, a falta de conhecimento dos padrões profissionais aumenta as negligências e as incertezas a elas relacionadas. Mesmo que de forma incipiente, as enfermeiras percebem a falta de atenção dada às questões morais nas instituições de saúde.

TABELA 11 - Distribuição das frequências dos padrões de pensamento por função das repondentes.

PADRÕES DE PENSAMENTO	TOTAL	FREQUÊNCIA RESPONDENTE POR FUNÇÃO		
		ENSINO	ASSISTÊNCIA	ADMINISTRAÇÃO
Dualismo	07 (29%)	01	06	00
Relativismo	12 (50%)	06	03	03
Compromisso no Relativismo	05 (21%)	02	02	01

As enfermeiras que apresentam um padrão de pensamento compatível com o compromisso no relativismo, ou seja 21%, têm claro que as responsabilidades éticas são compartilhadas entre outros profissionais, pacientes, população e o pessoal de enfermagem. Portanto, estas enfermeiras demonstram assumir as responsabilidades, tomando decisões e agindo de forma a enfrentar os desafios da prática, respaldadas em seus valores profissionais.

Embora sendo uma minoria, no ensino, na assistência e na administração dos serviços, a alcançar o estágio de compromisso no relativismo, estas enfermeiras poderão liderar as demais colocando as contradições existentes na prática e enfrentando de forma mais politizada e organizada as adversidades.

Para se chegar a determinação do padrão dominante de pensamento de cada respondente, foram analisados os dados quantitativos de cada uma das áreas de mudança qualitativa, obtidos nas entrevistas, com o gráfico desenvolvido por Knepfelkamp & Slepitz (1976).

Estes resultados estão apresentados no **Quadro 1**.

As enfermeiras apresentam afirmativas relativas a uma estrutura de expressão semântica na qual utilizam termos absolutos tais como certo/errado, aceitação/rejeição de figuras de autoridade. Elas apresentam depoimentos nos quais se denota a presença de auto-processamento, apesar deste se caracterizar por atitudes de submissão à autoridade. Embora assumam várias responsabilidades como parte do "dever" de assistir, as enfermeiras se limitam a analisar a falta de condições institucionais adequadas, a omissão da equipe multi-profissional e as possibilidades de risco para a clientela. As respondentes parecem conscientes das implicações éticas e legais de sua prática, mas alienam-se e acomodam-se a fatores externos não visualizando ou elaborando alternativas de ação.

As enfermeiras tem ainda dificuldade em perceber alternativas para a ação visando suplantar suas limitações dentro da sua esfera de atuação. Tal dificuldade possibilita a contunuidade da ideologia médica dominante, a continuidade do imobilismo e conseqüente aniquilamento profissional. Da mesma forma, elas têm dificuldade para assumirem novos papéis profissionais, tais como o de ser advogada de sua clientela, o de estabelecer uma política assistencial de enfermagem nas instituições de saúde, bem como o de participar das deliberações relacionadas à assistência à população.

Em alguns momentos das entrevistas, apareceram depoimentos a respeito da falta de organização da classe. Isto provavelmente, torna mais difícil modificar o contexto da prática profissional, uma vez que a habilidade de assumir responsabilidade aumenta à medida que as enfermeiras expandem suas atividades dentro do papel. Aparentemente, ainda têm pouca fundamentação ética e legal para justificarem seus julgamentos

QUADRO 1 — Distribuicao do Padrao Dominante do Pensamento e Frequencias das Respectiveas Areas de Mudanca Qualitativa, por Funcao das Respondentes - 1992.

		Ensino										Assistencia										Administracao					
PADROES		1	10	13	15	17	19	20	23	24	2	3	4	6	8	11	12	14	16	18	25	5	7	9	21		
Dualismo						D					D			D	D		D	D			D						
Relativismo		R	R	R	R			R	R				R			R				R			R	R	R		
Compromisso no Relativismo								C	C				C						C						C		
AREAS																											
Estrutura Semantica		02	--	01	01	03	02	--	03	01		04	03	04	01	03	--	01	--	--	01	02		02	02	--	01
Auto-Processamento		03	02	04	06	04	05	03	05	06		07	10	06	03	03	04	01	05	03	03	03		09	08	09	12
Analise		15	12	19	12	16	14	13	17	09		09	27	18	07	06	13	06	08	17	13	14		20	12	25	28
Abertura p/Alternativas		02	03	02	01	02	03	02	02	06		--	04	08	--	--	--	01	--	01	01	02		04	04	02	02
Habilidade p/Assumir Responsabilidades		03	09	11	04	08	07	04	09	09		04	12	16	04	07	04	07	05	06	07	06		08	08	13	21
Habilidade p/assumir novos papeis		01	01	03	01	--	02	03	02	03		--	03	--	01	--	02	--	02	01	--	02		04	--	01	02
Locus de	Interno	02	01	01	01	--	02	01	03	04		03	08	--	--	--	02	02	--	03	02	01		02	03	01	04
Controle	Externo	01	--	01	--	01	03	01	05	--		01	06	02	--	--	02	--	--	02	02	01		01	04	08	03
Sintese		--	--	--	--	--	01	01	--	01		--	01	--	--	--	--	--	02	--	--			02	--	01	01
Habilidade p/Assumir Riscos		--	--	01	--	--	02	--	03	--		--	02	02	--	01	--	--	--	01	--	--		--	--	04	--

Fonte- Dados da Pesquisa: Percepcao das Enfermeiras a Respeito da Responsabilidade Etico-Legal no Exercicio Profissional - 1992.

na tomada de decisões. Entende-se que tal fato se justifica por terem o locus de controle baseados em fatores externos, ou seja, ainda dependentes das regras, rotinas e normas institucionais e sociais. Infere-se que os desafios relacionados ao volume de responsabilidades, à falta de apoio e suporte adequados e o fato das enfermeiras se apoiarem em fatores externos e não em sua auto-determinação, justificam as omissões e acomodações nas atitudes já descritas neste estudo. Além disso, ressalte-se o conflito com suas próprias crenças, valores e convicções éticas, levando-as a manifestarem sentimentos de culpa, ressentimento, frustração e incapacidade para desempenharem suas responsabilidades de forma coerente e consistente. Estas afirmações parecem estar de acordo com Perry apud Neves (1980) a respeito das possibilidades de retração, temporização e fuga quando as enfermeiras percebem a ameaça dos desafios e a dificuldade em receber apoio, o que gera conflitos que as levam a se omitirem, a se acomodarem ou até mesmo a evadirem da profissão.

De certo modo, as habilidades de síntese aparecem nas enfermeiras que se integram a sindicatos, chefias e coordenações regionais de órgãos da categoria. Contudo, outras enfermeiras que conheceram as práticas assistenciais em outros estados têm oportunidade de questionarem mais suas práticas, estas experiências acentuam a maturidade e o comprometimento ético com o serviço.

Com base no levantamento que ora se faz, tem-se que para apresentar uma resposta moral estará envolvido todo um processo, que se realiza lentamente e que é a exteriorização de uma atitude perante a vida. E será tão mais profundo quanto maior for o grau de auto-conhecimento que as enfermeiras tiverem de si mesmas.

Ao utilizar-se o referencial de Fishbein & Ajzen (1975) juntamente com o de Perry (1970) poder-se-ia inferir que quando as crenças e valores estão agrupados em estruturas de pensamento mais organizadas torna-se possível determinar as tendências comportamentais de um grupo a nível individual e coletivo. Melhor dizendo, de acordo com Fishbein & Ajzen (1975) as crenças, uma vez que envolvem cognição, valores, opiniões, determinam a atitude, o afeto, a intenção e o comportamento da pessoa face a um objeto ou evento.

Desta forma, o pensamento ético é uma interrelação de atitudes, de requisitos formais, de regras para se considerar ou não "adequados" os julgamentos. Muitas vezes não são aproveitadas as oportunidades para aprofundar as discussões sobre as condutas éticas. Isto significa que a resposta moral das enfermeiras deve manifestar o conhecimento das causas externas do comportamento, dos códigos morais vigentes no ambiente no qual vivem e que fazem parte da sua realidade. Exige o conhecimento dos usos, costumes, crenças, regras e padrões sociais, dos motivos internos que envolvem a discriminação dos sentimentos experimentados e das razões conscientes no julgamento destas pessoas trazidas à consciência. E também, da possibilidade de escolha e reflexão sobre os juízos éticos e sobre os princípios subjacentes à opção efetuada (Bicudo, 1982).

Adverte-se para a existência de ambiguidades sobre a prioridade de obrigações éticas da enfermeira acêrca dos clientes, da equipe multidisciplinar e da instituição empregadora. Tal ambiguidade existe quando a enfermeira se vê ameaçada de perder o emprego quando, ao cumprirem suas obrigações para com seus clientes, relatam ações anti-éticas. Contudo, as enfermeiras sustentam que seu compromisso fundamental ainda é com o paciente.

CONCLUSÃO

As considerações e exemplificações apresentadas neste estudo conduzem às seguintes conclusões quanto às responsabilidades éticas e legais percebidas pelas enfermeiras:

Dentre os aspectos abordados quanto ao conhecimento, crenças, valores, opiniões, atitudes, condições e estratégias cumpre ressaltar que a responsabilidade e a autonomia são fatores que necessariamente influenciam na ética em cuidados de saúde. A falta de autonomia foi apontada como uma limitação das enfermeiras para assumirem suas responsabilidades, reque-rendo tempo e esforço para conquistá-la.

O poder dos pacientes decidirem sobre o seu tratamento e a sua saúde, é visto pelas enfermeiras como um direito e um valor a ser conquistado. Contudo, o poder decisório centrali-za-se nos profissionais de saúde, mais especificamente no mé-dico que detém a responsabilidade pelo diagnóstico.

Ao serem ressaltadas as responsabilidades éticas das en-fermeiras verificou-se que estas têm dificuldades para enfren-tarem condições adversas que interferem nas relações estabele-cidas entre o paciente/equipe/enfermagem e na qualidade da as-sistência. Foram flagrantes as violações tanto da autonomia quanto da dignidade e privacidade dos pacientes, apoiadas por atitudes de omissão por parte das enfermeiras.

As bases informativas e legais para obtenção de consen-timento informado por parte dos pacientes são pouco discutidas dentre os profissionais de saúde. As enfermeiras têm pouca clareza sobre a quem compete o quê em situações da assistên-cia que requerem interdependência e respeito frente à clien-tela.

As enfermeiras desconhecem que estão cometendo infrações

ao código de ética ao assumirem responsabilidades de outros profissionais. Contudo, o fazem justificando ser em benefício dos pacientes. Isto acontece devido à falta de conhecimento e apoio para realizarem as triagens nos postos de saúde, temem pelos riscos na assistência uma vez que têm que suprir a falta de atendimento médico.

As enfermeiras apontam deficiências no conhecimento para o desempenho das responsabilidades em questões que envolvem liderança, autoridade, relacionamento interpessoal e nas formas de enfrentamento das condições das instituições de saúde.

As responsabilidades estão restritas ao cumprimento das atividades de acordo às funções desempenhadas, ou seja, voltam-se para as instituições, pessoal e clientela enquanto destinatária das tarefas executadas, deixando de perceber as responsabilidades sociais com a categoria profissional. Isto corrobora com a visão fragmentada e tarefaira de responsabilidade e não no sentido amplo de prestar contas à sociedade a respeito do desempenho do papel profissional. Em parte as enfermeiras docentes percebem suas responsabilidades voltadas para a comunidade e orientam as alunas de enfermagem para as futuras relações com órgãos de classe, sem contudo, serem membros ativos destas organizações. Existem deficiências no preparo das estudantes de enfermagem para a tomada de decisões éticas.

A maioria das enfermeiras desconhecem formalmente o Código de Deontologia (em vigor até 1992), bem como as teorias éticas que fundamentam os julgamentos morais. O conhecimento a respeito das responsabilidades éticas dá-se de modo empírico, baseado nos valores e experiências pessoais e na vivência profissional. As discussões sobre as normas contidas no código que deveriam ser vivenciadas e questionadas pela categoria têm

sido repassadas às escola de enfermagem. Por sua vez, os docentes têm dificuldades em assumir este papel de orientação em parte porque demonstram desconhecer tais normas. Além disso, verificou-se uma dicotomia entre o prescrito no código e a atuação nas práticas diárias. Este fato permite o surgimento de concepções obscuras a respeito da ética profissional.

Em seus discursos as enfermeiras enfatizam crenças nos direitos dos pacientes quanto à qualidade de assistência; ao direito de serem respeitados nas suas crenças, valores; direito à unicidade, à integridade física e moral. Especificamente, as enfermeiras docentes ressaltam os direitos dos alunos, acreditando que falham quando não cumprem os objetivos educacionais.

Ainda uma minoria das enfermeiras assumem o papel de advogadas da clientela nas relações terapêuticas que se estabelecem na assistência à saúde.

As opiniões das enfermeiras a respeito de sua formação ressalta o modelo de subserviência à medicina transmitidos nas escolas de enfermagem legitimando um condição de subalternidade.

Em relação às opiniões sobre a responsabilidade dizem aceitar responsabilidades além de suas competências. Quanto a competência destacaram que esta se apoia no tripé: habilidade técnica, fundamentação científica e relações humanas. As docentes enfatizam a habilidade de comunicação, a preocupação esta no que deveria ser, as enfermeiras assistenciais e administrativas enfocam a necessidade de se ter prática e a preocupação se volta para o que é.

As enfermeiras têm atitudes ambíguas pois ora acreditam que o compromisso ético profissional seja uma obrigatoriedade e ora acreditam que ele é um desejo, uma vontade de agir mais

moralmente para atender aos direitos dos pacientes. Os depoimentos denunciam que esta última crença sofre desvios pela própria falta de comprometimento, impedimentos ou omissões por parte do profissional.

Com relação aos valores éticos identificou-se que a honestidade é buscada e sustentada por princípios de igualdade, fraternidade. Elas reforçam o princípio de verdade nas relações terapêuticas, mas julgam necessário lidar com a extensão e interpretação da revelação. Com relação à privacidade dos pacientes relatam que a mesma nem sempre é mantida devido à falta de condições estruturais, físicas e de educação da equipe de saúde.

As enfermeiras apontaram divergências nos valores e objetivos, no que tange ao controle de custos e obtenção de lucros, por parte da instituição.

As enfermeiras apresentam sentimentos de culpa, medo, estresse devido a sobrecarga de atividades burocráticas e assistenciais. Elas denunciam a falta de políticas de inserção dos recém-graduados, e a existência de conflitos entre as prioridades colocadas nas escolas em relação à interação enfermeira/paciente e ao requisitado pelo mercado de trabalho.

As enfermeiras sentem-se vulneráveis a responderem por erros co-participados devido a atribuição de tarefas. Também temem as consequências ético-legais advindas da delegação devido ao despreparo do seu pessoal.

Existe o sentimento de culpa por não atenderem às responsabilidades junto à categoria profissional.

Educar representa uma estratégia utilizada pelas enfermeiras que lhes confere identidade e reconhecimento social.

IMPLICAÇÕES

A partir do conhecimento das crenças, opiniões, valores e das formas de pensar das enfermeiras, identificou-se áreas problemáticas no ensino, prática e administração da assistência de enfermagem relacionadas a responsabilidade ético-legal. Pôde-se apontar os possíveis fatores que indicam para a manutenção dessas formas de pensar e os possíveis fatores associados às questões ético-legais.

O diagnóstico feito impõe a necessidade de atitudes profissionais mais comprometidas, tais como:

- * Dar ênfase na educação ética e na clarificação de valores das enfermeiras enquanto acadêmicas, para que averiguem as congruências ou divergências entre os valores pessoais e profissionais, para que avaliem necessidades de mudanças e verifiquem quais as mais apropriadas para o papel profissional;

- * Incentivar formas diferentes de ensinar ética de modo a superar o tabú e as concepções puramente proibitivas;

- * Educar para que a enfermagem seja vista como profissão e não como um emprego;

- * As enfermeiras devem se apoiar na competência, responsabilidade e num quadro de princípios, para que o sistema de valores profissionais representem a melhor prática possível a ser levantada e implementada e, a partir destas, reforçar, estimular e evoluir para conquistas mais autônomas e definidas do papel e da competência das enfermeiras para assumirem suas responsabilidades.

Entende-se que é a partir da reflexão que cada indivíduo procurará, ou não, comprometer-se com uma transformação resultante de um desejo coletivo. Evidencia-se como parte das

responsabilidades das enfermeiras estimular a reflexão acerca dos problemas ético-legais, oportunizando situações que desenvolvam atitudes, valores e crenças pessoais que melhor fortaleçam o caráter das enfermeiras enquanto profissionais. Isto torna-se possível, através do maior aprofundamento nas discussões acerca das perspectivas éticas ensinadas e exigidas nas escolas de enfermagem; das perspectivas éticas pessoalmente reconhecidas como necessárias no agir, no ensino e supervisão das ações delegadas; e das expectativas éticas da população em relação às responsabilidades das enfermeiras.

Este estudo implica na formulação de programas de educação moral na enfermagem que enfatizem e ensinem aos estudantes uma filosofia do cuidado e comportamentos de cuidar. É necessário contudo, identificar mais efetivamente, modos de ensinar enfermeiras nos caminhos que incorporam a ética do cuidado dentro de sua prática.

De outro modo, deve-se promover políticas de inserção do recém-graduado através da educação continuada, acompanhamento e reuniões de grupo. Fundamentar sua auto-determinação na tomada de decisões éticas apoiadas na competência técnica, científica e política. E ainda, prover uma estrutura de trabalho clara, na qual cada enfermeira procurará manter e defender padrões de cuidados, não apenas calcadas em normas e rotinas.

Administradores em Enfermagem são necessários para criar novas oportunidades para que as enfermeiras desenvolvam suas competências, para que questionem e avaliem o desempenho de suas responsabilidades, para incentivem e apoiem a realização de encontros e debates entre profissionais da Enfermagem a fim de conhecerem os padrões profissionais contidos no Códigos de Ética e de Exercício Profissional, para fazê-los cumprir. E, por fim, para debater e proporcionar os meios pelos quais os

membros da profissão irão julgar a competência de seus pares, e na resolução dos problemas éticos.

Os líderes na Enfermagem devem atuar junto aos serviços no sentido de orientá-los para que os padrões de assistência estejam de acordo com os códigos.

Tanto as lideranças da categoria quanto as chefias dos serviços e docentes devem estar atentos para o que o público espera do profissional e para o que as enfermeiras anseiam da profissão.

Com base no conhecimento das responsabilidades éticas e legais as enfermeiras poderão buscar o fortalecimento de alianças e encontrarem apoio oficial e político para exporem os problemas do ponto de vista da Enfermagem. Isto compreende a busca de espaço político, não apenas individual ou institucional, mas em escala nacional, procurando definir a extensão de sua prática e então praticar nos limites dessa definição.

As enfermeiras devem reforçar publicamente a necessidade destas responsabilidades serem trabalhadas pela mídia e, através de contatos pessoais, cada enfermeira poderá aumentar o valor da responsabilidade, no ato de cuidar, transmitindo-o à sociedade, e então, tornar possível o alcançar da manutenção da ética no cuidar.

Finalmente, procurar estratégias inovadoras que propiciem ampliar debates sobre os direitos e deveres dos profissionais da saúde e da clientela.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo : Cortez, 1986. 128 p.
- ANJOS, M. F. dos. Teologia moral na América Latina. In : _____. **Temas Latino-Americano de ética**, Aparecida, São Paulo : Santuário, 1988. v.3, 375 p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa : Persona, 1977. 229 p.
- BELENKY, M. F. et al. **Women's ways of knowing the development of self, voice, and mind**. New York : Basic Books, 1986. 247 p.
- BICUDO, M. A. V. **Fundamentos éticos da educação**. São Paulo : Autores Associados : Cortez, 1982. 119 p. (Coleção educação contemporânea)
- BRASIL. Decreto-Lei nº94.406 de 8 de junho de 1987. Regula-menta a lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. **ABEn Caderno de Legislação/Documento**. Brasília, v.1, p. 24-28, 1987.
- BRINK, P. J.; WOOD, M. J. **Basic steps in planning nursing research : from question to proposal**. North Scituate, Mass : Duxburg Press, 1978.
- BURLAMAQUE, C. S. **Estudo do desempenho do enfermeiro de um hospital de ensino em nível de unidade de internação**. Porto Alegre : UFRGS, 1981. 91 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1981.
- BUSSINGUER, E. C. A. **A ideologia feminina no discurso dos enfermeiros brasileiros - análise de conteúdo**. Rio de Janeiro : UFRJ, 1988. 212 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1988.
- CARVALHO, A. C. Política de Trabalho da Associação Brasileira de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem Rio de Janeiro**. v. 15, n. 1/2, p. 46-53, jan/abr. 1972.
- CASTRO, I. B. e. O papel social do enfermeiro : realidade e perspectivas de mudança. In : CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34. 1982. Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre, 1982, p. 33-52.
- CHURCHILL, L. Ethical issues of a profession in transition. **American Journal of Nursing**, v.77, n.5, p. 873-74, may, 1977.
- COLETTA, S. S. Values clarification in nursing : why? **American Journal of Nursing**, v.78, n.12, p. 2057-2063, Dec. 1978.

- COLLIERE, M. F. Invisible care and invisible women as health care-providers. *International Journal of Nursing Studies*, v.23, n.2, p. 95-112, 1986.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de deontologia de enfermagem - Resolução - COFEN - 9.** Brasília, 1975.
- _____. **Código de ética dos profissionais da saúde - Resolução-COFEN nº 160/93, 12 de maio de 1993.** Brasília, 1993.
- _____. **Força de trabalho na enfermagem : o exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil. 1982-1983. v.1, COFEN-ABEN,** Rio de Janeiro, 1986.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica. Resolução : 1246, 8 de janeiro de 1988.** Brasília, 1988.
- CORREIA, F. A. O ensino da ética e do exercício profissional e a prática de enfermagem. In : ENCONTRONACIONAL DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL, 4. 1987, Salvador. *Anais...* Salvador, 1987. p. 130-164.
- CORTEZ, T. C. E. S. **A prática profissional da enfermeira hospitalar à luz do Decreto-Lei 94.406/87.** Rio de Janeiro : UFRJ, 1990. 177 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990.
- CURTIN, L. L. The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing. In : **Ethics and values.** Advances in Nursing Science. Germantown, v.1, n.3, p. 1-10, Abril 1979.
- DAVIS, A. J.; AROSKAR, M. **Ethical dilemmas and nursing practice.** 2 ed. Norwalk : Appleton - Century - Croftes, 1983. 226 p.
- DAYLE, J. Humanism as a philosophy for nursing. *Nursing Forum*, v.22, n.4, p. 135-38, 1985.
- DIAS, H. P. Bioética: Implicações com as práticas médicas e as normas deontológicas e jurídicas no Brasil. In : **Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana.** Washington, USA. v. 108, n. 5/6, may/jun. 1990. Bioética - nº especial.
- EPSTEIN, C. **Interação efetiva na enfermagem.** São Paulo : EPU / EDUSP, 1977. 173 p.
- FERREIRA-SANTOS, C. A. **A enfermagem como profissão : estudo num hospital escola.** São Paulo : Pioneira, 1973. 176 p.
- FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude, intention and behavior : an introduction to theory and research.** Massachusetts : ADDISON - Wesley 1975. 578 p.
- GASTALDO, D. M. S.; MEYER, D. E. A formação da enfermeira : ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 42, n. 1 - 4, p. 7-13, jan - dez., 1989.

- GAUDERER, E.C. **Os direitos do paciente : um manual de sobrevivência.** Rio de Janeiro : Record, 1991. 223 p.
- GELAIN, I. **O significado do "êthos" e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho.** São Paulo : USP, 1991. 146 p. Dissertação (Tese de doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, 1991.
- GERMANO, R. M. **Enfermagem e ideologia da enfermagem no Brasil.** 2. ed., São Paulo : Cortez, 1985. 118 p.
- HIGH, D. M. **Truth telling, confidentiality, and the dying patient : new dilemmas for the nurse.** *Nursing Forum*, v.24, n.1, p. 5-10, 1989.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde : nêmesis da medicina.** 4. ed. Rio Janeiro : Nova Fronteira, 1975. 196 p.
- KNEFELKAMP, L. L. K.; SLEPITZA, R. **A cognitive-developmental model of career development : - an adaptation of Perry scheme.** *The Counselling Psychologist*. v.6, p. 53-58, 1976.
- KOONTZ, H.; O'DONNEL, C. **O administrador de empresa em seu ambiente social.** In : **Princípios de administração : - uma análise das funções administrativas.** Trad. Paulo C. Goldsmidt, Fernando G. Carmona. 11. ed. v.2, p. 342-360, 1978.
- KURTZ, R. J.; WANG, J. **The caring ethic: more than kindness, the core of nursing science.** *Nursing Forum*, v.26, n. 1, p. 4-8, 1991.
- LAMB, R. M. **Ethics in nursing : theory to practice.** *Nursing Papers Perspectives in Nursing*. v.17, n. 4, Winter/Hiver. p. 41-52. 1985.
- LANDMANN, J. **A ética médica sem máscara.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1985. 300 p.
- LEDDY, S.; PEPPER, J. M. **Conceptual bases of professional nursing.** 2. ed. Cambridge : J.B. Lippincott, XIII, 1986. 422 p.
- LEPARGNEUR, H. **Ética e responsabilidade.** São Paulo. B. ICAPS, abril, 1985.
- _____ **O doente a doença e a morte : implicações sócio-culturais da enfermidade.** Campinas, São Paulo : Papyrus, 1987. 208 p.
- LIMA, M. L. et al. **O enfermeiro e seu compromisso social.** In : CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, 1979. **Anais ... Brasília, 1979.** p. 1-32.
- LOPES, M. J. M. **O trabalho da enfermeira : nem público nem privado : feminino, doméstico e desvalorizado.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 41, n. 3/4, p. 211-217, jul/dez. 1987.

- MANZOLLI M. C. **Psicologia em enfermagem.** São Paulo : Sarvier, 1981. 114 p.
- MENDES, D. C. Algumas considerações sobre o perfil do enfermeiro na função gerencial da assistência de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.9, n.2, p. 67-72, dez. 1988.
- MEYER, D. E. E. **Reproduzindo relações de poder (de gênero e de classe) na formação da enfermeira.** Porto Alegre : UFRS, 1991. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991.
- MIRANDA, C. M. L. **Os dóceis corpos do hospital : as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar.** 2. ed. Rio de Janeiro. Ed. da UFRJ, 1987. 138 p.
- MIRANDA, C. M. L.; SOBRAL, V. R. S. Os álibis da enfermagem. In : CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 41, 1989, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 1989. p. 1-21, 1989. (mimeografado).
- NEVES, E. P. **The relationship of hospitalized individuals cognitive structure regarding health to their health self-care behaviors.** Washington, 1980. 198 p. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) - Catholic University of America, 1980.
- _____. A construção do saber em enfermagem, face a evolução da filosofia das ciências : análise, crítica e alternativas. In : ENCONTRO NACIONAL DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL, 4., Salvador, 1987, *Anais...* Salvador : Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 1988, p. 57-78.
- NEVES, E. P.; GODOY, A. N.; ROSA, M. T.; L. Inquietudes sobre a formação de enfermagem. In : CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33. 1981, Manaus. *Anais...* Brasília, 1981, p. 131-142.
- OGUISSO, T. A responsabilidade legal do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.38, n.2, p. 185-189, abr/jun. 1985.
- OLIVEIRA, M. I. R. O enfermeiro e a enfermagem. In : CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33. 1981. Manaus. *Anais...* Brasília, 1981, p. 19-31.
- _____. Ética e legislação na enfermagem : comentários gerais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.39, n.1, p. 67-70, jan/mar. 1986.
- PEREIRA, A. C. **O "ethos" da enfermagem: aspectos fenomenológicos para uma fundamentação da deontologia na enfermagem.** Rio de Janeiro, 1981, 125 p. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Universidade Gama Filho, 1983.
- PEREIRA, O. **Moral Revolucionária : paixão e utopia.** Campinas: Papyrus, 1983. 94 p. Coleção Krisis.

- PERRY Jr., G. **Forms of intellectual and ethical development in the college years.** Holt, New York. Rinehart and Winston 1970.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. **Nursing research : principles and methods** 4 ed. Philadelphia : J. B. Lippincott, 1991, p. 497-528.
- ROBERTS, S. J. **Comportamento de grupo oprimido : implicações para enfermagem.** Tradução Fernando Volkemer. **Advances in Nursing Science**, p. 21-30, July, 1983.
- ROSA, M. T. L. **Planejamento : recurso para a organização da assistência de enfermagem.** Ribeirão Preto, USP : 1989. (mimeografado).
- _____. **A prática da enfermagem institucionalizada.** Ribeirão Preto, USP : 1989. (mimeografado).
- ROSA, M. T. L.; COSTA, I. O desenvolvimento técnico-científico da enfermagem : uma aproximação com instrumentos de trabalho. In : CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41. 1989. Florianópolis, **Anais...** Florianópolis : UFSC, 1989, p. 97-126.
- SANTOS, I. **Perspectiva Associativas e conhecimento do enfermeiro referentes a ABEn.** **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 40, n. 4, p. 233-240, out/dez, 1987.
- SCHEMPP, C. M.; ROMPRE, R. M. **Transition programs for new graduates : how effective are they?** **Journal of Nursing Staff Development**, p. 150-156, 1986.
- SCHIMIDT, M. J. S.; OGUISSO, T. O exercício da enfermagem sob o enfoque das normas penais e éticas. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.6, n.1. p. 10-20, jan/mar. 1986.
- SCHOEN, D. C. **Nurses' attitudes toward control over nursing practice.** In : **Nursing Forum**, v.27, n.1, p. 27-34, jan/mar. 1992.
- SEIDEL, J. V.; KJOLSETH, R., SEYMOR, E. **The ethnograph: a user's guide**, v. 3. Littleton: Qualis Research Associates, 1988.
- SILVA, G. B. **Enfermagem profissional : análise crítica.** São Paulo : Cortez. 1986, 173 p.
- SIMÕES, C. **Contribuição ao estudo de terminologia básica de enfermagem no Brasil : taxionomia e conceituação.** Rio de Janeiro : UFRJ, 1980.
- SKEET, M. **Issues in accountability.** **Recent Advances in Nursing**, v.19, p. 1-20, 1988.
- STEVENS, B. J. **Nursing theory : analysis, application, evaluation.** Boston: Little Brown, 1979. 280 p.

- THOMPSON, J. E.; THOMPSON, H. O. Teaching ethics to nursing students. *Nursing Outlook*, v. 37, n. 2, p. 84-88, Mar - Apr. 1989.
- TSCHUDIN, V. Ethical issues and counselling. In : **Conselling skills for nurses**. 2. ed. Philadelphia : Baillière: Tindall, 1987. p. 139-159.
- TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar : administração e burocracia**. Brasília, 1988.
- TREVIZAN, M. A. et al. O significado da administração da assistência ao paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.10, n.1, p. 34-37, jan. 1989.
- UUSTAL, D. B. Values clarification in nursing : application to practice. *American Journal of Nursing*. v.78, n.12, p. 2058-2063, 1978.
- VANNUCCHI, A. **Filosofia e ciências humanas**. 2.ed. São Paulo : Loyola, 1983.
- VAZQUEZ, A. S. **Ética**. Trad. João Dell'Anna. 11. ed. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1989. 267 p.
- WALDOW, V. R. O ensino da enfermagem numa dimensão feminista e existencialista: uma reflexão crítica para a liberação. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 11, n. 2, p. 35-40, jul. 1990.
- WATSON, J. **Nursing : human science and human care, a theory of nursing**. New York : National League for Nursing, 1988. 109 p.
- WOLF, Z. R. Medication errors and nursing responsibility. *Holistic Nursing Practice*, v.4, n.1, p. 8-17, nov. 1989.
- YOUNG, W. B. **Introduction to nursing concepts**. Appleton & Lange, Norwalk: 1987. cap. 7. (mimeografado).