

GESTÃO DE ENFERMAGEM E CONSTRUÇÃO DE AMBIENTES ÉTICOS

Valéria Lerch Lunardi¹, Wilson Danilo Lunardi Filho², Rosemary Silva da Silveira³, Priscila Arruda da Silva⁴, Joel Rolim Mancia⁵

Objetivo: destacar a relevância da gestão das chefias de enfermagem para a construção de ambientes éticos, em que o usual silêncio sobre os problemas éticos vivenciados seja substituído pela liberdade de enfrentá-los. **Metodologia:** trata-se de uma reflexão teórica em que enfocaremos a organização das instituições de saúde e a ética, o sofrimento moral (SM) dos trabalhadores e estratégias de enfrentamento. **Resultados:** ressaltamos que o cuidado em saúde nem sempre favorece uma atuação ética, contribuindo para a emergência de problemas éticos; a divergência entre os valores profissionais e institucionais desencadeiam SM aos trabalhadores; a relevância de uma atuação mais ativa de enfrentamento das chefias de enfermagem. **Conclusão:** a construção de ambientes éticos requer a contínua construção de ambientes com espaço para a voz em substituição ao silêncio sobre os problemas morais frequentemente vivenciados.

Descritores: Ética em enfermagem, Enfermagem, Gestão, Gestão hospitalar

NURSING MANAGEMENT AND CONSTRUCTION OF ETHICAL ENVIRONMENTS

Objective: to highlight the importance of nursing leadership management for the construction of ethical environments, where the usual silence on ethical problems experienced is replaced by the freedom to face them. **Methodology:** this is a theoretical reflection that will focus on the organization of health institutions and ethics, the moral suffering of workers and coping strategies. **Results:** we emphasize that health care does not always favor an ethical performance, contributing to the emergence of ethical issues; the divergence between the professional and institutional values trigger moral distress to workers; the importance of a more active role in confronting the nursing supervisors. **Conclusion:** The construction of ethical environment requires continuous build environments with space for voice replacing silent about the often experienced moral problems.

Descriptors: Nursing Ethics, Nursing, Management, Hospital Management

GESTIÓN DE ENFERMERÍA Y CONSTRUCCIÓN DE ENTORNOS ÉTICOS

Objetivo: Para resaltar la importancia de la gestión de liderazgo de enfermería para la construcción de entornos éticos, donde el silencio habitual en los problemas éticos experimentados se sustituye por la libertad de enfrentarse a ellos. **Metodología:** Se trata de una reflexión teórica que se centrará en la organización de las instituciones de salud y la ética, la moral, el sufrimiento de los trabajadores y estrategias de afrontamiento. **Resultados:** Hacemos hincapié en que la asistencia sanitaria no siempre favorece el ejercicio ético, lo que contribuye a la aparición de problemas éticos; la divergencia entre los valores profesionales e institucionales desencadenan sufrimiento moral de los trabajadores; la importancia de un papel más activo en hacer frente a los supervisores de enfermería. **Conclusión:** La construcción del entorno ético requiere entornos de compilación continuas con espacio para la sustitución de la voz en silencio acerca de los problemas morales que a menudo experimentan.

Descriptorios: Ética en enfermería, Enfermería, Administración, Gestión Hospitalaria

¹Doutora em Enfermagem. Docente permanente voluntária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande-FURG. E-mail: vlunardi@terra.com.br

²Doutor em Enfermagem. Docente permanente voluntário do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, FURG.

³Doutora em Enfermagem. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-FURG.

⁴Doutora em Enfermagem. Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, FURG.

⁵Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade do Vale dos Sinos - UNISINOS.

INTRODUÇÃO

A prática de cuidados de saúde é uma atividade moral, já que o modo como os profissionais desempenham seu papel tem implicações morais. Na área da saúde e, em especial na área da enfermagem, nossas ações, omissões, o modo como nos relacionamos, agimos, expressa nossas prioridades, crenças, valores; portanto, pode-se dizer que, na prática da enfermagem e da saúde, nada está desprovido de significado, representação, valor ou desvalor.

A formação profissional da enfermagem, nas diferentes disciplinas, nos conteúdos e práticas desenvolvidas, está sempre dirigida para a importância de uma prática ética, o que pode implicar, na vida profissional, um permanente enfrentamento de problemas éticos. Nós, enfermeiras, comumente, nos construímos como profissionais, acreditando e formando expectativas de que seremos respeitadas integrantes da equipe de cuidados de saúde, uma equipe dedicada ao cuidado holístico centrado no paciente⁽¹⁾.

A profissão de enfermagem promove expectativas para as enfermeiras aderirem aos ideais e normas éticas da profissão. Esses ideais e normas constituem o coração da enfermagem. A prática de enfermagem é inerentemente uma prática ética e de tomada de decisões éticas⁽²⁾. Assim, quando vivenciamos a desvalorização dessas perspectivas, em ambientes que parecem não valorizar as necessidades dos pacientes, experimentamos um constrangimento da nossa agência moral, experienciando sofrimento moral (SM)⁽³⁾. Agência moral entendida como a capacidade de intervir moralmente no mundo.

A prática da enfermagem não ocorre em um vazio, isolada do seu contexto. Os trabalhadores da enfermagem, profissão histórica e socialmente construída, estão inseridos em ambientes também social e historicamente construídos, com diferentes culturas organizacionais, em permanente interação com o ambiente e com outros profissionais da área da saúde, usuários, familiares, com diferentes valores, crenças, costumes.

Em texto publicado por Liaschenko e Peter, *Fostering nurses' moral agency and moral identity: the importance of moral community*, no final de setembro de 2016, as autoras afirmam que o mais desafiante problema moral do século XXI será a relação entre o agente moral individual e

as instituições em que esse agente está inserido: a relação entre o trabalhador e a instituição. Argumentam, ainda, que as instituições de cuidado em saúde podem ser comunidades morais, afetando profundamente o trabalho, a identidade moral e a agência moral dos que ali trabalham, inclusive as enfermeiras. Mais adiante, afirmam que "as instituições de cuidado em saúde são organizações complexas com múltiplos objetivos, alguns dos quais são inerentemente conflitantes e opostos ao bem moral do bem-estar do paciente"⁽³⁾ (tradução nossa).

A questão, então, é: como atuar nesses ambientes? Como contribuir para a construção de comunidades morais? Comunidades em que possamos atuar politicamente? Assim, temos como propósito destacar a relevância da gestão das chefias de enfermagem para a construção de ambientes éticos, em que o usual silêncio sobre os problemas éticos vivenciados seja substituído pela liberdade de expressá-los,

discuti-los e, conjuntamente, enfrentá-los.

Para tanto, enfocaremos que a organização das instituições de cuidado em saúde nem sempre favorece uma atuação ética, mas pode, sim, contribuir para a emergência de problemas éticos, que a divergência entre os valores profissionais e institucionais desencadeia SM aos trabalhadores, destacando, por último, a relevância das chefias de enfermagem contribuírem para a construção de estratégias

de enfrentamento: estímulo e valorização para reflexões e discussões éticas.

A RELEVÂNCIA DA GESTÃO NA CONSTRUÇÃO DE AMBIENTES ÉTICOS

Há anos, na academia, trabalhos vêm sendo produzidos, seja denunciando características de passividade e submissão, de uma moral predominantemente heterônoma presente nos profissionais de enfermagem, seja enfocando movimentos que evidenciam a autonomia dos profissionais de enfermagem e seu aparente empoderamento. A enfermagem brasileira, seus trabalhadores e futuros profissionais em formação, ainda hoje, entretanto, apresentam fortes características de docilidade, submissão e obediência ao instituído⁽⁴⁾.

Quando, na década de 90, estudamos o processo de formação disciplinar das enfermeiras, identificamos várias

*“Nós, enfermeiras,
comumente, nos
construímos como
profissionais, acreditando e
formando expectativas de
que seremos respeitadas
integrantes da equipe de
cuidados de saúde”*

técnicas que contribuíam para a formação de enfermeiras dóceis politicamente, mas úteis economicamente, uma formação profissional com evidências de passividade e submissão a quem representa o poder nas relações. Já, quando da realização das entrevistas com docentes enfermeiras de três cursos de enfermagem de instituições públicas, estudantes de enfermagem e enfermeiras egressas, foi possível constatar que estudantes com um perfil menos passivo, mais resistente a manifestações de poder dos docentes, quando conseguiam graduar-se, costumavam enfrentar vários problemas com suas chefias, inclusive, sua demissão.

Todos nós estamos imersos em relações de poder. Continuamente, estamos exercendo poder em relação a outros e sendo objetos do exercício de poder de outros. Nessa perspectiva, quando resistimos, exercemos poder. Em uma perspectiva ética, entretanto, enfatizamos a relevância da resistência ética com uma justificativa ética. Em uma perspectiva ética, quando se fala em poder, não se trata de resistir por resistir, mas de resistir porque valores morais e profissionais estão sendo desrespeitados.

Quando, em 2002, com a compreensão da “ética como a prática reflexiva da liberdade”^(5,129), buscamos analisar ações de resistência da enfermagem com uma justificativa ética, frente aos problemas éticos e morais, identificamos muitas dificuldades das enfermeiras e manifestações de SM para o exercício de resistência⁽⁶⁾, apesar dos problemas éticos e morais enfrentados, apesar do desrespeito aos direitos de pacientes, de trabalhadores, dentre outros.

Problemas éticos vivenciados podem ser divididos em três categorias: incerteza moral, dilema moral e SM⁽⁷⁾. Continuamente, podemos nos deparar com o que Jameton denominou de incerteza moral, quando reconhecemos uma situação inadequada ou incorreta, questionando-nos e apresentando sentimentos de tensão, frustração e incômodo, mas não percebendo ainda essa situação como parte de um problema ético. Frequentemente, nos deparamos com dilemas morais, quando nos vemos obrigados a escolher um determinado caminho entre dois ou mais cursos a seguir, porém, com uma única opção de escolha, sem que nenhum deles seja mais correto do que os outros⁽⁸⁾; os dilemas morais surgem quando a indecisão

por uma ação recai sobre valores contraditórios ou cursos incompatíveis de ação. A característica fundamental dos dilemas morais é a indecisão no conflito⁽⁹⁾: falar ou calar-se? Agir ou omitir-se? Reivindicar e resistir ou aceitar a realidade? Denunciar ou ser conivente?

Vivenciar situações de dilema moral, como comumente vivenciamos, pode provocar SM, seja pelo modo como o paciente está sendo tratado e cuidado, seja pelas condições de trabalho, seja por qualquer situação de desrespeito ao que reconhecemos como valores morais: respeito à liberdade e à autonomia do paciente, ao seu direito de receber cuidados de enfermagem, de decidir e previamente manifestar seu consentimento livre e informado em relação a si e a qualquer possível intervenção a ser realizada em si; a vivenciar seu processo de morte com dignidade, sem ser submetido a tratamentos fúteis e à obstinação terapêutica e a ser defendido pelos trabalhadores da saúde e de enfermagem

quando se mostrar incapaz e excessivamente vulnerável para defender a si próprio; a, como trabalhador da enfermagem e da saúde, ter condições adequadas de trabalho que lhe permitam atuar com segurança e competência técnica; a exercer sua autonomia e liberdade para advogar pelos direitos dos pacientes, a receber um tratamento igualitário e justo de chefias e colegas, dentre muitos outros exemplos que poderiam ser apresentados.

No SM, a trabalhadora da enfermagem sabe o que é correto e o que deveria ser feito, mas não pode seguir o rumo de sua consciência, seja por constrangimentos externos, por relações interpessoais com médicos, chefia de enfermagem, outros trabalhadores, colegas de equipe, administração do hospital e políticas institucionais; seja por constrangimentos internos, dificuldades individuais de enfrentamento da situação, como medo de perder o emprego, de ser punido por manifestar resistência, passividade da enfermagem para seguir ordens, indecisão e falta de coragem^(8,10).

O SM na prática da enfermagem foi descrito, inicialmente, como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando as trabalhadoras de enfermagem não podem executar situações moralmente adequadas, segundo suas consciências⁽⁷⁾. Quando o SM se faz presente, o impacto para o doente pode ser a falta de advocacia por parte da enfermagem e situações em que as

*“Falar ou calar-se?
Agir ou omitir-se?
Reivindicar e resistir
ou aceitar a realidade?
Denunciar ou ser
conivente?”*

trabalhadoras evitam o contato com os pacientes, causando um aumento no desconforto e no próprio sofrimento do paciente frente à doença e ao tratamento⁽¹¹⁾.

A fragilização do cuidado de enfermagem, portanto, pode ser importante fonte de SM, associada a questões relacionadas à organização do trabalho, à sua humanização e ao exercício de poder no trabalho. A percepção das enfermeiras sobre sua possibilidade de exercer poder na instituição, para a resolução e enfrentamento de dilemas e questões éticas, parece fundamental para a sua decisão de uma tomada de ação, ou não, para esse enfrentamento⁽¹²⁻¹⁵⁾. A problemática do SM tem sido associada à evasão das profissionais de enfermagem da profissão ou, mais preocupante, ao afastamento dos valores morais da profissão em trabalhadores que optam por permanecer exercendo a enfermagem.

Assim, apesar das trabalhadoras de enfermagem reconhecerem a necessidade de provocar questionamentos frente aos problemas morais, podem se mostrar temerosas em fazê-lo, possivelmente, pelo desequilíbrio de poder vivenciado nos ambientes de trabalho⁽¹⁶⁾, na própria equipe de enfermagem, como na instituição como um todo, apesar das suas implicações para os usuários, o que pode estar fortemente associado ao SM. Hardingham⁽⁸⁾ fala do resíduo moral, referindo-se ao comprometimento da integridade moral, envolvendo a anulação ou violação de crenças, valores e princípios, que podem levar à indiferença do profissional.

Portanto, o dilema pode levar ao resíduo moral, que são as marcas decorrentes do sofrimento experienciado, rompendo com a integridade moral, deixando traços na personalidade e nos valores construídos ao longo do tempo. A integridade moral refere-se à relação indissociável entre a integridade profissional e pessoal, dizendo respeito a um padrão moralmente aceito por nossa sociedade frente à ética. Os valores de uma pessoa são integrados à personalidade, tanto para o desenvolvimento pessoal, quanto para alcançar a integridade moral, que significa desenvolver uma perspectiva crítica por meio de um ponto de vista que permita analisar, aceitar ou rejeitar situações novas. Quando a integridade moral é prejudicada, pode ocorrer SM e, até mesmo, o abandono da profissão⁽⁹⁾.

O enfrentamento do SM vai exigir mudanças no ambiente de cuidados de saúde, na cultura organizacional e na formação de enfermeiras, com ênfase na construção de ambientes em que predomine a prática ética⁽⁹⁾. Assim, quando as trabalhadoras de enfermagem não aceitam passivamente a precariedade e insuficiência de recursos materiais comumente vivenciada nos ambientes de trabalho, que repercutem para a fragilização do cuidado, mas exigem melhores condições organizacionais de trabalho,

estão indiretamente advogando pelos pacientes. Podem, também, mais diretamente, advogar pelos pacientes quando, explicitamente, reivindicam que seus valores, assim como suas responsabilidades éticas e profissionais, sejam apoiadas. Para tanto, no entanto, devem estar convencidas de que suas ações são fundamentais para o cuidado do paciente e desenvolver um senso de orgulho e identidade profissional.

Nesse sentido, parece importante destacar a relevância das chefias de enfermagem na construção de estratégias de enfrentamento: valorização dos trabalhadores da equipe de enfermagem, abertura e estímulo para reflexões e discussões éticas⁽¹⁷⁾; a substituição de espaços de silenciamento e desvalorização das vivências, percepções e sentimentos por espaços para a voz, para a verbalização dos problemas morais vividos, para a expressão de desconfortos, angústias, conflitos, dilemas, SM.

Mesmo que reconheçamos que muitos dos problemas morais enfrentados no ambiente de trabalho não se resolvem apenas com a atuação diferenciada de uma chefia de enfermagem aberta, receptiva e estimuladora para que as questões éticas do ambiente de trabalho sejam verbalizadas e tornem-se objeto de questionamento e problematização, certamente, o sofrimento dos trabalhadores poderá ser reduzido com esse compartilhamento e troca de sentimentos e percepções.

Por outro lado, a questão não é deixar de sofrer, moralmente, mas entender que o SM é um alerta sobre possíveis constrangimentos morais que estamos vivenciando, requerendo que medidas sejam tomadas para seu enfrentamento, impedindo sua naturalização nos ambientes de trabalho. Existe, sim, o propósito de reduzir o SM, sua prevalência na prática, pela redução das ameaças e constrangimentos morais sentidos pelos trabalhadores⁽¹⁾.

Dentre as estratégias que nos parecem mais pertinentes para serem assumidas no enfrentamento dos problemas morais e, conseqüentemente, do SM, além do permanente espaço para sua problematização e discussão, parece relevante destacar que gerentes de enfermagem podem usar estratégias de empoderamento, certificando-se que as enfermeiras da equipe se beneficiem das decisões em seus trabalhos, participem das tomadas de decisão, recebam *feedback* sobre seu desempenho, ou desfrutem de diversidade nas suas tarefas. Embora as gerentes de enfermagem nem sempre tenham controle sobre que promessas organizacionais foram feitas e que decisões foram implementadas, podem usar seu poder de negociação para assegurar que essas questões sejam encaminhadas em suas equipes⁽¹⁸⁾.

As gerentes, também, podem encaminhar à direção de enfermagem problemas relacionados à sobrecarga de

trabalho que comprometem a qualidade do trabalho da enfermagem⁽¹⁸⁾, assim como os relacionados à insuficiência de recursos materiais, dentre outros. Problemas reconhecidos como problemas gerenciais, porém com uma forte dimensão ética. A percepção do suporte organizacional, em que se enquadram o suporte da chefia e o direito à voz e à coragem moral, constitui-se em variável que afeta diretamente o SM. “Embora não seja possível erradicar completamente conflitos e dilemas éticos, as organizações podem ser capazes de influenciar SM, fortalecendo de modo formal ou informal as estruturas de suporte para tratar com eles”^(19,46) (tradução nossa). Nesse sentido, destaca-se também que, além da existência de recursos éticos nas instituições, como serviços de consultoria ética, os trabalhadores precisam reconhecer que serão apoiados por suas chefias, no uso desses recursos⁽¹⁹⁾; que não sofrerão retaliações e punições pela busca desses recursos, muitas vezes, mascaradas em decisões verticais referentes à troca de unidades, de turnos de trabalho, de escalas de trabalho.

Enfermeiras líderes e gerentes necessitam desenvolver processos nos ambientes de trabalho que promovam redes positivas, de justiça e respeito, mediante práticas mais transparentes e responsáveis.⁽²⁰⁾

PARA FINALIZAR

Construir ambientes éticos requer que construamos continuamente ambientes com espaço para a voz, a fala, o discurso, em substituição ao silêncio sobre os problemas morais frequentemente vivenciados. Geralmente, as pessoas não se sentem confortáveis em falar de valores pessoais que conformam seu senso de ética. A dimensão ética presente no nosso trabalho comumente não é objeto de discussão nesse ambiente. Esse tem sido um tema negado, esquecido, apesar da sua relevância.

Como afirma Bedrosian⁽¹⁷⁾, no texto: Enfermagem é difícil, não abordar as questões éticas, a torna ainda mais difícil: “ética pode ser o elefante na sala. Ninguém quer falar sobre ele, mas ele não vai a nenhum lugar” (tradução nossa).

REFERÊNCIAS

- Peter E, Liaschenko J. Moral distress reexamined: A feminist interpretation of nurses' identities, relationships, and responsibilities. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2013; 10 (3): 337-45.
- Mallari MG, Tariman DJ. Ethical Frameworks for Decision-Making in Nursing Practice and Research: An Integrative Review. *DePaul Online Journal of Nursing Research*. 2016; 1-2. Disponível em: <http://via.library.depaul.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=son-research-synthesis>
- Liaschenko J, Peter E. Fostering Nurses' Moral Agency and Moral Identity: The Importance of Moral Community. *Hastings Center Report*. 2016; Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hast.626/full>
- Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. *Rev Latino Am Enferm*. 2013; 21(1):293-9.
- Foucault M. *Hermeneutica del sujeto*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1987.
- Peter E, Lunardi VL, Macfarlane A. Nursing resistance as ethical action: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 46 (4): 403-16.
- Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.
- Hardingham LB. Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy* 2004, 5(2): 127-34.
- Jameton A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Clinical Issues*. 1993; 4(4):542-51.
- Wilkinson, J. M. Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect. *Nursing Forum*. 1987; 23: 16-29.
- Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 2002; 9(6): 636-50.
- Liaschenko J. Feminist Ethics and Cultural Ethos: Revisiting a Nursing Debate. *Advances in Nursing Science*. 1993; 15 (4): 71-8.
- Aiken L, Smith H, Lake ET. Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*. 1984; 32 (8): 771-87.
- Erlen JA, Frost B. Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. *Western Journal of Nursing Research*. 1991; 13 (3): 397-407.
- Penticuff JH, Walden M. Influence of practice environment and nurse characteristics on perinatal nurses' responses to ethical dilemmas. *Nurs Res*. 2000; 49(2): 64-72.
- Erlen JA. Moral distress: a pervasive problem. *Orthopaedic Nursing*. 2001; 20 (2): 76-80.
- Bedrosian J. Nursing is hard. Unaddressed ethical issues make it even harder. *Johns Hopkins Magazine*. 2015; Summer. Disponível em: <http://hub.jhu.edu/magazine/2015/summer/nursing-ethics-and-burnout/>
- Battistelli A, Galletta M, Vanderberghe C, Odoardi C. Perceived organisational support, organisational commitment and self-competence among nurses: a study in two Italian hospitals. *Journal of Nursing Management*. 2016; 24 (1): 44-53.
- Rathert DR, May DR, Chung HS. Nurse moral distress: a survey identifying predictors and potential interventions. *International Journal of Studies*. 2016; 53:39-49.
- Blackstock S, Cohn KH, Macleod MLP. The impact of organisational factors on horizontal bullying and turnover intentions in the nursing workplace. *Journal of Nursing Management*. 2015; 23(8):1106-14.