

A DIMENSÃO MORAL DO CUIDADO EM TERAPIA INTENSIVA¹

Rosemary Silva da Silveira*

Cleusa Rios Martins**

Valéria Lerch Lunardi***

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas****

Wilson Danilo Lunardi Filho*****

Liziani Iturriet Avila*****

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada a unidade de maior complexidade técnica do hospital, tendo em vista o tipo de atividade desenvolvida. Por ser um setor fechado, os trabalhadores permanecem mais próximos uns dos outros, o que pode intensificar trocas, relações, comunicações e conflitos. Assim, objetivou-se analisar a dimensão moral do cuidado em terapia intensiva. A pesquisa, fundamentada na proposta de Etnoenfermagem de Leininger, foi realizada com trabalhadores da saúde, sendo 40 informantes gerais, dos quais, 15 constituíram-se como informantes-chaves. O método incluiu quatro fases de observação, uma de entrevista e quatro fases de análise dos dados, contemplando critérios específicos e congruentes com o paradigma qualitativo. A negação do cuidado como valor mostrou-se presente no cotidiano do trabalho na UTI, manifestado por um fazer mecânico, rotineiro e, muitas vezes, descompromissado. No entanto, a compreensão de que o cuidado em saúde necessita estar impregnado de valores morais e de atitudes éticas, é valorizada pela maioria dos trabalhadores que atuam neste ambiente complexo. Na análise da dimensão ética do cuidado em terapia intensiva foi possível compreender que as relações presentes no fazer dos trabalhadores necessitam ser transformadas de modo a contemplar as indispensáveis questões éticas para um cuidado efetivo.

Palavras-chave: Enfermagem. Desenvolvimento Moral. Unidades de Terapia Intensiva. Terapia Intensiva. Trabalhadores.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada a unidade de maior complexidade técnica do hospital, tendo em vista o tipo de atividade desenvolvida: o cuidado a usuários críticos, a instabilidade de um ou mais sistemas fisiológicos, os possíveis riscos à saúde e, até mesmo, de morte. Por ser um setor fechado, os trabalhadores permanecem mais próximos uns dos outros, o que pode intensificar relações, comunicações e conflitos. Logo, no cotidiano de trabalho da UTI, os trabalhadores da saúde vivenciam especificidades na relação entre si, com os usuários e familiares. Um dos aspectos a ser considerado pelo trabalhador são os valores morais, essenciais para desenvolver as melhores

práticas de cuidado, demonstrando, assim, responsabilidade de ser presença.

Tão importante quanto estar presente, resgatar a sensibilidade e colocar-se no lugar do outro, o compromisso moral é necessário para assegurar um cuidado efetivo. Observar atentamente o padrão respiratório, detectar alterações, vivenciar o desconforto, a angústia e o sofrimento do usuário, são atitudes que requerem conhecimento e competência técnica. Desse modo, a percepção moral e clínica é compreendida como mais do que o conhecimento de patologias, teorias e princípios, requerendo receptividade e disponibilidade para a experiência do cuidar, através da qual o trabalhador, além de observar condições clínicas, conduz-se por uma ação moral.

Nesse sentido, o conhecimento e a dimensão

¹Este estudo emergiu da Tese de Doutorado intitulada: "A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem/Saúde -NEPES e do Grupo de pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE). E-mail: anacarol@mikrus.com.br.

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC - Membro do GIATE. E-mail: cleusarm@hotmail.com

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Pós-Graduação da FURG. Membro do NEPES. E-mail: vlunardi@terra.com.br

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Vice-líder Grupo Práxis-UFSC. E-mail: maraav@terra.com

*****Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde (GEPOTES). E-mail: vlunardi@terra.com.br

*****Enfermeira. Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Membro do NEPES. E-mail: l.iturriet@yahoo.com.br

intelectual são necessários para uma ação moral. A moral é um objeto de conhecimento, “diz coisas que a pessoa deve conhecer”, são disposições que permitem decidir o que, como e o quando fazer, a partir da reflexão e julgamento de valores. A moral “fala em princípios ou máximas [...] diz em nome do que as regras devem ser seguidas [...] fala em valores”, revela que “investimentos afetivos são derivados dos princípios”^(1:72).

A dimensão intelectual, as regras, os princípios e valores são necessários para o agir moral, “mas não suficientes: é preciso saber colocá-los em movimento, relacioná-los entre si, dar-lhes vida, fazê-los produzir juízos e ações para cada situação encontrada”^(1:80).

Assim, o trabalhador tem o compromisso moral de proteger o usuário, de cuidá-lo com sensibilidade, privacidade e dignidade, ou seja, estar atento à sua posição no leito; às áreas de hiperemias; à necessidade de mudar seu decúbito e de realizar sua higiene nunca são meramente observações de problemas e necessidades afetadas; são primordialmente observações éticas, pois observar constantemente e precocemente possíveis alterações possibilita evitar complicações e sofrimento ao usuário, o que envolve o conhecimento como um valor inseparável de uma avaliação afetiva.

No entanto, percebe-se que ao mesmo tempo em que alguns trabalhadores desenvolvem suas ações de cuidado como um valor e reconhecem sua importância, outros, no decorrer de suas atividades, podem estar negando ou negligenciando o cuidado. Se os trabalhadores acomodam-se, seja por hábito, falta de compromisso, insatisfação pessoal e profissional, mostra-se necessário fomentar condições para que possam modificar suas atitudes, de forma a impedir sua imersão mecânica e rotinizada no contexto de trabalho⁽²⁾.

Na saúde, tais condições nos remetem a uma reflexão sobre os fundamentos éticos que são a base para a efetivação do cuidado. Assim, justifica-se a realização desta pesquisa diante da possibilidade de problematizar as relações presentes no fazer dos trabalhadores objetivando as transformações necessárias para exequibilidade de um processo que contemple as indispensáveis questões éticas para um cuidado efetivo no ambiente de terapia intensiva.

A partir da compreensão do compromisso moral para a efetividade do cuidado, questiona-se: como o cuidado articula-se aos valores morais? Sustentados nos pressupostos acima referidos, objetivou-se analisar a dimensão moral do cuidado em terapia intensiva.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenvolvida com trabalhadores de saúde da UTI de um Hospital Universitário do sul do país, a partir da aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), parecer 269/05. Utilizou-se o referencial teórico-metodológico fundamentado na concepção de etnografia e etnoenfermagem de Leininger⁽³⁾, as quais consideram formas de obter fatos, sentimentos, visões de mundo das pessoas para uma compreensão das crenças e valores e dos modos de vida.

A etnoenfermagem compreende nove fases, quais sejam: quatro fases de observação, uma fase de entrevista e quatro de análise dos dados⁽⁴⁾. Apesar desta aparente fragmentação, estas fases articulam-se num movimento de ida e vinda de modo imbricado, ocorrendo concomitantemente, desde o início do processo até o seu final⁽⁵⁾.

Inicialmente, obteve-se a assinatura em duas vias do Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes, garantindo sua privacidade, o anonimato das informações e solicitando a autorização para a divulgação dos resultados. Após, iniciou-se a coleta de dados, sendo que as observações iniciaram-se em setembro de 2005 e encerraram-se em dezembro do mesmo ano, perfazendo 24 turnos de trabalho, num total de 83 horas. O período de permanência variou de duas a seis horas de observação, sendo registradas em diário de campo. Na primeira fase, observou-se o cotidiano do trabalho, identificando como os trabalhadores desempenhavam suas atividades, na relação com os usuários, entre si, com os familiares e com a administração, emergindo alguns questionamentos: quais ações de cuidado, implementadas pela equipe, foram desencadeadas pela enfermeira, pelo técnico ou pelo auxiliar de enfermagem? Como ocorre na UTI o processo de tomada de decisão em relação

à implementação de cuidados e tratamentos? O número de informantes gerais constituiu-se de quarenta trabalhadores da saúde.

Na segunda fase, a observação continuou a ser priorizada, iniciando-se as conversas informais, de modo a compreender como os trabalhadores exerciam suas ações e tomadas de decisões⁽⁴⁾. Gradativamente, intensificou-se a aproximação com os trabalhadores, com momentos de participação em discussões e ações, atentando-se a seus comentários. Simultaneamente à coleta e documentação dos dados, ocorreu a primeira fase da análise. Esse processo incluiu o que foi dito e observado, posturas, gestos, sentimentos, a compreensão de valores que norteiam as ações dos sujeitos, reunidos para obter uma visão total do fenômeno, tendo como finalidade reconhecer o conteúdo da informação coletada, realizar interpretações e atribuir significados⁽⁵⁾.

Após a primeira fase de análise das observações foram escolhidos quinze informantes-chave⁽³⁾, a partir dos seguintes critérios: no mínimo um trabalhador de cada categoria profissional e a seleção de trabalhadores representantes de todos os turnos de trabalho. Assim, foram selecionados: quatro enfermeiros; dois técnicos de enfermagem; três auxiliares de enfermagem; quatro médicos, um fisioterapeuta e uma técnica de nutrição.

Na terceira fase da observação, as pesquisadoras tornaram-se participantes mais ativas, desenvolvendo ações coletivas com os trabalhadores, mantendo-se atentas a sua condição de observadoras. Concomitantemente, iniciou-se a segunda fase de análise, estudando os dados para identificar diferenças e semelhanças frente ao modo como os trabalhadores da UTI expressaram suas ações, visões de mundo, valores e tomada de decisões ao desenvolver o cuidado.

Nesta fase, elaborou-se um roteiro com questões comuns a todos os entrevistados e, também, contemplando situações específicas a cada informante-chave, de acordo com observações pontuais registradas no diário de campo, iniciando-se as entrevistas de forma individual. Previamente agendadas, a realização das entrevistas iniciou-se em dezembro de 2005, sendo finalizadas em abril de 2006, com uma duração média de 1 hora e 30 minutos,

ocorrendo em sua maioria no próprio local de trabalho. Para garantir a fidedignidade dos dados, as falas estas foram gravadas em fita cassete, mediante autorização dos participantes e, logo após, transcritas, iniciando-se, o seu processo de análise.

No transcrito dessas entrevistas, construíram-se novos questionamentos, visando apreender as percepções e significados atribuídos à validação dos dados observados anteriormente. A pesquisa qualitativa fez-se adequada, pois favoreceu o “estudo de nuances sutis” baseada “em uma abordagem cuidadosamente construída” através da aproximação pessoal e da relação de confiança que foi estabelecida entre as pesquisadoras e os informantes^(6:1062). Assim, cada trabalhador foi entrevistado, considerando o registro de suas ações e o modo como as exercia, sendo estimulado a expressar como construiu seu modo de agir, o que pensava sobre suas atitudes, em que valores se apoiava para tomar decisões e agir, como transitava entre o que valorizava e o que era realizado, como percebia o seu fazer e o de seus colegas de trabalho. Na terceira fase de análise, procurou-se evidenciar as temáticas mais significativas de modo a resgatá-las e aprofundá-las com os informantes.

Na quarta fase da observação, estas foram realizadas de maneira reflexiva, revendo situações e reavaliando os dados, procurando analisar o comportamento e ações globais dos informantes, bem como a possível influência das pesquisadoras. A quarta fase de análise constituiu-se da síntese dos dados, da abstração de subcategorias e categorias e formulações teóricas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir de todo o processo de análise, elaboraram-se duas grandes categorias: “O cuidado como valor moral” e “A negação do cuidado como valor”; apresentadas a seguir:

O Cuidado como Valor Moral

Nessa categoria, foram identificadas duas subcategorias: “Compromisso como expressão do cuidado” e “Respeito à individualidade como expressão do cuidado”.

Compromisso como expressão do cuidado

Nas observações e entrevistas realizadas, foi possível identificar o compromisso dos trabalhadores com os pacientes, seu envolvimento e responsabilidade no seu fazer como expressão dos valores morais que parecem sustentar sua prática na área da saúde:

O que mais valorizo é a observação [...] observar precocemente as alterações, as anormalidades que podem estar acontecendo [...] a necessidade de estar próximo, mesmo ele estando em estado de coma, e cuidar dele no básico: na higiene, manter um posicionamento confortável, observar quanto tempo ele está naquela posição [...] Acho muito importante a higiene oral, a higiene nasal (Trabalhador 4).

O paciente é um todo, ele não é da enfermeira, do médico. Ao perceber uma necessidade tenho que chamar o responsável e conversar [...] Se ver e não falar, fico ansiosa. Está com a boca seca, chamei, não veio, molho, não vou deixar o paciente esperando [...] Preciso do exame, do RX rápido, não vou ficar esperando o secretário. Eu sou responsável pelo paciente (Trabalhador 3).

Acho que realmente é minha formação moral mesmo, é o compromisso com o paciente, isto é o mais importante, o mundo pode estar caindo lá fora que eu não vou sair e deixar o paciente (Trabalhador 5).

É no fazer coletivo dos trabalhadores da saúde que esses poderão encontrar uma concepção do que é priorizado como valor moral, como sensibilidade moral. A viabilidade de constituição de um ambiente hospitalar permeado por um clima ético e a respectiva compreensão da finalidade e do conteúdo dos bons valores⁽⁷⁾ permitem a composição de uma miríade de pequenos atos de bem cuidar. Nesta perspectiva, os valores são imprescindíveis para guiar a compreensão e visão de mundo e podem servir de parâmetros para escolhas, orientando as ações e atitude, influenciando no cuidado e na saúde⁽⁸⁾.

Os valores são conceitos do desejável, socialmente compartilhados. Eles podem estar relacionados às crenças sobre os objetivos existenciais, ou seja, à busca da felicidade, do saber, bem como às formas desejáveis de comportar-se para um fim⁽⁹⁾.

O cuidado como valor moral é manifesto desde a observação constante do usuário, a capacidade para detectar alterações, necessidades e estabelecer ações básicas; assim

como a habilidade de “ser presença” e de ser comprometido. E, à medida que o trabalhador torna-se ciente das necessidades do usuário, pode detectar fenômenos fisiopatológicos no ato de cuidar.

Respeito à individualidade como expressão do cuidado

Relações predominantemente empáticas, pautadas na sensibilidade, na preocupação com o outro, com seus valores, modo de viver e de se cuidar; o respeito à sua privacidade e ao pudor, e a necessária ênfase no diálogo e na interação como instrumento de aproximação, conhecimento e troca com os pacientes expressaram uma dimensão moral do cuidado:

Além de conhecimento teórico-prático, é necessário bom senso, bom caráter, não fazer para os outros, o que não gostaria que fizessem para ti [...] vai tratar com certeza diferente. Não deixar o cuidado cair na rotina e tratar como objeto, fazer as coisas meio mecânicas, meio rápidas, de qualquer jeito. Eu gosto muito de dar banho de leito, de cuidar da higiene dos pacientes (Trabalhador 14).

Se o paciente está lúcido, compreender, tentar conversar, explicar. Às vezes, ele chora, tem que escutar; ele pede um familiar, tem que abrir uma exceção e deixar entrar; ver o motivo do medo, explicar as questões como aparelhos, tubos, até do paciente do lado, muitas vezes eles não entendem porque o paciente está de tal forma. Muitas vezes, custa perceber estas necessidades (Trabalhador 4).

A atenção às necessidades de cuidado são, também, observações morais, pois implica conhecimento, sensibilidade, envolvimento e afetividade. Observar precocemente alterações é, simultaneamente, a possibilidade de evitar complicações e situações de desconforto, o que envolve o conhecimento como um valor inseparável de uma avaliação afetiva. Ainda, integrar o conhecimento e a habilidade técnica com a dimensão ética do cuidado possibilita o refletir e o agir dos trabalhadores “a partir da identificação de valores morais nas experiências; das interpretações das vivências; do modo de relacionar-se e de estabelecer processos comunicativos”^(10:161).

Do mesmo modo que os trabalhadores buscam uma base científica e competência técnica para fundamentar suas ações, necessitam resgatar sua sensibilidade para enfrentar as

possíveis dificuldades existentes no cuidado com os pacientes críticos⁽¹⁰⁾. Necessitam, ainda, praticar a “sensibilidade humana que se manifesta no interesse, respeito, atenção, compreensão, consideração e afeto pelo outro”, reforçando a articulação entre a base científica e as razões éticas^(11:2).

O cuidado como valor moral requer que se olhe para o usuário como ser humano, com diferentes representações que não o dissocia dos grupos sociais dos quais é parte integrante, não havendo como isolá-lo, fragmentá-lo. Assim, é necessário reconhecer sua singularidade, seus valores, suas crenças, o que requer respeitar profundamente sua condição, incluindo seus sentimentos de sofrimento, pelos riscos presentes, pelo distanciamento de familiares, o medo de uma incapacidade permanente, da possibilidade de não sustentar mais a família e ainda, da solidão e da morte.

A tomada de decisões, a partir das necessidades de cuidado evidenciadas, pode ser entendida como manifestação de responsabilidade, consistindo numa obrigação de executar de modo competente funções diagnósticas e terapêuticas básicas. Nesse contexto, a responsabilidade está vinculada a valores e interesses de uma sociedade para privilegiar o mercado da saúde, fatos que levam a uma ambivalência entre a “responsabilidade de dever ser e a autonomia com capacidade de escolha”^(12:877).

Assim, comportamentos desenvolvidos no cuidar e o modo como os trabalhadores expressam suas ações estão relacionados a padrões culturais⁽⁸⁾. Nesse sentido, a organização do ambiente de cuidado requer um olhar atento para a cultura organizacional que continuamente se institui e se transforma, a partir das relações entre os trabalhadores e com os usuários: práticas que vão se normalizando e se tornando aceitáveis, como a identificação do usuário como um caso clínico ou a aceitação apenas da troca de luvas sem a prévia lavagem das mãos.

A Negação do Cuidado como Valor

Nessa categoria, foram identificadas duas subcategorias: “(Des)cuidado do outro e de si” e “(Des) cuidado de si e do outro”.

(Des)cuidado do outro e de si

O reconhecimento de determinadas práticas como incoerentes e inadequadas como ações de

cuidado, e sua manutenção apesar dessa constatação, permitem considerar o entendimento da negação do cuidado como um valor para alguns trabalhadores. Assim, a identificação dos usuários pelo seu nome, como expressão de respeito e de cuidado para com o outro, pode ser substituída pela sua identificação com o número do seu leito ou com seu diagnóstico, denotando sua despersonalização e a aparente negação da sua humanidade, assim como da humanidade do próprio trabalhador:

Nunca parei para pensar nesta atitude. Com certeza, se falo a dona 4, tenho o costume de dizer isto, troco os nomes muitas vezes, parece uma falta de respeito! É porque o paciente está comatoso que a gente despersonaliza um pouco, mas não influencia minha atitude com ele. Na faculdade sempre tem alguém orientando e, muitas vezes a gente perde [...] Quando eu vou chamar o paciente lúcido, chamo pelo nome (Trabalhador 12).

É isolamento de afeto. Não estamos tratando do doente, estamos tratando da doença, isso já é o primeiro problema. É um exercício de comportamento e de humanização (Trabalhador 11).

Muitas vezes, a rotina do fazer está associada à negação da dimensão emocional e humana das relações entre trabalhadores da saúde e sua clientela, em nome de um saber e de uma responsabilidade terapêutica que vê diante de si uma doença a ser vencida e não uma pessoa doente a ser compreendida e cuidada, não visualizando “o paciente como ser humano e sim como complemento de sua rotina de trabalho, despersonalizando-o”. No entanto, não é possível negar o respeito incondicional e o direito do paciente ser chamado pelo nome, pois é necessário estabelecer uma relação interpessoal respeitosa, quando se propõe a cuidar de modo ético e humanizado^(13:340).

As situações aqui abordadas refletem fortemente o que pode ser detectado como habitual no ambiente da UTI. Alguns trabalhadores referem que inicialmente identificavam os usuários pelo seu nome, o que, com o passar do tempo, passou a ser negligenciado na atuação profissional. Outros expressam que esta atitude em relação aos usuários da saúde é comum em qualquer instituição hospitalar.

(Des)cuidado de si e do outro

A prática da lavagem das mãos, antes e após a realização de procedimentos, expressão do cuidado do trabalhador inicialmente consigo e também com os usuários a quem assiste, não parece ser uma rotina incorporada no fazer de todos os trabalhadores. Independente da formação profissional, percebeu-se que diferentes trabalhadores não lavam rotineiramente suas mãos, com uma aparente “naturalidade” frente a este (des)cuidado, favorecendo a disseminação de microorganismos, privando a si e ao usuário do direito de ser cuidado com segurança e qualidade:

Falo isso diariamente {risos} para os meus alunos. Então, é terrível você falar uma coisa e não fazer. Você não pode levar de um paciente pra outro, não pode pegar o pertence de uma paciente e levar pra outro, tem que lavar as mãos, essa é a minha teoria quando eu entro com os alunos na UTI (Trabalhador 1).

É, são os pequenos detalhes que às vezes, principalmente pra mim passa um pouco despercebido nessa história. Nós temos toda uma liberdade, a higiene das mãos é um cuidado primordial (Trabalhador 5).

Cada um é cada um. Até se tenta, se comenta, mas fica por isso mesmo; não tem ninguém que fique ali cobrando, mas não deveria ser cobrado (Trabalhador 4).

É uma falta de cuidado e é uma consequência. Já observei e, às vezes me pego no sentido de não ir lavar a mão [...] esvazio a diurese de um paciente, enquanto estou esvaziando de um, eu vou lá e esvazio de outro [...] acho que tinham que ser verificadas as rotinas novamente (Trabalhador 15).

Ainda, a prática da lavagem das mãos não parece ser reconhecida como um valor moral a ser incorporado na rotina dos trabalhadores. Para tanto, faz-se necessário intervir, discutir normas e rotinas, para que cada um, como parte do coletivo, possa trabalhar preventivamente, assumir a responsabilidade das suas atitudes, da sua contribuição sobre a mudança de comportamento necessária para incorporar as normas ao seu processo de trabalho visando não só a determinação do Ministério da Saúde para a prevenção e controle da infecção hospitalar, como também, reconhecendo o direito dos

usuários de serem cuidados com segurança e dignidade, reconstruindo o “processo de cuidar fragmentado ao longo do tempo” e resgatando “a essência e a subjetividade do cuidado”^(14-15:71).

No entanto, apesar da clareza da importância desse cuidado, alguns trabalhadores parecem naturalizar essa inobservância como algo que faz parte do seu cotidiano, expondo-se e expondo os usuários a riscos preveníveis independentemente das medidas e normas de controle de infecção existentes e preconizadas. Diante do exposto, mesmo com a informação e o conhecimento sobre o conteúdo e a importância deste fazer, visibiliza-se a negação do cuidado como um valor, ou seja, também parece ser um valor negar o cuidado. O (des)cuidado parece ser um valor, perpetuando a realização de um fazer automático, dispensando a reflexão sobre o que representa ser um trabalhador de uma UTI e o quanto suas ações podem repercutir no inadequado cuidado de si mesmo e no cuidado do outro, requerendo a capacidade de julgamento de valores e da formulação de outros modos de conceber o cotidiano da vida⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de cuidar envolve vontades, interesses e valores morais. Do mesmo modo que os trabalhadores valorizam a dimensão moral do cuidado, em outros momentos, parecem desempenhar seu fazer de maneira descuidada, mecânica, sem refletir frente ao compromisso e à responsabilidade, fatores necessários como trabalhadores da saúde.

Não basta simplesmente o conhecimento do que precisa ser feito e acreditar na sua efetivação, se as atitudes dos trabalhadores forem apáticas e indiferentes frente ao compromisso de cuidado do usuário como um sujeito único. Mais do que isto, é preciso que os trabalhadores se disponham a um senso de dever, responsabilidade e compromisso, a imergir num processo de (des)construir-se para um fazer moral. Para tanto, faz-se necessário confrontar valores, normas, princípios e conhecimento ético para fundamentar seu modo de ser, de fazer, de relacionar-se com o outro, de envolver-se afetivamente, de ser responsável e comprometido moralmente.

A partir da análise da dimensão moral do

cuidado efetivado em uma unidade de terapia intensiva, foi possível perceber que as implicações morais decorrentes das tomadas de decisões dos trabalhadores, da saúde, do não cumprimento das obrigações morais e da falta de reconhecimento profissional, podem gerar sofrimentos e insatisfações tanto para os usuários quanto para os trabalhadores, comprometendo a dimensão ética do trabalho da enfermagem.

Nessa perspectiva, parece ser imprescindível a interiorização de valores morais, por parte dos trabalhadores- para servir de parâmetros para

avaliar, julgar as ações frente ao que pode, ao que deve, ao que não pode e ao que não deve ser realizado, podendo sustentar as tomadas de decisões e ações éticas em relação ao cuidado.

É possível que a partir da exposição dessas questões aos trabalhadores, já tenha se desencadeado processos reflexivos quanto ao seu modo de ser, pensar e agir em seu ambiente de trabalho. Nesta perspectiva, cabe aos trabalhadores da UTI realizarem uma reflexão coletiva, numa tentativa de rever-se e de mobilizar-se para transformar esta realidade.

THE MORAL DIMENSION OF CARE IN INTENSIVE THERAPY

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is considered the unit of most technical complexity in the hospital, taking into account the type of activity it develops. As it's a restrict sector, the workers remain closer to each other, which may strengthen exchange of experiences, dialogues and conflicts. Thus, we aimed to analyze the moral dimension of care in intensive therapy. The research, based in Leininger's proposal of Ethno Nursing, was carried out with health workers, being 40 general informants, which of 15 were built up as key informants. The method includes four steps of observation, one of interview and four steps of analysis of data, covering specific and congruent criteria with the qualitative paradigm. The denial of care as value proved to be present in the daily work in ICU, expressed by activities performed in a mechanic, routinely and often uncompromised way. However, the idea that the health care has to be impregnated of moral values and ethical attitudes is valued by the majority of the workers who act in this complex environment. By the analysis of the ethical dimension of care in intensive care, it was possible to comprehend that the existent relationships in the actions of the workers have to be transformed in order to contemplate the indispensable ethical questions to an effective care.

Keywords: Nursing. Moral development. Intensive Care Units. Intensive Care. Workers.

LA DIMENSIÓN MORAL DEL CUIDADO EN TERAPIA INTENSIVA

RESUMEN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es considerada la unidad de mayor complejidad técnica del hospital, llevando en cuenta el tipo de actividad desarrollada. Por ser un sector cerrado, los trabajadores permanecen más próximos unos de los otros, lo que puede intensificar cambios, relaciones, comunicaciones y conflictos. Así, se ha tenido el objetivo de analizar la dimensión moral del cuidado en terapia intensiva. La investigación, fundamentada en la propuesta de Etnoenfermería de Leininger, fue realizada con trabajadores de la salud, siendo 40 informantes generales, de los cuales 15 se constituyeron como informantes clave. El método incluye cuatro fases de observación, una de investigación y cuatro fases de análisis de datos, abarcando criterios específicos y congruentes con el paradigma cualitativo. La negación del cuidado como valor se ha demostrado presente en el cotidiano del trabajo en la UCI, que se ha manifestado por un hacer mecánico, rutinario y, a menudo, sin compromisos. Sin embargo, la comprensión de que el cuidado en salud necesita estar impregnado de valores morales y de actitudes éticas es valorada por la mayoría de los trabajadores que actúan en este ambiente complejo. En el análisis de la dimensión ética de la atención en cuidados intensivos fue posible comprender que las relaciones presentes en el hacer de los trabajadores necesitan ser transformadas con el fin de contemplar las indispensables cuestiones éticas para un cuidado efectivo.

Palabras clave: Enfermería. Desarrollo Moral. Unidades de Cuidados Intensivos. Cuidados Intensivos. Trabajadores.

REFERÊNCIAS

1. La Taille Y. Moral e ética: dimensões intelectuais e afetivas. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006.
2. Cecere DBB, Silveira RS, Duarte CR, Fernandes GFM. Compromisso ético no trabalho da enfermagem no cenário hospitalar. *Enferm Foco*. 2010; 1(2):46-50.
3. Leininger M. Culture care diversity and universality

- theory and evolution of the ethnonursing method. In: Leininger M, Mcfarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2ª. ed. Boston (US): Jones and Bartlett Publishers, Inc; 2006. p. 1-41.
4. Melo LP. A contemporaneidade da teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geo-histórica. *Ensaio e ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde*. 2010; 14(2):21-32.
 5. Silveira RS, Martins CR, Lunardi VL, Lunardi Filho

- WD. Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. *Rev bras enferm.* 2009; 62(3):442-6.
6. Kerr LRFS, Kendall C. A pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Rene.* 2013; 14(6):1061-3.
7. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics.* 2008 May; 15(3):304-21.
8. Leininger MM. *Transcultural nursing: concepts, theories, research e practice.* New York (USA): Mc Graw-Hill; 2002.
9. Ramos FRS, Schneider DG, Vargas MAO, Brito MJM. Ética no gerenciamento em enfermagem. PROENF: Programa de Atualização em Enfermagem: gestão. Porto Alegre: Artmed; 2011. v. 1, p. 33-64.
10. Zacarias CC, Silveira RS, Lunardi VL, Cappellaro J, Pinto EMS, Lunardi Filho WD. Implantação de tecnologias de cuidado em unidade de terapia intensiva aos usuários e seus familiares. *Cienc cuid saude.* 2009 abr-jun; 8(2):161-168.
11. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. *Rev latino-am enfermagem.* 2013 maio-jun; 21(3):[08 telas]
12. Vargas MAO, Ramos FRS. Responsabilidade no cuidar: do tempo que nos toca viver como enfermeiros/as intensivistas. *Rev Escola Enferm USP.* 2011 ago; 45(4):876-83.
13. Oliveira NES, Oliveira LMAC, Lucchese R, Alvarenga GC, Brasil VV. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. *Rev Eletr Enf.* [on-line]. 2013 abr-jun; 15(2):334-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17916>.
14. Giarola LB, Baratieri T, Costa AM, Bedendo J, Marcon SS, Waidman. Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Cogitare enferm.* 2012 jan-mar; 17(1):151-7.
15. Sales CA, Silva VA. A atuação do enfermeiro na humanização do cuidado no contexto hospital. *Cienc cuid saude.* 2011 jan-mar; 10(1):66-73.
16. Nascimento KC, Erdmann AL. Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: a teoria do cuidado transpessoal e complexo. *Rev latino-am enfermagem.* 2009; 17(2):215-21.

Endereço para correspondência: Rosemary Silva da Silveira. Rua Lino Neves, 677 - Bairro Salgado Filho – Rio Grande/RS. E-mail: anacarol@mikrus.com.br.

Data de recebimento: 21/11/2012

Data de aprovação: 05/02/2014