

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Raíssa Passos dos Santos

**VIVÊNCIAS MORAIS E SOFRIMENTO MORAL DE ENFERMEIROS
QUE CUIDAM DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE
SAÚDE**

Santa Maria, RS, Brasil
2016

Raíssa Passos dos Santos

**VIVÊNCIAS MORAIS E SOFRIMENTO MORAL DE ENFERMEIROS QUE
CUIDAM DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Eliane Tatsch Neves
Coorientador: Prof. Dr. Franco Carnevale

Santa Maria, RS
2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Passos dos Santos, Raíssa
Vivências morais e sofrimento moral de enfermeiros
que cuidam de crianças com necessidades especiais de
saúde / Raíssa Passos dos Santos.-2016.
132 p. ; 30cm

Orientador: Eliane Tatsch Neves
Coorientador: Franco Carnevale
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2016

1. Vivências morais 2. Sofrimento moral 3. Saúde da
Criança 4. Enfermagem Pediátrica 5. Ética da Enfermagem I.
Tatsch Neves, Eliane II. Carnevale, Franco III. Título.

Raíssa Passos dos Santos

**VIVÊNCIAS MORAIS E SOFRIMENTO MORAL DE ENFERMEIROS QUE
CUIDAM DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovada em 19 de fevereiro de 2016

Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Franco Carnevale

Franco Carnevale, PhD. (McGill)
(Coorientador)

Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)

Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues
Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, Dra. (UERJ)

Graziele de Lima Dalmolin, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS

2016

DEDICATÓRIA

*À minha família, especialmente meus pais Rosângela e Rodolfo, e meus irmãos Rosmarini e Rodolfo.
E a todos que foram presença nesta caminhada.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço principalmente à toda a minha *família* e todas às pessoas que a sua maneira estiveram *presentes* e que foram suporte para que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais Rosângela e Rodolfo pela fonte de carinho e apoio inesgotáveis durante toda minha trajetória acadêmica e na pós-graduação. Com certeza a confiança depositada em mim para que fizesse minhas escolhas foram a base mais sólida que eu poderia ter.

Aos meus irmãos Rosmarini e Rodolfo. Meus companheiros de vida e melhores amigos, obrigada pelo amor e suporte em todos os momentos.

À minha irmã Rosmarini e meu cunhado Nicolas. Obrigada pela acolhida tão afetiva em meu período em Montreal. Certamente tudo teria sido muito mais difícil sem vocês. Vocês fizeram a diferença.

Às minhas tias Loiva, Rosmarina e Lourdes. Obrigada pelas longas conversas cheias de questionamentos e reflexões nos churrascos de domingo que me fizeram nunca estar satisfeita com respostas simples. Vocês fazem parte da minha formação.

Aos meus amigos e ex colegas de graduação Adalvane, Carolina e Victor. Vocês fizeram parte de toda minha trajetória e dividiram comigo as felicidades e angústias da faculdade e também da pós. Vocês são especiais em minha vida.

À minha comadre e amiga Daiani. Obrigada por compartilhar comigo tantos momentos importantes desde 2008 e por junto com o compadre Leonardo me presentear com o amor de ter um afilhado que mora em meu coração.

Ao meu noivo Sailer. Obrigada pela ajuda com revisões e pelo apoio constante para a realização de meus objetivos.

Ao meu amigo e melhor professor de inglês de todos Ptolomeu Palma. Obrigada pelo apoio incondicional para o meu sucesso mundo a fora. Thank you so much, my friend.

Às minhas amigas desde 2007, presentes desde o curso de Letras, Anna e Micheli. Vocês moram no meu coração.

À minha orientadora Professora Eliane Neves por ter acreditado em mim desde a graduação. Obrigada por acreditar que aquela menina teimosa, questionadora e irritante era capaz de ser mestre em enfermagem. Serei grata eternamente pela confiança e pelo carinho por mim.

Ao meu coorientador Professor Franco Carnevale pelo apoio incondicional e pelo suporte em minha pesquisa. Obrigada por me receber de braços abertos em sua universidade no Canadá. Seus ensinamentos foram determinantes em minha formação.

Às professoras Stela Maris Padoin e Cristiane de Paula pelas conversas e por estarem sempre abertas aos meus questionamentos. Obrigada pela paciência e pela atenção sempre.

A todos os meus colegas do grupo de pesquisa PEFAS (Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade). Obrigada pelas tardes com chimarrão, discussões, apoio e acolhida para compartilhar dúvidas de pesquisa, projetos, artigos, angústias, medos e felicidades.

À Universidade Federal de Santa Maria por proporcionar a construção do meu conhecimento durante a Graduação e o Mestrado, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Aos participantes que me possibilitaram conduzir este estudo e abriram mão de seu tempo para que minha pesquisa pudesse ser realizada.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul pela concessão da bolsa de Mestrado

A realidade vivida da autonomia é ativada através das conexões humanas uns com os outros [...] Não há autonomia para os seres humanos de forma isolada um do outro. Estar sozinho e independente é primeiramente vivenciado porque há outros a perder. (Doane; Varcoe, 2012, tradução livre)

RESUMO

VIVÊNCIAS MORAIS E SOFRIMENTO MORAL DE ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

AUTORA: RAÍSSA PASSOS DOS SANTOS
ORIENTADORA: ELIANE TATSCH NEVES
COORIENTADOR: FRANCO CARNEVALE

Introdução: A prática da enfermagem em pediatria vem se tornando cada vez mais complexa, uma vez que o perfil da infância brasileira encontra-se em processo de mudança, trazendo consigo o aumento do número de crianças com necessidades especiais de saúde. Os enfermeiros constituem-se em profissionais com importante conhecimento acerca dos melhores interesses da criança e da família, advogando em prol de seu bem estar, estando, dessa forma, inclinado a vivenciar o sofrimento moral. **Objetivo:** compreender como o sofrimento moral se apresenta no cotidiano de cuidado de enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde. **Metodologia:** Estudo fenomenológico interpretativo, realizado em três unidades de internação pediátrica e neonatal de um hospital de ensino. Participaram do estudo nove enfermeiros e a coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista nos meses de novembro e dezembro de 2014. As entrevistas foram gravadas e transcritas. A análise deste estudo foi feita a partir da perspectiva Fenomenológica Interpretativa de Patrícia Benner. Na análise interpretativa ocorreu a busca por exemplares e casos paradigmáticos e na análise temática elencou-se os padrões de significado que possibilitaram a compreensão do fenômeno. Assim, três temas foram descritos referente às relações das enfermeiras que culminam no aparecimento de vivências morais. O estudo preservou os princípios éticos da pesquisa, conforme Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob número 36618114.4.0000.5346. **Resultados:** As enfermeiras deste estudo mostraram-se engajadas em diversos níveis de intensidade diante das preocupações relacionados ao cuidado em pediatria. Dessa forma, na relação com a equipe de saúde, com os enfermeiros, com a família da criança, e com a criança, as participantes vivenciaram um cuidado que gera sofrimento, angústia, sentimento de frustração, satisfação, responsabilidade, entre outros. **Conclusão:** concluiu-se que o engajamento das enfermeiras modifica-se a todo o momento nas situações de cuidado à criança, podendo instigar a sua agência moral ou inibindo-a, de acordo com as compreensões sobre a prática de enfermagem.

Palavras-Chave: Saúde da criança. Sofrimento Moral. Enfermagem Pediátrica. Ética da Enfermagem

ABSTRACT

MORAL EXPERIENCIES AND MORAL DISTRESS OF NURSES WHO CARE FOR CHILDREN WITH SPECIAL HEALTHCARE NEEDS

AUTHOR: RAISSA PASSOS DOS SANTOS
SUPERVISOR: ELIANE TATSCH NEVES
CO SUPERVISOR: FRANCO CARNEVALE

Introduction: Pediatric nursing practice is becoming increasingly complex, since the profile of Brazilian children is in the process of change, bringing the increase in the number of children with special health care needs. Nurses are professionals with an important knowledge about the best interests of children and families, advocating on behalf of their welfare and are thus inclined to experience moral distress. **Aim:** The aim of this study was to examine the experiences of moral distress of nurses who care for children with special healthcare needs. **Methodology:** interpretive phenomenology was selected as the study method. Nine nurses working at three different pediatric units of a teaching hospital were interviewed in November and December 2014. The data analysis process was held according to Patricia Benner's framework. The process consisted of transcription, coding, thematic analysis, and search for paradigm cases and exemplars. All the ethical aspects were preserved and the study was approved by the Research Ethics Committee of the institution under number 36618114.4.0000.5346. **Results:** Data analysis identified three themes. The themes arise from the relationships that nurses experienced in their daily lives and therefore their different moral experiences. Their moral experiences can be changed by their engagements. The nurses of this study are engaged in different levels according to their concerns throughout pediatric nursing practice. Depending on the relationship they are living; with the health team, with other nurses, with the child's family, and the child; the participants can experience distress, anguish, frustration, satisfaction, responsibility. **Conclusion:** The findings identified that the engagement of nurses can be modified all the time during childcare situations and can instigate or inhibit their moral agency, according to their understanding of the nursing practice.

Keywords: Child Health. Moral Distress. Pediatric Nursing. Nursing Ethics.

LISTA DE SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRIANES	Crianças com Necessidades Especiais de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde
PB	Plataforma Brasil
PUBMED	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SM	Santa Maria
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UIP	Unidade de Internação Pediátrica
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	19
1.2	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA	22
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
2.1	O SOFRIMENTO MORAL NO COTIDIANO DE CUIDADO DO ENFERMEIRO	24
2.2	SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E O CUIDADO ÀS CRIANES	27
3	PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1	ARTIGO 1. METODOLOGIAS QUALITATIVAS EM PESQUISA NA SAÚDE: REFERENCIAL INTERPRETATIVO DE PATRICIA BENNER	31
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO E DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	42
3.3	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	45
3.4	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	46
3.5	RIGOR METODOLÓGICO	47
4.	RESULTADOS	50
4. 1	RELAÇÕES ÉTICO-PROFISSIONAIS DE ENFERMEIRAS E VIVÊNCIAS MORAIS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA	50
4.1.1	Relação entre os profissionais de saúde na enfermagem pediátrica e aparecimento de vivências morais – análise compreensiva	54
4.1.2	Relação entre os profissionais de saúde na enfermagem pediátrica e aparecimento de vivências morais - análise interpretativa	63
4.2.1	Relação entre a enfermeira e a família em unidade pediátrica e aparecimento de vivências morais – análise compreensiva	67
4.2.2	Relação entre a enfermeira e a família em unidade pediátrica e aparecimento de vivências morais - análise interpretativa	76
4.3.1	Relação entre a enfermeira e a criança em unidade pediátrica e aparecimento de vivências morais – análise compreensiva	80
4.3.2	Relação entre a enfermeira e a criança em unidade pediátrica e aparecimento de vivências morais – análise interpretativa	91
5	APRESENTAÇÃO DOS CASOS PARADIGMÁTICOS	95
5.1	CASO PARADIGMÁTICO 1 – A ENFERMEIRA COM ALTO NÍVEL DE ENGAJAMENTO NO CUIDADO À CRIANÇA E AS VIVÊNCIAS MORAIS PRESENTES NO SEU COTIDIANO.....	95
5.2	CASO PARADIGMÁTICO 2 – A ENFERMEIRA COM MENOR NÍVEL DE ENGAJAMENTO NO CUIDADO À CRIANÇA E AS VIVÊNCIAS MORAIS PRESENTES NO SEU COTIDIANO.....	101
6	DISCUSSÃO	109
7	CONCLUSÃO	115
	REFERÊNCIAS	118
	APÊNDICE A - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	124
	APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	126
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	128
	ANEXO B – DECISÃO EDITORIAL	132

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

Ao longo da história, o papel da infância e a função social da criança modificaram como a saúde da criança foi compreendida pela sociedade. Após diversas transformações que coincidiram com o panorama mundial, o Brasil, começa na década de trinta a implementar políticas de atenção à maternidade, a infância e a adolescência, principalmente centradas na diminuição da mortalidade infantil e materna. Inicia-se também, uma preocupação sobre as ações de saúde voltadas a garantia dos direitos da criança em relação aos serviços de saúde que tiveram avanços nos últimos anos (ARAÚJO, et al. 2014).

Na década de 90, o Estatuto da Criança e do Adolescente, criado a partir da nova Constituição Federal de 1988, assegura à criança e ao adolescente, em seu capítulo primeiro, como direitos fundamentais o “direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 2015). Complementar a isso, a Resolução 41/1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), garante, entre outros, o direito a hospitalização, quando necessária, bem como, a não permanência desnecessária; direito de não sentir dor; de conhecer sua enfermidade e os cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados; e ainda, o direito a uma morte digna (BRASIL, 1995).

Juntamente com as preocupações em relação aos direitos à saúde da criança, o desenvolvimento das ciências da saúde trouxe mudanças importantes para a realidade da infância mundial e brasileira. Relacionado às preocupações com a mortalidade infantil, que permearam a história da saúde da criança (ARAÚJO, et al. 2014), de acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, o número de óbitos infantis (menores de 1 ano) por 1.000 nascidos vivos no Brasil, passou de 26,1 em 2000 para 15,3 em 2011. Entretanto, soma-se a isso uma curva ainda crescente no que se refere aos óbitos neonatais, sendo que 57% das crianças menores de cinco anos morrem durante os primeiros 30 dias de vida (BRASIL, 2012b).

Em contraponto a diminuição da mortalidade infantil, a possibilidade de manutenção da vida em crianças sobreviventes de agravos perinatais, traumas e portadoras de doenças crônicas, vem ocorrendo nos últimos anos devido aos benefícios gerados pela acelerada evolução medicamentosa e de equipamentos aplicados a saúde humana. Assim, os avanços tecnológicos, associados à queda na mortalidade infantil, têm contribuído para o surgimento de um novo

grupo de crianças, emergente nos serviços de saúde, quais sejam as crianças com necessidades especiais de saúde (NEVES; CABRAL, 2008).

Com o propósito de auxiliar os sistemas de saúde a planejarem melhores políticas públicas que amparassem as necessidades destas crianças, em seu relatório, publicado em 1998, McPherson et al. (1998), definiram, pela primeira vez nos Estados Unidos da América, o grupo das *Children with Special Health Care Needs*, como aquelas que têm ou estão em maior risco de apresentar uma doença crônica, física, de desenvolvimento, condição comportamental ou emocional, e que também requerem serviços de saúde e afins de um tipo ou quantidade maior do que o exigido pelas crianças em geral. No Brasil, a denominação destas crianças foi traduzida como Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) (WONG, 1999; CABRAL, 1999), mantendo a mesma definição, em tradução livre.

A complexidade diagnóstica e terapêutica, associada à vulnerabilidade social em que essas crianças e suas famílias se encontram, representam um desafio para seus familiares/cuidadores e, conseqüentemente, para os profissionais de saúde que prestam cuidados a este novo grupo (NEVES; CABRAL, 2008). Neste contexto, a enfermagem pediátrica, apresenta-se como a principal articuladora da família no cuidado a criança, comprometendo-se com o estabelecimento do cuidado interativo enfermagem-criança-família. Para isso necessita ouvir e incluir a família no cuidado, através do estabelecimento do vínculo afetivo (HOCKENBERRY; WILSON, 2014). Ainda, a preocupação do cuidado que não pode restringir-se a relação enfermeiro-criança, mas sim, precisa considerar a família, torna a prática da enfermagem pediátrica ainda mais complexa e reflexiva (COELHO; RODRIGUES, 2009).

O momento da hospitalização infantil, que traz especificidades quando relacionada à infância, uma vez que, implica em uma necessidade de um reajuste da rotina familiar, pode ser mal compreendida pelo profissional de enfermagem que esteja despreparado para lidar com essa realidade. Ainda, a inserção da família como elemento que altera a dinâmica do trabalho do enfermeiro pela necessidade da realização de uma prática que respeite a família e mantenha a sua autonomia. (QUIRINO et al., 2010; PIMENTA; COLLET, 2009).

No cuidado às CRIANES, o enfermeiro exerce papel fundamental como articulador de saberes e práticas clínicas que passarão a ser delegados aos familiares/cuidadores no momento da alta hospitalar. Dessa maneira, incluir a família no cuidado complexo a estas crianças, considerando as demandas que envolvem cuidados de enfermagem, dos quais dependem a sua sobrevivência, constitui-se de um desafio para a enfermagem pediátrica (NEVES; CABRAL, 2009).

Soma-se a esta problemática, o fato de que trabalho de enfermagem relacionado à infância, especialmente em uma situação de fragilidade e vulnerabilidade, traz características éticas específicas e relevantes a serem discutidas. Larcher e Carnevale (2012) descrevem que aqueles que trabalham com a infância têm o dever moral de assegurar que essas tenham a sua trajetória para vida adulta a mais segura e saudável possível. Entretanto, nem todas as crianças terão esta possibilidade, uma vez que suas vidas podem estar limitadas por uma série de restrições das quais elas e os pais não possuem controle.

Reconhecendo a importância do papel do enfermeiro no cuidado direto à criança, verifica-se por parte deste profissional, um importante saber a respeito dos melhores interesses para a criança, e o reconhecimento do ponto de vista dos pais e da vontade da criança. Acrescenta-se a isso, a multiplicidade de casos clínicos complexos que trazem desafios para a atuação do enfermeiro durante a sua prática clínica (CARNEVALE, 2012). Nesta perspectiva, Coelho e Rodrigues (2009) destacam que é necessário que a assistência de enfermagem inclua em sua prática saberes relacionados à manutenção do respeito à dignidade da criança, considerando os avanços tecnológicos que influenciam na vulnerabilidade das crianças em estado de adoecimento.

Isto posto, Carnevale (2012), descreve que os enfermeiros constituem-se de importantes agentes morais que advogam em prol do bem estar da criança e sua família. O conceito de agência moral pode ser entendido com a capacidade de uma pessoa em envolver-se profundamente em questões moralmente acentuadas, colocando-se em situações que remetem a conceitos de certo e errado, bom e ruim, ou justo e injusto (CARNEVALE, 2013).

Este engajamento moral das enfermeiras com sua prática pode resultar em sofrimento moral. Isto acontece em geral, quando por algum motivo, referente ao ambiente de trabalho, estes profissionais são impedidos de agirem de acordo com seus padrões éticos estabelecidos (CARNEVALE, 2013).

O conceito do sofrimento moral da forma como é utilizado atualmente nas pesquisas, foi realizado inicialmente por Jamenton (1984), e descreve o sofrimento moral como os sentimentos dolorosos decorrentes do fato de que o profissional não consegue seguir por um curso de ação que considere eticamente correto. Os motivos pelos quais essa ação não possa ser tomada podem ser intrínsecos (considerando os próprios sentimentos do profissional envolvido), ou extrínsecos (considerando as barreiras impostas pelo ambiente de trabalho).

Carnevale (2012) aponta que as barreiras atribuídas pelas instituições constituem-se de uma fonte que culmina no não-encorajamento dos enfermeiros em defender os direitos de crianças em situação de vulnerabilidade, tais como aquelas crianças que possuem algum tipo

de deficiência, resultando em sofrimento moral. Verifica-se a partir das proposições apresentadas, a possibilidade de que enfermeiros que trabalham em pediatria, especificamente aqueles que cuidam de crianças em situação de complexidade, estejam inclinados a vivenciar o sofrimento moral.

Diante dessas considerações, **questionou-se**: como o sofrimento moral se apresenta no cotidiano de cuidado enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde? Assim, teve-se como **objeto** deste estudo: o sofrimento moral de enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde.

O **objetivo geral** deste trabalho foi compreender as vivências de sofrimento moral no cotidiano assistencial de enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde. E como **objetivos específicos**: descrever como o sofrimento moral perpassa o cotidiano de cuidado de enfermeiros em diferentes serviços pediátricos de internação no contexto hospitalar; compreender as vivências dos participantes em relação ao sofrimento moral buscando por fontes de inquietações e formas de enfrentamento deste sentimento durante o seu cotidiano de cuidado.

1.2 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

Somada à problemática da complexidade do cuidado de enfermagem à infância e a possibilidade de sofrimento moral em enfermeiros que trabalham pediatria e que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde; salienta-se a escassez de produção científica na área (28 artigos), contribuindo para o desafio da prática profissional que considere os dilemas éticos encontrados no cotidiano do enfermeiro em pediatria.¹

Os trabalhos publicados sobre o sofrimento moral apontam para a temática como uma tendência atual na pesquisa em enfermagem, sendo a totalidade destes publicados a partir dos anos 2000. Além disso, a maioria dos estudos encontra-se no âmbito internacional (26 artigos), com um número limitado de trabalhos publicados no Brasil na área da Enfermagem (2 artigos), confirmando esta como uma realidade ainda pouco investigada no cenário nacional. Estes

¹O cenário das produções foi estabelecido após consulta em bases de dados PubMed, Scopus e Lilacs em abril de 2014. As estratégias de busca foram feitas a partir da utilização das palavras-chave: *Nursing, Moral Distress e Ethics* nas bases PubMed e Scopus, e *Enfermagem, Cuidado, e, Ética* na base Lilacs. O resultado somou 259 publicações que foram selecionadas de acordo com os critérios de inclusão: pré-seleção a partir do título e resumo (se disponível), texto completo nas línguas português, inglês e espanhol, relevância para o objeto de estudo. Após a leitura, o resultado foi de 28 publicações nas bases de dados.

achados são congruentes com os resultados de uma revisão integrativa realizada por Dalmolin et al. (2012), onde a totalidade dos estudos pertenciam ao cenário internacional e publicados na língua inglesa.

Além disso, referente ao sofrimento moral no cuidado de enfermagem em pediatria, existe uma limitação maior ainda referente ao escopo de literatura publicada sobre a temática (2 artigos). Isto demonstra a necessidade de que a compreensão deste fenômeno seja aprofundada com o desenvolvimento de outros estudos, considerando as questões relacionadas à enfermagem pediátrica e ao sofrimento moral. Além disso, a compressão deste fenômeno na prática profissional faz-se importante, uma vez que remete a reflexão de suas consequências para os profissionais, incidindo em possíveis contribuições para a melhora da qualidade do cuidado prestado às crianças com necessidades especiais de saúde.

Ressalto ainda, minha aproximação com a temática escolhida destacando que, os estudos no âmbito da enfermagem pediátrica permearam meu desenvolvimento profissional desde o início da vida acadêmica. Durante a graduação, tive a oportunidade de desenvolver atividades como bolsista assistencial na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), bem como bolsas de estudos de iniciação científica em que desenvolvi projetos na temática da Saúde da Criança e de Educação em Saúde.

Durante as atividades assistenciais desenvolvidas no HUSM, tanto como bolsista assistencial, quanto no desenvolvimento de atividades de Estágio Supervisionado, pude acompanhar a rotina de cuidado dos enfermeiros da UIP frente à clientela das CRIANES. Assim, pude constatar o crescente número de internações e reinternações dessas crianças, bem como os longos períodos que elas e suas famílias permanecem no ambiente hospitalar. Isto levou ao reconhecimento dos desafios encontrados pelos enfermeiros desta unidade referentes às questões éticas e à tomada de decisões que envolvem o cuidado a criança.

Vivenciando o cotidiano de cuidado dos enfermeiros, presenciei situações envolvendo o cuidado a estas crianças, nas quais os profissionais sentiam-se angustiados, nervosos, desapontados, inconformados. Entretanto, não existe um reconhecimento dos profissionais das dimensões relacionadas ao aparecimento destes sentimentos, e ainda menos, o reconhecimento de situações que podem desencadear sofrimento moral às quais eles estão expostos.

Por fim, justifica-se este estudo, além das lacunas identificadas na literatura científica, também, pela necessidade de preparar e dar suporte aos profissionais de enfermagem da área pediátrica a partir da compreensão sobre como esse fenômeno ocorre no cotidiano de cuidado assistencial.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica visa o aprofundamento sobre a compreensão do objeto de estudo da presente pesquisa centrado no sofrimento moral dos enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde. Ainda, prover o aporte teórico necessário para a fundamentar a temática do sofrimento moral no cotidiano de cuidado do enfermeiro em pediatria, bem como, as especificidades dos enfermeiros que cuidam dessas crianças.

2.1 O SOFRIMENTO MORAL NO COTIDIANO DE CUIDADO DO ENFERMEIRO

O sofrimento decorrente do processo de trabalho da enfermagem foi primeiramente reconhecido como um sofrimento psíquico ou emocional envolvendo o estresse da enfermagem. Nestes casos, as enfermeiras eram aconselhadas a trocar de setor, ou serem afastadas do serviço, considerando estes sentimentos como fraquezas pessoais, desconsiderando os aspectos e eventos relacionados aos seus ambientes de trabalho (CARNEVALE, 2013).

Barlem et al. (2013a), destacam que o surgimento de conflitos e problemas morais, diante de um contexto atual, em situações triviais de seu ambiente de trabalho, não podem ser separados da vida profissional dos trabalhadores de enfermagem. Dessa maneira, os profissionais podem apresentar-se impotentes e não reconhecerem o sofrimento moral que estão enfrentando, possivelmente provocado pela incoerência entre seus julgamentos morais e suas ações.

Considerando-se o ambiente de trabalho do enfermeiro, o qual envolve a relação com uma variedade de profissionais, pacientes e seus familiares, verifica-se a possibilidade de que este profissional esteja inclinado em seu cotidiano a vivenciar situações de dilemas éticos e morais. Entretanto, ao deparar-se com essas situações, nem sempre estes profissionais sentem-se seguros para tomar ações as quais acreditem serem as mais corretas eticamente (DALMOLIN; LUNARDI, FILHO, 2009).

Carnevale (2012) destaca que a prática ética da enfermagem vem se tornando cada vez mais complexa, uma vez que houve avanços significativos em relação ao desenvolvimento de sua autonomia profissional, passando a ter mais independência para tomada de decisões. Além disso, o desenvolvimento de padrões éticos e legais voltados aos direitos do paciente e do consumidor, e os avanços na tecnologia, forçaram a enfermagem a apoiar-se em novas fontes como a filosofia e o direito para o estabelecimento de uma prática profissional de qualidade.

Para o estabelecimento de ações éticas no cuidar, o profissional de enfermagem pauta-se no Código de Ética de Enfermagem. Em sua última atualização, em 2012, o Código de Ética de Enfermagem Brasileiro, traz como princípios fundamentais da profissão:

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. O profissional de enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética (BRASIL, 2012a).

Nota-se a importância deste profissional na defesa dos direitos dos pacientes e suas famílias. Com isso, destaca-se o reconhecimento da enfermagem não só como profissão pautada no saber médico, mas sim, como prática autônoma, engajada com a responsabilidade de preservar e prover o bem estar de seus pacientes, famílias e comunidades (CARNEVALE, 2012).

Ainda, em 1986, o decreto da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem consolidou a identidade do profissional enfermeiro, estabelecendo as atividades privativas da profissão. Reconhece-se o enfermeiro como responsável pela organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; responsável pelo planejamento, organização, coordenação, execução e, a avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem. Ressalta-se então, a importância deste profissional para a organização dos serviços de saúde, bem como, a importância do desenvolvimento de sua autonomia, a qual só é possível por meio do conhecimento dos profissionais sobre a dimensão ética de suas ações e da legislação que ampara a profissão (PEREIRA, 2013; Lei Nº 7.498/86).

Diante da dimensão ética do cuidado de enfermagem, Jamenton (1984) apontou inicialmente para três principais dimensões dos problemas éticos vivenciados que foram identificados na literatura: a *incerteza moral*, definida como a dúvida existente sobre o caráter ético correto da ação a ser tomada, mesmo que sem reconhecê-lo; os *dilemas morais*, quando o profissional defronta-se com a necessidade de escolher entre dois cursos de ação que possuem caráter igualmente ético; e o *sofrimento moral*, sendo este sentimento relacionado ao impedimento de uma tomada de decisão que seja considerada eticamente correta pelo

profissional. Ressalta ainda, que a natureza da prática de enfermagem é um fator importante para o aparecimento destas questões éticas.

Na prática cotidiana, os enfermeiros podem sentir que não estão sendo capazes de fornecer o cuidado adequado a seus pacientes por motivos como equipe insuficiente ou com nível inadequado de treinamento, controle da dor ineficaz em pacientes, fazem com que. O aparecimento do sofrimento moral decorre quando as intenções desses profissionais são dificultadas, ou impedidas, de serem executadas (CORLEY, 2002).

Baseados nos conceitos teóricos sobre sofrimento moral, conflito de papéis, e teoria sobre valores e sistemas de valores, Corley et al. (2001), desenvolveram e avaliaram a aplicação de uma escala que pudesse avaliar e mensurar o aparecimento do sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. Após diversas pesquisas, os autores finalizaram um instrumento com 32 itens relacionados ao sofrimento moral, com sete respostas para os diferentes níveis, variando entre pouco ou quase nunca (1) e alta intensidade (7). Os resultados encontrados demonstraram um total de 13 itens com intensidade maior do que cinco, como por exemplo, equipe de trabalho insuficiente, obedecer ordens médicas para realização de exames desnecessários em pacientes terminais e tratamentos de sustentação de vida que prolongam a morte.

No Brasil, um estudo de adaptação transcultural da escala para avaliação do sofrimento moral (instrumento originalmente americano), feita por Barlem et al. (2013b), definiu quatro principais motivos para o surgimento de sofrimento moral no cotidiano da enfermagem. São eles: a negação do papel da enfermeira como advogada do paciente, a falta de competência na equipe de trabalho, o desrespeito à autonomia do paciente e a obstinação terapêutica.

Ainda no mesmo estudo, em seus resultados, os autores encontraram que a variável *falta de competência na equipe de trabalho* foi a que apresentou maior frequência, sendo este o fator que provoca maior sofrimento moral nos participantes. Além disso, o sofrimento das enfermeiras estudadas apresentou maior ligação com o as ações relacionadas à equipe médica, demonstrando uma possível preocupação dessas profissionais em relação a atos de negligência e falta de comprometimento com o cuidado ao paciente

Em um estudo qualitativo que objetivou conhecer como os trabalhadores de enfermagem vivenciam o sofrimento moral no exercício da profissão, Dalmolin, Lunardi e Filho (2009), encontraram que o ambiente de trabalho apresenta-se como uma fonte de sofrimento moral. Relacionaram ao ambiente de trabalho, a falta de recursos materiais e humanos, com subsequente delegação de funções de cuidado a familiares, e os conflitos gerados pela dificuldade de relação multiprofissional existente. Além disso, a ausência de respeito ao

paciente, com sentimentos relacionados ao não comprometimento dos profissionais em relação às informações fornecidas aos pacientes, e a morte, com questões relacionadas à negligência, a relação com a família em situação de morte, e o sentimento de perda e impotência inerentes ao processo de morte.

Investigando de que forma o sofrimento moral afeta os pacientes, Corley (2002), destaca que os sentimentos de raiva e culpa, relacionados ao sofrimento moral, podem levar os enfermeiros a evitarem os pacientes. Além de evitar os pacientes, por vezes, os enfermeiros tornam-se demasiadamente solícitos, por se sentirem culpados em relação ao que está acontecendo com eles. Ainda, o aumento da dor em alguns pacientes, maior tempo de internação devido à assistência inadequada, e a utilização de táticas de enfrentamento como fuga e distanciamento em uma tentativa de amenizar o sofrimento moral.

2.2 SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E O CUIDADO ÀS CRIANES

De acordo com o *Child and Adolescent Health Measurement Initiative* (2012), cerca de 14,6 milhões de crianças e adolescentes com idades entre 0-17 anos nos Estados Unidos (19,8%) têm necessidades especiais de saúde. A prevalência de CRIANES varia de 14,4% a 26,4% em todos os 50 estados e no Distrito de Columbia. Cerca de 65% das CRIANES possuem necessidades de serviços mais complexos, que vão além de uma necessidade primária, como a prescrição de medicamentos, para a manutenção da sua condição de saúde. Em comparação com crianças que não possuem necessidades especiais de saúde (não-CRIANES), as CRIANES são mais propensas a serem do sexo masculino (49,4% vs 58,1%) e mais velhas 12-17 anos (43,2% vs 31,8%) (CAHMI, 2012).

No Brasil, não existem taxas epidemiológicas oficiais referentes a esta clientela. Sabe-se que as taxas de mortalidade caíram, porém ainda é grande o número de mortes de recém nascidos nos primeiros 30 dias de vida, cerca de 57% (BRASIL, 2012b).

Alguns estudos regionais vêm apontando para dados importantes referentes às CRIANES no Brasil. Neves-Vernier e Cabral (2006), em um estudo realizado na região Sul do Brasil, demonstraram que 58,5% das crianças atendidas em serviços de pediatria, em um hospital escola, acabaram desenvolvendo algum tipo de necessidade especial de saúde relacionadas a causas perinatais, tais como: infecções neonatais; hipóxia/anóxia neonatal; malformações congênitas; prematuridade e doenças sindrômicas.

Um estudo realizado também no Sul do Brasil encontrou entre a clientela atendida em um ambulatório de pediatria, 16% de egressos da Unidade de Terapia Intensiva, sendo que estes desenvolveram alguma necessidade especial de saúde, constituindo-se de uma clientela representativa neste serviço. Na mesma pesquisa, verificou-se que os motivos mais recorrentes de internação foram as causas respiratórias, prematuridade e disfunções neurológicas, tendo sua sobrevivência garantida pela internação no serviço de terapia intensiva (ARRUÉ; et al., 2014).

Neves e Cabral (2009) descreveram em seu estudo três fatores fundamentais para a mudança do perfil epidemiológico na infância brasileira. São eles: condições nutricionais e ambientais melhoradas na infância; implementação de estratégias e programas de saúde voltados a redução da mortalidade infantil, tais como, o Programa Nacional de Imunização, que reduziu as doenças infecciosas e imunopreveníveis; e, por último, a utilização das novas tecnologias aplicadas a saúde humana na recuperação de doenças na infância.

Além disso, o estado de saúde crônico devido a longos períodos de internação hospitalar por doenças evitáveis, as doenças complexas desenvolvidas após um período extenso de internação em terapias intensivas, e as malformações congênitas resultantes em uma necessidade de acompanhamento contínuo de serviços de saúde, são os três fatores mais importantes para a determinação das necessidades especiais de saúde (NEVES; CABRAL, 2008).

As CRIANES foram classificadas em cinco tipos, de acordo com a tipologia de cuidados que apresentam (CABRAL, 2004; NEVES-VERNIER; CABRAL, 2006; NEVES; CABRAL, 2008; MORAES; CABRAL, 2012). No primeiro tipo, encontram-se as crianças que demandam algum cuidado especial relacionado à sua condição motora ou de desenvolvimento; no segundo, as crianças que necessitam de medicações de uso contínuo para a manutenção de sua sobrevivência e qualidade de vida; no terceiro, aquelas que necessitam da utilização de recursos tecnológicos, tais como sondas, cateteres semi-implantados, cânulas de traqueostomia, entre outros; no quarto encontram-se aquelas que necessitam de cuidados habituais modificados para sua sobrevivência, necessitando de demandas para além do requerido pelas crianças habitualmente, e por fim, aquelas que possuem demandas mistas, apresentando todas essas demandas ao mesmo tempo.

Considerando as diversas demandas que as CRIANES podem apresentar, Neves e Cabral (2008) ressaltam que essas crianças possuem dois aspectos importantes a serem considerados. O primeiro diz respeito à fragilidade clínica que esta clientela apresenta, referente aos diferentes diagnósticos complexos que possuem, associados ao elevado número de internações/reinternações, com aumento da complexidade diagnóstica a cada reinternação. O

segundo, refere-se à vulnerabilidade social a que estão submetidas, uma vez que não são uma clientela reconhecida pelo sistema de saúde brasileiro, dificultando o estabelecimento de políticas públicas específicas que garantam e preservem a sua sobrevivência e seu bem estar social.

No momento da alta hospitalar, os cuidados necessários para a sobrevivência da CRIANES passam a ser responsabilidade dos familiares. Silveira e Neves (2012), destacam que o profissional de enfermagem deve preocupar-se em integrar a família no desenvolvimento deste cuidado, por meio do estabelecimento de um diálogo que possa diminuir os obstáculos que esta família irá enfrentar.

As famílias, além de saírem do hospital levando consigo suas crianças com necessidades de cuidados complexos carregam uma grande responsabilidade que envolve a apreensão de habilidades até então desconhecidas, para cuidarem de seus filhos. Assim, o cuidado de enfermagem deve enfatizar que estes cuidadores aprendam a executar técnicas necessárias para a realização do cuidado de seus filhos no domicílio (GÓES; LA CAVA, 2009).

Diante do pressuposto da articulação saúde e educação se torna responsabilidade dos profissionais de saúde praticar e atentar para a educação em saúde como um processo de construção de conhecimentos que visa à apropriação sobre o tema pela população em geral. É também considerada esta prática como contribuinte para o aumento da autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais, para alcançar uma atenção na saúde de acordo com suas necessidades (CABRAL; AGUIAR, 2003).

Em seu estudo, Moraes e Cabral (2012) descreveram que a prática da enfermagem no contexto hospitalar relacionada às CRIANES, torna-se visível diante da importância do enfermeiro como educador. A relação harmoniosa entre a mãe e a enfermeira, estabelece-se no momento da transmissão de conteúdos mediados pelo modelo pedagógico baseado no treinamento. Entretanto, ainda verifica-se a pouca valorização dos saberes relacionais nos quais baseiam-se os cuidados afetivos, causando uma invisibilidade deste profissional.

Todas essas questões apontam para a necessidade de que o cuidado a CRIANES seja estudado mediante os mais diversos aspectos, sendo de fundamental importância o estabelecimento de ações pautadas na ética da enfermagem.

Rodrigues et al. (2013), relata que uma prática da enfermagem crítica, coerente e compromissada com a dignidade humana, direcionada a criança e sua família, necessita de uma apropriação de conceitos éticos e bioéticos que visem uma dimensão científica capaz de acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico que se apresenta no cotidiano de cuidado.

Ainda, Rodrigues et al. (2013) destacam que:

A compreensão e a busca da solução dos conflitos morais emergentes na atuação junto à criança hospitalizada e sua família se fundam na valorização da vida humana como um direito inalienável e se pautam na experiência como algo significativo da relação de quem cuida e é cuidado como um projeto intencional e intersubjetivo (RODRIGUES, et al., 2013, p. 745).

Carnevale et al. (2008) destacam que os modelos legais e éticos dominantes referentes às crianças com cuidados contínuos e complexos, centram-se no estabelecimento do padrão ético sobre os melhores interesses da criança, bem como, o respeito pelas decisões de tratamento tomadas pelos pais da criança. Com isso, as considerações éticas sobre interesses das famílias como um todo tendem a ficar restritas aos momentos críticos de tomada de decisões. Ressalta-se, então, que as preocupações cotidianas, os dilemas e o sofrimento moral vivenciado por essas crianças, seus irmãos, pais, e profissionais de saúde, precisam ser iluminadas e discutidas por pesquisas futuras.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 ARTIGO 1. METODOLOGIAS QUALITATIVAS EM PESQUISA NA SAÚDE: REFERENCIAL INTERPRETATIVO DE PATRICIA BENNER

Qualitative methodologies in health research: interpretive framework of Patricia Benner².

Metodologías cualitativas en investigación en salud: referencial interpretative de Patricia Benner

Raíssa Passos dos Santos^I, Eliane Tatsch Neves^I, Franco Carnevale^{II}

^I Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria-RS, Brasil.

^{II} McGill University, Ingram School of Nursing, Montreal Children's Hospital. Montreal, Canada.

Como citar este artigo:

Santos RP, Neves ET, Carnevale F. Qualitative methodologies in health research: interpretive referential of Patricia Benner. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(1):178-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690125i>

Submissão: 16-04-2015 **Aprovação:** 27-08-2015

RESUMO

Objetivo: este artigo relata a experiência de utilização do referencial fenomenológico interpretativo de Patricia Benner em uma pesquisa de dissertação de mestrado. A fenomenologia interpretativa, pautada em referenciais filosóficos existenciais e de interpretação, possui como objetivo compreender as experiências humanas nos diversos mundos dos participantes da pesquisa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com nove enfermeiros, nos meses de novembro e dezembro de 2014. **Resultados:** o processo de análise dos dados, de acordo com o referencial de Benner, segue os passos: transcrição, codificação, análise temática e busca por casos paradigmáticos e exemplares. Para tanto, os conhecimentos prévios dos pesquisadores fazem parte da estrutura do projeto interpretativo, constituindo as vias de condução do estudo. **Conclusão:** o uso desse referencial teórico e metodológico constituiu-se em um desafio para a pesquisadora, porém demonstrou potencial

²Artigo publicado no Periódico Revista Brasileira de Enfermagem na edição 01 de jan-fev de 2016 – Decisão editorial (ANEXO B)

ímpar para o desvelamento de fenômenos existenciais relacionados ao cotidiano dos participantes.

Descritores: Metodologia; Método; Pesquisa Qualitativa; Enfermagem; Ética em Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: this article reports on the experience of using the interpretive phenomenological framework of Patricia Benner in a Brazilian context. Benner's interpretive phenomenology, based on existential and interpretative philosophy, aims to understand human experiences in the particular worlds of research participants. Data were collected through interviews with nine nurses in November and December 2014. **Results:** data analysis process according to Benner's framework consisted of: transcription, coding, thematic analysis, and search for paradigmatic cases and examples. Therefore, the prior knowledge of the researcher is an important part of the study, consisting in manners of the research conduction. **Conclusion:** The use of this methodological framework entailed a great challenge for the researcher, however, it also enabled a unique opportunity to illuminate important existential phenomena related to the daily lives of research participants.

Keywords: Methodology; Method; Qualitative Research; Nursing; Nursing Ethics.

RESUMEN

Objetivo: este artículo relata la experiencia de utilización del referencial fenomenológico interpretativo de Patricia Benner en una investigación de disertación de maestría. LA fenomenología interpretativa, pautada en referenciales filosóficos existenciales y de interpretación, posee como objetivo comprender las experiencias humanas en los diversos mundos de los participantes de la investigación. Los datos fueron recogidos por medio de entrevistas con nueve enfermeros, en los meses de noviembre y diciembre de 2014. **Resultados:** el proceso de análisis de los datos, de acuerdo con el referencial de Benner, sigue los pasos: transcripción, codificación, análisis temático y búsqueda por casos paradigmáticos y ejemplares. Para tanto, los conocimientos previos de los investigadores forman parte de la estructura del proyecto interpretativo, constituyendo las vías de conducción del estudio. **Conclusión:** el uso de ese referencial teórico y metodológico constituye en un desafío para la investigadora, sin embargo demostró excelente potencial para el desarrollo de fenómenos existenciales relacionados al cotidiano de los participantes.

Palabras clave: Metodología; Método; Investigación Cualitativa; Enfermería; Ética en Enfermería.

INTRODUÇÃO

O reconhecimento da pesquisa qualitativa no campo das ciências da saúde, bem como a sua popularidade, tem aumentado de maneira significativa nas últimas décadas⁽¹⁻²⁾. Sabe-se que, historicamente, a abordagem quantitativa foi predominante na área da saúde, sendo de extrema importância para o entendimento de dados sobre populações, questões relacionadas a doenças, e a ocorrência de certos problemas de saúde⁽²⁾.

O crescimento da popularidade da pesquisa qualitativa vem demonstrando uma crise nas avaliações epidemiológicas tradicionais conhecidas nas ciências da saúde. A pesquisa qualitativa, amplamente narrativa, firma-se, fundamentalmente, em dados baseados na linguagem e comportamento, os quais a relevância não é significativa através de cálculos numéricos e procedimentos estatísticos⁽³⁾.

Nesse contexto, diversas tradições qualitativas emergiram, tais como teoria fundamentada nos dados, fenomenologia, hermenêutica, etnografia, teorias feministas, pós-estruturalismo crítico, etnometodologia, pós-moderna, narrativas, entre tantas outras. Cada uma delas possui metodologias distintas e específicas para coleta e análise dos dados⁽⁴⁾.

A fenomenologia, iniciada por Husserl, nasce como um movimento filosófico que se preocupa com a dimensão subjetiva dos fenômenos presentes na natureza humana e possui, nesse momento, um caráter puramente descritivo. Neste processo, o foco é descrever os fenômenos da forma como eles apresentavam-se em sua essência. Husserl estava interessado em conhecer os fenômenos da existência humana através da percepção⁽⁵⁾.

Na fenomenologia hermenêutica, Heidegger acrescenta às ideias de Husserl a noção de “estar no mundo” como a forma na qual os seres humanos estão situados significativamente no mundo através do tempo. Ainda, Heidegger afirma que a interpretação constitui-se em um processo crucial para chegar à compreensão. Este processo interpretativo é alcançado através do círculo hermenêutico, que se move das partes da experiência para o todo, e volta-se para as partes, e assim por diante, dando profundidade à compreensão⁽⁵⁾.

Dentre os diversos campos de investigação fenomenológica, este artigo tem como objetivo relatar a experiência de utilização da metodologia qualitativa interpretativa com o referencial de Patricia Benner. Trata-se de uma pesquisa vinculada a uma dissertação de mestrado, intitulada: “Sofrimento moral e as vivências morais de enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde”, a qual foi desenvolvida em um período de estágio sanduíche na Universidade McGill, em Montreal, Canadá, sob orientação do professor Dr. Franco Carnevale. Essa dissertação encontra-se em fase de conclusão e foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da instituição.

A FENOMENOLOGIA INTERPRETATIVA DE PATRICIA BENNER

O método fenomenológico interpretativo, descrito por Benner, pauta-se nos conceitos filosóficos de busca pela compreensão da condição humana, das experiências vividas e das formas sobre como nós conhecemos e compreendemos o mundo⁽⁶⁾. Estes conceitos são advindos da fenomenologia existencial dos filósofos Kierkegaard, Heidegger, Merleau-Ponty, Wittgenstein, Dreyfus e Taylor, bem como da hermenêutica tradicional⁽⁶⁾.

Com o objetivo de estudar os fenômenos em sua essência, o fenômeno e o seu contexto estruturam o projeto interpretativo de compreensão do mundo dos participantes e dos eventos referentes a ele. O pesquisador interpretativo deve criar um diálogo entre os conceitos práticos e as experiências vividas ligando raciocínio e imaginação ao mundo dos participantes⁽⁶⁾.

Ao utilizar-se do método fenomenológico interpretativo, o pesquisador busca compreender o mundo dos conceitos, hábitos e práticas apresentadas por meio das narrativas dos participantes e de ações específicas. Estas compreensões são, então, utilizadas para contrastar similaridades e diferenças inseridas nas falas dos participantes e em ações específicas⁽⁶⁾.

Compreender as inquietações humanas, os significados, a aprendizagem experiencial, o comportamento prático hábil do dia a dia, quando eles estão funcionando sem problemas ou estão em crise, é o objetivo em oposição à explicação ou previsão por meio de leis casuais e proposições teóricas formais⁽⁶⁾. Desta forma, reconhece-se que, nas ciências humanas, a compreensão torna-se mais rica do que apenas a explicação, tendo em vista que a compreensão liga-se mais profundamente às experiências humanas e seus significados⁽⁶⁾.

Para Benner, os pesquisadores interpretativos devem interessar-se pelas distinções e afinidades entre os diversos mundos dos participantes estudados. Para isso, deve compreender em que condições humanas, e os pontos em comum, essas semelhanças se tornam possíveis.⁽⁶⁾

Benner⁽⁶⁾ descreve cinco fontes de semelhanças que devem ser exploradas pelo pesquisador interpretativo nas narrativas dos participantes:

- 1) *Situação*: compreensão de como os indivíduos colocam-se nas diversas situações, considerando sua história e contexto atual;
- 2) *Corporeidade*: compreensão dos indivíduos como um corpo dotado de conhecimentos, práticas e habilidades;
- 3) *Temporalidade*: considera a experiência vivida como uma maneira de projetar-se no futuro e compreender-se no passado, porém não de uma maneira linear, e sim considerando a experiência vivida na sua temporalidade;

- 4) *Preocupações*: a maneira como o indivíduo está situado significativamente na situação, o que realmente importa para a pessoa;
- 5) *Significados em comum*: significados linguísticos e culturais comuns que se apresentam e mostram quais seriam os possíveis problemas, acordos e desacordos entre as pessoas⁽⁶⁾.

Nesse sentido, os conhecimentos prévios dos pesquisadores fazem parte da estrutura do projeto interpretativo, constituindo as vias de condução do estudo. Para isso, o pesquisador precisa desenvolver a habilidade de engajar-se, por meio do raciocínio clínico, nas diversas situações narradas pelos participantes. Entretanto, é parte central nesse processo que o pesquisador tenha a habilidade de manter um movimento constante de ida e volta a seus conceitos iniciais, compreendendo que dúvidas e interpretações equivocadas fazem parte do processo de busca por uma compreensão o mais ampla possível⁽⁶⁾.

PROCEDIMENTOS DE COLETA, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para o desenvolvimento do projeto de pesquisa, teve-se como objetivo inicial compreender as vivências de sofrimento moral de enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde. A elaboração desse objetivo deu-se a partir da pergunta de pesquisa: como o sofrimento moral se apresenta no cotidiano de trabalho de enfermeiros que cuidam dessas crianças? Este estudo teve sua coleta dos dados realizada nos meses de novembro e dezembro de 2014.

O fenômeno e o seu contexto conformam o projeto interpretativo de entender o mundo vivido dos participantes da pesquisa. Nas bases da linha de investigação, o pesquisador pode utilizar-se de fontes de texto e um grupo de situações que podem incluir entrevistas individuais ou em grupo, observação participante, documentos, entre outras fontes de dados. Ainda, por buscar a compreensão, múltiplas entrevistas são possíveis para que o entrevistador tenha a oportunidade de revisar cuidadosamente e revisitar o material para o desenvolvimento de uma próxima entrevista. Isso permite que o pesquisador e o participante tenham uma segunda chance na busca pela compreensão do fenômeno e tantas outras quantas forem necessárias⁽⁶⁾.

Utiliza-se a entrevista como uma estratégia pela qual o pesquisador poderá acessar o mundo do participante, buscando a compreensão do objeto de estudo inserido no contexto do vivido⁽⁶⁾. O objetivo da entrevista, na fenomenologia interpretativa, é estabelecer um diálogo verdadeiro entre pesquisador e participante. Nesse movimento dialógico, o pesquisador está imerso no compromisso de ouvir e representar a voz do participante. Assim, o pesquisador precisa desenvolver um processo crítico-reflexivo, possibilitando uma abertura entre este e o

participante do estudo; além de exercitar a habilidade de ouvir questionamentos e enfrentar desafios para as suas questões iniciais da pesquisa, as quais ele não considerava previamente ao encontro com o contexto do estudo⁽⁶⁾.

A utilização da entrevista, com o intuito de reconhecer e dar a voz aos participantes da pesquisa, foi desenvolvida buscando o relato das histórias de seus mundos e conceitos práticos a fim de que eles descrevessem, de forma natural, a sua prática cotidiana de cuidado. O papel do relato das histórias é central na fenomenologia interpretativa, pois quando as pessoas constroem suas próprias histórias, elas podem imergir em suas experiências mais imediatas, e o risco de se criar generalizações ou ideologias é diminuído⁽⁶⁾.

Os momentos de entrevistas exigiram concentração e escuta atenta da pesquisadora, uma vez que os participantes, em suas individualidades, variaram entre aqueles que tinham muito a dizer, o que necessitou por parte da pesquisadora uma escuta cautelosa para que o objeto de estudo continuasse a perpassar e permear o diálogo e, também, aqueles que responderam de forma objetiva, necessitando um esforço por parte da pesquisadora para que o objeto de estudo fosse aprofundado, porém sem interferência de conceitos preestabelecidos pela pesquisadora na fala dos participantes. Para tanto, questões como: “como foi isso pra você?”; “você poderia me explicar mais sobre isso?”; “o que você acha que isso significa pra você?”; foram utilizadas para que os participantes pudessem imergir mais profundamente em suas experiências, dando clareza à narrativa.

Durante esse processo, houve momentos de incerteza e preocupação por parte da pesquisadora em relação ao alcance dos objetivos da pesquisa. Este momento exigiu concentração, momentos de leitura, bem como reuniões com os professores orientadores, os quais destacaram que a condução das entrevistas estava ocorrendo de maneira satisfatória. Porém, o movimento de busca pelo objeto de estudo para os fenômenos apresentados pelos participantes deveria ser explorado o máximo possível. O diálogo interpretativo começa com a primeira entrevista e, a partir disso, a coleta dos dados, a investigação e a análise não caminham mais separados, permitindo que o pesquisador estabeleça linhas de investigação constituídas pelos próprios dados empíricos, assegurando a qualidade da pesquisa⁽⁶⁾.

Dessa forma, reconhece-se que, para além das dimensões do objeto de pesquisa inicial, existiam outras dimensões ampliadas que foram descritas pelos participantes, em um movimento no qual a questão de pesquisa lançada, inicialmente, fosse confrontada. Isto propiciou espaço e oportunidade para que o fenômeno estudado mostrasse as suas diversas facetas. Neste sentido, as entrevistas foram conduzidas de maneira a ouvir o que importava para os participantes, engajando-se na necessidade de ouvi-los.

Isto significa que nem sempre suas falas estavam centradas no sofrimento moral, entretanto, houve um interesse por parte da pesquisadora em aprofundar os pontos pertinentes para os participantes, considerando os conhecimentos prévios da mesma quanto às questões éticas do cuidado. Nesse sentido, as narrativas dos participantes trouxeram situações de sofrimento moral, relacionadas, por exemplo, ao sentimento de impotência referente à impossibilidade de uma tomada de atitude que diminua a dor da criança, a dificuldade em lidar com a morte na infância, as dificuldades na relação com a equipe médica, entre outros. Ainda, no movimento de compreensão, situações associadas à satisfação profissional ao ver o retorno positivo do tratamento da criança, o sentimento de compartilhamento de dilemas com os colegas de trabalho que reafirma a moralidade das ações da enfermagem e a agência moral dos enfermeiros em relação aos pacientes pediátricos, advogando em prol do bem-estar da criança, foram analisadas e incluídas nos resultados como uma dimensão que amplifica a compreensão sobre o sofrimento moral e o engajamento dos enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde.

Esse momento configura-se como um momento fundamental na fenomenologia interpretativa, pois reafirma que a análise dos dados não se constitui de uma etapa que ocorre isolada do momento de coleta. Isto porque o pesquisador utiliza-se de seus conhecimentos anteriores para desenhar os rumos da pesquisa, porém compromete-se com a não imposição de pressupostos aos fenômenos estudados, permitindo que os mesmos assumam diversas conformidades⁽⁶⁾. Na investigação hermenêutica, há sempre uma preocupação em desenvolver um movimento cíclico “corretamente”, considerando a maneira como o pesquisador compreendia o fenômeno anteriormente. Entretanto, é necessário que este esteja aberto a respeitar a possibilidade de que o fenômeno estudado mostre-se de formas diferentes durante a interpretação⁽⁷⁾.

Ao final do processo de coleta de dados, nove entrevistas foram realizadas. O momento de encerrar as entrevistas, em uma abordagem fenomenológica, pode ser entendido como aquele em que as falas dos participantes possuem estruturas suficientes para que a compreensão do objeto de estudo obtenha a máxima clareza, tendo, assim, os seus sentidos desvelados e os objetivos alcançados⁽⁸⁾.

Após a transcrição das entrevistas, houve, primeiramente, uma leitura inicial e superficial de cada uma delas. Em seguida, foi realizada uma leitura atenta e cuidadosa de cada uma das entrevistas em separado para que a essência de cada um dos participantes pudesse ser captada. A leitura individual de cada entrevista constitui-se em uma etapa importante na

fenomenologia interpretativa, uma vez que se busca pela apreensão dos significados dos fenômenos em sua individualidade, considerando a subjetividade de cada participante⁽⁶⁾.

A leitura de toda a entrevista é feita para que se tenha um entendimento global sobre a história e, em seguida, tópicos, preocupações e eventos são selecionados para uma leitura mais detalhada do texto⁽⁶⁾. Nesta etapa, busca-se através da leitura cautelosa encontrar em cada uma das entrevistas códigos que identifiquem partes importantes a serem observadas no texto. Os códigos correspondem a um olhar mais focado em uma parte específica da narrativa, podendo-se fazer uma analogia ao que seria um *zoom* óptico em uma determinada parte do texto. A codificação ocorreu em todas as entrevistas separadamente.

Destaca-se que o processo de codificação não teve fim nesta etapa, sendo que, a cada novo olhar da pesquisadora sobre os dados apresentados pelas entrevistas, os códigos podiam ser alterados, visto que o processo de interpretação não possui um limite estabelecido de início, meio e fim, mas, sim, conforma-se como um processo cíclico de compreensão, interpretação, e crítica⁽⁶⁾. Deve-se criar um movimento sistemático entre as partes e o todo do texto, permitindo que o pesquisador verifique a existência de incongruências e unifique conceitos repetidos⁽⁶⁾.

Durante essa etapa, houve por parte da pesquisadora um reconhecimento de que as vivências descritas pelos participantes possuíam uma amplitude de significados para além do sofrimento moral. Dessa maneira, percebeu-se que para além das vivências de sofrimento moral, os participantes trouxeram em suas falas diversas situações envolvendo vivências morais que não podem ser desconectadas para a compreensão de uma forma o mais profunda possível. Ressalta-se que a explicação sobre os conceitos de sofrimento moral e vivência moral vão além dos objetivos deste trabalho, portanto, não serão abordadas nesse momento.

Assim, além dos fenômenos relacionados ao sofrimento moral, as situações descritas pelos participantes referentes às vivências morais também foram analisadas nesta pesquisa, revelando-se como um novo objeto de estudo. Esse movimento é de extrema importância, pois se considera que o *design* do projeto interpretativo deve possuir abertura suficiente para que as questões iniciais do pesquisador sejam confrontadas, alteradas e reformuladas ao longo do processo de interpretação⁽⁶⁾.

Após a codificação de cada entrevista, foi elaborado um resumo para cada uma das narrativas dos participantes, utilizando-se os itens codificados. O resumo das entrevistas possibilita que o pesquisador, apesar de focado em partes importantes do texto, não desconsidere o todo, facilitando o movimento de ida e vinda entre as partes importantes destacadas e o todo, processo esse de extrema importância na interpretação.

Ao final da codificação de cada entrevista, os códigos semelhantes foram agrupados em categorias dentro das entrevistas. Essas categorias de significado constituíram-se do agrupamento dos códigos que descreviam situações relacionadas aos mesmos fenômenos descritos pelos participantes.

Para a análise, tem-se como estratégia identificar estruturas e processos presentes nas narrativas, que são aspectos que apresentam semelhanças e contrastes nos diversos mundos dos participantes. Com isso, objetiva-se na leitura minuciosa e atenta dos textos a busca por casos paradigmáticos e exemplares⁽⁶⁾.

Os casos paradigmáticos constituem-se de exemplos sólidos de conceitos ou padrões particulares. Ao identificar um caso paradigmático, o pesquisador tem a possibilidade de entender como os conceitos são colocados em prática no mundo vivido, sendo este caso uma possibilidade de um entendimento o mais amplo possível da percepção do fenômeno⁽⁶⁾. Os casos paradigmáticos auxiliam o pesquisador interpretativo por meio de um exemplo rico de significados advindos da narrativa da vivência do participante que amplificam a compreensão sobre como um determinado fenômeno pode ocorrer⁽⁹⁾. Neste estudo, dois casos paradigmáticos foram encontrados, os quais auxiliaram a elucidar como as vivências morais dos enfermeiros apresentam-se a partir dos diversos níveis de engajamento desses profissionais em sua prática assistencial.

Os casos exemplares, por sua vez, auxiliam o pesquisador a demonstrar intenções e conceitos dentro dos diversos contextos e situações em que o objetivo atribuído sobre a situação pode ser diferente⁽⁸⁾. A maior parte da análise desse estudo baseia-se na compreensão dos exemplares encontrados nos textos. Uma vez que o pesquisador tenha encontrado padrões de significados e situações em comum, os exemplares devem ser extraídos do texto para demonstrar as semelhanças e diferenças entre as experiências vividas encontradas nas narrativas dos participantes⁽⁶⁾.

Após a análise interpretativa de cada uma das entrevistas, volta-se o olhar para o todo buscando por temas que abranjam o conjunto. A análise temática na fenomenologia interpretativa possui o objetivo de procurar por padrões de significados, exemplos ou conceitos que devem ser considerados mais do que apenas unidades elementares, como palavras ou frases⁽⁶⁾. Além disso, tem-se na análise temática a tentativa de articular as compreensões amplas advindas da constante comparação e leitura lado a lado de diferentes casos paradigmáticos e exemplares⁽⁷⁾. Neste estudo, quatro temas relacionados às vivências morais foram elencados e descritos na análise dos dados.

CONCLUSÃO

A utilização da fenomenologia interpretativa para o desvelamento e compreensão do objeto desta pesquisa demonstrou ser um referencial teórico e metodológico rico, além de potencialmente capaz de contribuir para o melhor entendimento da prática de enfermagem relacionada ao cuidado ético em pediatria. Verificou-se que a utilização da interpretação pautada no referencial de Benner desvelou significados ainda não explorados e que foram identificados com importantes repercussões no cuidado de enfermagem, bem como na qualidade de vida das crianças com necessidades especiais de saúde.

Ainda, a utilização do referencial apresentou diversos desafios relacionados à necessidade de tradução livre de conceitos devido ao fato de ainda não existirem traduções oficiais desse referencial na língua portuguesa.

Destaca-se que este referencial preocupa-se em compreender experiências humanas, como também os significados dessas experiências para os diversos atores dos cenários de estudo, posicionando os seres humanos como centro da investigação. Desta forma, além da enfermagem, diversos campos de investigação podem interessar-se por essa metodologia para o alcance de seus objetivos.

Sugere-se que outros estudos utilizando este referencial sejam realizados no Brasil com vistas à possibilidade de contribuição para a Ciência da Saúde e da Enfermagem, bem como outras pesquisas que busquem a compreensão das habilidades, conceitos, práticas, e mundos dos diferentes atores no campo da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Macdonald ME. Growing quality in qualitative health research. *IJQM*. 2009; 8(2). [cited 2015 Feb 21]. Available from: <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/6395/5399>
2. Hills M. Human Science research in public health: The contribution and assessment of a qualitative approach. *Can J Publ Health* 2000; 91(6): I4 – I7. [cited 2015 Feb 21]. Available from: <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/35/35>
3. Eakn JM, Mykhalovskiy E. Reframing the evaluation of qualitative health research: reflections on a review of appraisal guidelines in the health sciences. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2003; 9 (2): 187–194. [cited Feb 21]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2753.2003.00392.x/epdf>
4. Carnevale FA. Authentic qualitative research and the quest for methodological rigor. *CJNR*. 2002; 34(2): 121-128.
5. Laverty SM. Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *IJQM*. 2003; 2(3): 21-35. [cited Feb 21]. Available from: https://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_3final/pdf/laverty.pdf
6. Benner P. *Interpretative phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Newbury Park (CA): Sage; 1994.

7. Benner P, Tanner CA, Chesla CA. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement, and ethics*. 2nd ed. New York: Springer; 2009.
8. Paula CC, Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO, Cabral IE. [Driving modes of the interview in phenomenological research: experience report.] *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(3): 468-72. Portuguese. [cited 2015 Feb 21]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0468.pdf>

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO E DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Por meio da literatura existente, e conhecimento pessoal da pesquisadora considerou-se, nessa esta pesquisa, as unidades de internação pediátricas como locais de grande convívio dos enfermeiros com as crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias, uma vez que, caracterizam-se como crianças que possuem um grande número de internações/reinternações, bem como internações de longa duração, devido ao seu estado de saúde fragilizado (NEVES E CABRAL 2008). Isto posto, vê-se nas unidades hospitalares um cenário rico em vivências morais vindas do cotidiano de cuidado desses profissionais relacionados a esta clientela. Além disso, o cenário hospitalar por constituir-se de um cenário complexo, de alta demanda tecnológica, apresentando aos enfermeiros situações complexas de cuidado, e que requerem grande demanda de tomada de decisão por parte desses profissionais. Para a realização desse estudo, foram elencadas três unidades hospitalares de internação pediátrica de um hospital do sul do Brasil. São elas: Unidade de Internação Pediátrica (UIP), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

Esta instituição trata-se de um hospital de médio porte, público, federal, que atende média e alta complexidade desde sua fundação, em 1970. É referência em saúde para a região centro-oeste do Rio Grande do Sul. Caracteriza-se como hospital de ensino, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e extensão, e assistência em saúde (HUSM, 2014).

A UIP situa-se no sexto andar do hospital, possui dezesseis leitos distribuídos em uma enfermaria de três leitos, duas enfermarias de cinco leitos, uma enfermaria de dois leitos e um quarto com um leito para isolamento.

A equipe de enfermagem da UIP é formada por sete enfermeiras, treze auxiliares de enfermagem e dez técnicos de enfermagem distribuídos nos diferentes turnos, além disso, conta com médicos, fisioterapeutas, psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, assistente social e odontólogo.

A UTIN possui dezoito leitos distribuídos em alto risco (1-10) e risco intermediário (11-18). Ainda, dentre os leitos de alto risco ressaltasse que três destes estão destinados a pacientes externos e/ou que necessitem de isolamento, existindo sala específica para esta população. A equipe é composta por dez médicos, dois fisioterapeutas, uma psicóloga, onze enfermeiros e trinta e oito técnicos e auxiliares de enfermagem.

A UTIP possui cinco leitos todos de alto risco sendo dois desses utilizados como isolamento quando necessário. A equipe possui sete médicos, dois fisioterapeutas, uma psicóloga, seis enfermeiros e dezesseis técnicos e auxiliares de enfermagem.

Destaco que as três unidades ficam localizadas no mesmo andar do hospital cenário dessa pesquisa. Apesar de terem peculiaridades referentes a cada um dos serviços, estas unidades atuam de forma quase que integrada, na qual existem movimentos de ida e vinda dos pacientes, bem como, comunicação frequente entre membros das diferentes equipes.

Os participantes desse estudo foram enfermeiros que pertenciam ao quadro funcional efetivo das unidades de internação e cuidado intensivo pediátrico e neonatal do referido hospital. Foram excluídos desse estudo enfermeiros que se encontrassem em afastamento por motivos de atestado médico ou férias, durante o período de coleta de dados.

Registro que a aproximação com os ambientes teve facilidades e desafios de acordo com as singularidades de cada um. Na aproximação com a UIP, não encontrei dificuldades pela familiaridade com o ambiente devido à realização de estágios curriculares e extra curriculares na unidade. Essa familiaridade proporcionou-me possibilidade de utilizar salas separadas, bem como a empatia com a equipe como um todo.

Nos cenários de UTIN e UTIP, apesar de não serem completamente desconhecidos, devido a conexão existente entre as três unidades no mesmo andar, vi-me com um novo indivíduo, criando a necessidade de ambientar-me mais ainda nesses serviços. Por meio de diversas visitas para apresentação dos objetivos da pesquisa, bem como mediante autorização da chefia de enfermagem do serviço para a realização do estudo, apresentei-me para os enfermeiros como aluna do curso de mestrado e ressaltéi as possíveis contribuições da pesquisa, tais como a construção de um conhecimento que possa aperfeiçoar o cuidado em enfermagem pediátrica.

Assim, considero que fui bem recebida pelos serviços, não possuindo dificuldades de ambientação e condução da pesquisa. A empatia já existente e reforçada pela aproximação gerou confiança e expectativa pelos enfermeiros das unidades, ao referirem-se ao projeto como algo importante e que pode trazer benefícios para a prática assistencial da enfermagem pediátrica.

A escolha dos participantes foi feita de forma intencional, considerando as suas diferentes características de tempo de serviço, tempo de formação, idade e sexo. A escolha intencional da amostra em pesquisa qualitativa explica-se pelo caráter de busca de entendimento, o maior possível, do fenômeno que está sendo estudado. Para tal, é necessário que a amostra seja constituída de casos ricos em informações passíveis de desvelar o fenômeno

que se objetiva no projeto qualitativo (MINAYO, 2010). Além disso, considerando-se o objetivo de desvelar os pontos em comum e as diferenças dos diversos mundos participantes da pesquisa interpretativa (BENNER, 1994), a escolha intencional dos enfermeiros contempla os objetivos do projeto interpretativo.

Os enfermeiros foram convidados a participar do estudo, mediante convite feito pessoalmente pela pesquisadora, em seus respectivos locais de trabalho. No momento do convite, foi informado aos participantes que a entrevista não precisava ocorrer naquele momento, e que o local para a realização poderia ser em outro local de sua livre escolha. Este momento configurou-se como o primeiro momento de aproximação da pesquisadora com os participantes, e a postura disponível e flexível da pesquisadora foi importante para que vínculo com os participantes fosse estabelecido. Foi explicado também, que devido a metodologia utilizada para esta pesquisa, os enfermeiros precisariam reservar em torno de uma hora para a realização da entrevista, evitando assim que possíveis interrupções comprometessem a qualidade dos dados coletados, bem como, possíveis constrangimentos para os participantes.

No entanto, todos os enfermeiros dessa pesquisa solicitaram que a pesquisadora retornasse aos seus locais de trabalho para a realização da entrevista em um outro momento que considerassem mais oportuno para eles, como por exemplo, quando estivessem acompanhados por outro colega enfermeiro, ou durante plantões noturnos, nos quais a disponibilidade de tempo para a realização da entrevista seria maior. Duas entrevistas precisaram ser remar cadas, mais de uma vez, pelo fato de que os participantes haviam esquecido do encontro com a pesquisadora. Este momento configurou-se como um grande desafio para a pesquisadora, pois foi necessária paciência e dedicação para que o vínculo criado não fosse rompido, garantindo a participação e colaboração dos enfermeiros na pesquisa.

As entrevistas ocorreram em diversos turnos de trabalho dos enfermeiros, em suas respectivas unidades de atuação. Foi necessário que a pesquisadora providenciasse uma sala reservada nas unidades para a realização das entrevistas, garantindo privacidade e conforto aos participantes do estudo. Ainda, mesmo que em sala reservada, algumas entrevistas tiveram momento de interrupção por ser uma sala de uso comum da equipe da unidade. Entretanto, não foram consideradas interrupções que comprometessem a qualidade dos dados.

As nove entrevistas realizadas foram transcritas, sob dupla transcrição independente (pesquisadora e aluno de iniciação científica), e totalizaram cerca de seis horas de áudio. Esse processo é importante para que possíveis erros durante a transcrição possam ser corrigidos através da comparação das narrativas transcritas.

3.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Benner considera que o mundo e preocupações práticas dos participantes devem disparar as questões iniciais (BENNER, 1994). Assim, para que o diálogo fosse iniciado, a seguinte questão foi colocada aos participantes: *“referente ao seu dia-a-dia aqui na unidade (pediátrica, neonatal, intensiva pediátrica) você poderia me contar sobre alguma situação em que você sentiu que sabia qual era a atitude correta a ser tomada, porém por algum motivo, sentiu-se impedido de realizar essa ação”*. Ao utilizar-se de uma pergunta ampla e aberta, buscou-se pelas situações nas narrativas referentes ao sofrimento moral. Todavia, destaca-se que, na pergunta, não está implicada a obrigatoriedade de que os participantes tivessem de fato alguma vivência relacionada a este fenômeno, mantendo a fidelidade com a metodologia utilizada.

No momento da coleta dos dados, senti também a necessidade de refazer algumas entrevistas, para que tivesse uma segunda chance de dar mais clareza às narrativas, pois acreditava que isso poderia ajudar na compreensão sobre porque o sofrimento moral não era o único foco das narrativas dos participantes. Entende-se que, o projeto interpretativo tem o objetivo de desvelar os fenômenos estudados o mais claramente possível. Para tal, considera a possibilidade de que múltiplas entrevistas sejam realizadas com o mesmo participante, constituindo-se essa de uma nova chance para o pesquisador rever pontos que não ficaram claros, desfazer possíveis desentendimentos, e avançar na compreensão do mundo dos participantes da pesquisa (BENNER, 1994).

Destaco, que no momento da realização da primeira entrevista, todos os participantes foram esclarecidos sobre a possibilidade de uma nova entrevista ser realizada. A partir disso, acionei um dos participantes para uma nova entrevista, e expliquei a situação. A entrevista foi realizada duas semanas após a primeira, na mesma sala, durante o plantão.

Durante a entrevista, percebi que as situações descritas pela participante continham o mesmo teor de significados da entrevista anterior, descrevendo situações cotidianas relacionadas aos fenômenos já citados anteriormente. Entendeu-se, que novas entrevistas para o mesmo participante, não trariam mudanças notáveis na qualidade dos dados da pesquisa.

A análise realizada compreende duas etapas do processo interpretativo: a análise compreensiva e análise interpretativa. Na análise compreensiva, os significados presentes nas narrativas dos participantes são descritos, utilizando-se a descrição dos exemplares encontrados nos dados. Na análise interpretativa, considera-se que existe um salto no nível de abstração da análise realizada, onde os significados descritos pelos participantes passam a ter sentido a partir

da utilização dos conhecimentos prévios da pesquisadora. Na interpretação, existe o compromisso pelo alcance dos sentidos e a busca por padrões que possam desvelar a compreensão sobre como o fenômeno pesquisado é vivenciado pelos participantes. Assume-se que os momentos de compreensão e interpretação não ocorrem separadamente, porém, constituem-se de níveis diferentes de análise do estudo fenomenológico interpretativo (BENNER, 1994).

Portanto, este estudo teve a compreensão do objeto de pesquisa baseado no fenômeno: *Engajamento das enfermeiras em suas relações ético-profissionais e vivências morais relacionadas ao cuidado de enfermagem pediátrica*. A partir disso, quatro temas, com respectivos subtemas serão apresentados nos resultados.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo foi apresentado e aprovado pela Direção de Ensino e Pesquisa da instituição onde os dados foram coletados. Após, foi submetido à Plataforma Brasil (PB) para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria, o qual após realização de ajustes solicitados pelo comitê, obteve aprovação no dia 23 de outubro de 2014, sob número de CAAE: 36618114.4.0000.5346 (ANEXO A).

Para o desenvolvimento da pesquisa foram observados os aspectos éticos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013) e o termo de confidencialidade dos dados foi assinado (APÊNDICE A). Aos enfermeiros que aceitaram participar do estudo, foi destacada a importância de sua participação, a questão ética e a livre escolha dos mesmos em participar, podendo abandonar o estudo assim que sentirem vontade, sem acarretar em nenhum tipo de prejuízo.

Aos participantes deste estudo, foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). O TCLE foi entregue aos participantes, em duas vias, ficando uma para o participante e outra para a pesquisadora, constando a assinatura de ambos. No termo, estão expressas as informações sobre a coleta, análise e divulgação das informações, bem como a preservação do anonimato de suas identidades.

Para a preservação do anonimato dos participantes, foram utilizados códigos associando letras a cada um dos participantes, e a numeração utilizada foi feita aleatoriamente. Assim, na descrição dos resultados dessa pesquisa, foram atribuídos aos participantes a letra **E** (enfermeira) e **P** para pesquisadora.

Ainda, foi esclarecido aos participantes que os riscos desta pesquisa estavam relacionados a possibilidade dos mesmos estarem expostos a situações que pudessem vir à tona nas lembranças e provocassem constrangimentos, despertando sentimentos indesejados. Assumiu-se que, em caso de mobilizar sentimentos e reações indesejados, a entrevista seria interrompida e, se necessário, a pessoa encaminhada ao serviço de referência da instituição, conforme acordo prévio com a equipe.

Acredito ser importante salientar que, durante o momento das entrevistas, um dos participantes apresentou manifestações de choro relacionado a lembranças de momentos de sofrimento durante o trabalho na unidade. Neste momento, houve por parte da pesquisadora uma postura compreensiva, sugerindo que a entrevista poderia ser finalizada e realizada em outra oportunidade. Entretanto, a participante mostrou-se tranquila e pediu que a entrevista prosseguisse, sem necessidade de nenhuma intervenção. Ainda, a participante relatou que o momento da entrevista constitui-se de um momento muito importante, pois caracterizou-se como uma oportunidade de falar sobre o seu cotidiano e coisas que são difíceis no seu dia-a-dia, descrevendo a entrevista de forma positiva, como um momento de “desabafo”.

Os benefícios relacionados a esta pesquisa ocorrem de forma indireta. Por meio do conhecimento científico produzido, tem-se a possibilidade de repensar a prática assistencial da enfermagem, e fortalecer da qualidade do cuidado prestado às CRIANES.

Ressalta-se que, é dever do pesquisador assegurar a proteção dos direitos ao ser humano envolvido na pesquisa, mantendo o sigilo e anonimato, assim como preservar os valores morais, assegurar a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento. Além disso, promover bem-estar e a segurança para que o ser pesquisado não seja afetado por nenhum tipo de dano físico e mental (POLIT; BECK, 2004).

Os dados da pesquisa são considerados confidenciais, sendo divulgados apenas para fins de ensino e pesquisa. As transcrições das entrevistas ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora orientadora deste estudo, guardados por cinco anos, na sala 1336, do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, localizado na Av. Roraima, n. 1000, bairro Camobi. Santa Maria – RS. CEP: 97105-900. Também foi constituído um banco de dados para possíveis releituras em estudos futuros.

3.5 RIGOR METODOLÓGICO

O rigor metodológico desse estudo foi estabelecido através dos testes de rigor metodológico na pesquisa qualitativa descritos por Sandelowski (1986).

Sandelowski (1986) descreve que a qualidade dos estudos qualitativos pode ser assegurada através do estabelecimento da credibilidade, da aplicabilidade, da consistência, e da confiabilidade e neutralidade.

Credibilidade – para Sandelowski (1986), o pesquisador aproxima-se da verdade na pesquisa qualitativa quando aproxima-se dos participantes do estudo, descrevendo e interpretando seu próprio comportamento e reflexões em relação ao comportamento dos participantes e dos dados obtidos. Buscou-se a aproximação com a verdade nesta pesquisa por meio da utilização da paráfrase dos participantes durante as entrevistas, bem como, a escuta reflexiva de seus depoimentos. Além disso, a análise preliminar das entrevistas e dos dados obtidos de cada participante, assegurando a qualidade dos dados coletados nas entrevistas subsequentes.

Ou seja, durante as entrevistas, a pesquisadora garantiu que os dados dessa pesquisa tivessem valor de verdade, através da repetição das colocações dos participantes para que houvesse um maior aprofundamento do fenômeno descrito na narrativa. Além disso, o uso da reflexão sobre o conteúdo das entrevistas, revelando uma necessidade de abertura para escuta de novos fenômenos para além do sofrimento moral.

Aplicabilidade e Consistência – a aplicabilidade da pesquisa qualitativa ocorre quando há confiança de que os dados coletados são fiéis ao estudo e podem se enquadrar aos diversos contextos fora deste. Assim, os achados do estudo se adequam a realidade da qual ele deriva. Ainda, os estudos qualitativos têm ênfase na singularidade apresentada pelas situações humanas, e a importância das experiências que não são necessariamente acessíveis pela validação através de amostras (SANDELOWSKI, 1986).

Neste estudo, a aplicabilidade refere-se a possibilidade de que as diversas vivências morais relacionadas ao cotidiano de cuidado de enfermeiros em unidades pediátricas sejam compreendidas a partir do desvelamento dos fenômenos apresentados. Ainda, os participantes configuram-se como enfermeiros com diversas similaridades relacionadas ao mesmo fenômeno, bem como diferenças na maneira como se colocam em situações semelhantes. A compreensão obtida dessas vivências, e das diversas facetas que dão significados aos fenômenos, descreve como eles podem ocorrer no cotidiano de prática do enfermeiro, assegurando a consistência desta pesquisa.

Confiabilidade e neutralidade – a confiabilidade dos estudos qualitativos pode ser acessada pela persistente explanação dos processos de investigação, desde o início, até o final da pesquisa. Ainda, a confiabilidade e neutralidade do estudo qualitativo, refere-se a descrição dos achados por eles mesmos, e não exemplos e colocações do autor (SANDELOWSKI, 1986).

A confiabilidade e a neutralidade foram garantidas por meio da descrição dos passos realizados para chegar a compreensão do objeto de estudo, bem como a descrição o mais clara possível desses achados. Além disso, os encontros com professores orientadores durante a coleta e análise de dados, garantiram que os passos metodológicos fossem seguidos e descritos condizendo com a metodologia utilizada neste trabalho.

4. RESULTADOS

4.1 RELAÇÕES ÉTICO-PROFISSIONAIS DE ENFERMEIRAS E VIVÊNCIAS MORAIS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Em um primeiro momento neste estudo, teve-se como objeto, o sofrimento moral de enfermeiros que cuidam de CRIANES. Entretanto, durante a realização da entrevistas, notou-se que alguns dos participantes trouxeram em suas narrativas situações de seu cotidiano nem sempre relacionadas a sofrimento. Compreendeu-se de maneira ainda mais clara, que a dimensão do sofrimento moral estava correlacionada com uma dimensão ainda maior, a qual não pôde ser desconsiderada para que o desvelamento e a compreensão do objeto de estudo dessa dissertação fossem os mais claros possível. Com isso, objetivou-se, para além da compreensão do sofrimento moral, desvelar as vivências morais dos enfermeiros participantes desse estudo.

Ao voltar-se para conceito proposto por Hunt e Carnevale (2011), compreende-se que, as vivências morais incluem as interpretações que os indivíduos fazem sobre um encontro vivido, ou um conjunto de encontros, ou seja, situações vividas que caem no espectro de bom ou ruim, certo ou errado, justo ou injusto. Percebe-se que as vivências morais centram-se no que importa para os indivíduos, e são definidas pela interação de três fenômenos: significados culturais, experiências sociais, e subjetividade (emoções e senso de “ser”).

Assim, ao buscar pelo desvelamento das vivências morais dos enfermeiros que cuidam de CRIANES, compreendeu-se que as diversas situações narradas emergiam das relações nas quais os enfermeiros colocavam-se significativamente em alguma posição que acreditavam correta ou incorreta, justa ou injusta, boa ou ruim, relacionadas ao seu cotidiano assistencial. A busca pela compreensão dessas colocações, envolvendo os aspectos culturais da enfermagem brasileira, o contexto no qual o enfermeiro está inserido, e sua subjetividade, desvelou diferentes características sobre as vivências morais dos enfermeiros em sua prática assistencial.

Ao aprofundar a compreensão e interpretação do fenômeno presente neste estudo, compreendeu-se, por meio das narrativas dos participantes, que essas colocações estavam relacionadas aos diferentes engajamentos dos enfermeiros diante das relações apresentadas. Ou seja, o engajamento como um fenômeno que permeia e modifica as compreensões e ações dos participantes, diante das relações existentes no seu cotidiano de cuidado e do contexto vivido.

Para Schultz e Carnevale (1996) a prática assistencial engajada é entendida como aquela em que há uma compreensão sobre as responsabilidades do cuidado, baseadas na empatia pelo sofrimento do paciente. Logo, o senso de responsabilidade do profissional vai além do desejo

de ajudar o paciente, e compreende a noção de trabalhar “pelo” paciente, no sentido de fazer o melhor por aquele que se cuida, através da interpretação sensível e da relevância moral dos objetivos das ações tomadas nas diferentes situações.

Bergum (2012) considera que a ação ética deve se iniciar com a tentativa de entender a situação do outro, a sua perspectiva e vulnerabilidade. Essa compreensão necessita um movimento em direção ao outro como pessoa e um engajamento genuíno. Assim, considera-se que o engajamento relacional está centrado no momento em que as pessoas encontram uma maneira de compartilhar a mesma visão sobre uma situação, ou seja, uma interpretação mútua e satisfatória da situação que está sendo compartilhada. Na prática da enfermagem, isso ocorre no momento em que a enfermeira compreende o que o paciente realmente precisa.

Entretanto, o fenômeno do engajamento nem sempre ocorre da mesma maneira para todos os profissionais. Quando o engajamento não ocorre, a lacuna de envolvimento entre os profissionais de saúde, nas relações existentes em seu contexto, precisa ser reconhecida como uma questão ética a ser abordada (BERGUM, 2012).

Nesta pesquisa, os participantes demonstraram diferentes tipos de engajamento, e não se assume que existam engajamentos bons ou ruins, bem como uma prática correta, e uma incorreta para a enfermagem. Diferentemente disso, buscou-se compreender os aspectos que tornam a prática assistencial diferenciada e singular para cada enfermeiro, diante da diversidade dos mundos dos participantes.

Em cada uma dessas relações, os diferentes engajamentos dos enfermeiros repercutiram em diferentes vivências morais, por vezes, relacionadas ao mesmo fenômeno. As experiências pessoais, valores, crenças, e preocupações, culminaram em uma diversidade de percepções sobre os fenômenos presentes no cuidado à criança. Ainda, a compreensão do contexto no qual os enfermeiros estão inseridos que modifica essas vivências para cada um dos participantes.

Ao buscar a compreensão das vivências morais dos enfermeiros, verificou-se que a multiplicidade de situações presentes no cotidiano gera vivências diferentes, que podem levar ao sofrimento moral, dilemas morais, incerteza moral. Entretanto, dependendo da maneira como os indivíduos colocam-se nessas situações, podem emergir do mesmo fenômeno também, a agência moral, o cuidado de advocacia, bem como, situações em que os enfermeiros sentiram-se satisfeitos e realizados.

O sofrimento moral perpassa ainda por todos os temas encontrados neste trabalho. Entretanto, entende-se que esse sentimento faz parte de uma dimensão ainda maior, relacionada a colocação do ser-enfermeiro diante das diversas situações de seu cotidiano e conforme a maneira como ele está engajado.

A análise dos dados feita por meio da análise temática foi organizada em três temas principais referentes às relações estabelecidas nos encontros vividos das participantes, onde os exemplares utilizados neste estudo foram descritos. Por meio da comparação entre as distinções presentes nas compreensões dos participantes acerca das diversas vivências morais encontradas nas situações do cotidiano de cuidado, foi possível obter uma ampla compreensão sobre como o fenômeno do engajamento ocorre na prática profissional destas enfermeiras. Na descrição dos temas, os exemplares utilizados navegam nas diferentes vivências morais encontradas nas narrativas, desvelando as diversas facetas do fenômeno central encontrado nesta dissertação.

Dois casos paradigmáticos foram descritos relacionados às diferentes maneiras como o engajamento dos enfermeiros apresenta-se em relação ao cuidado em pediatria. No primeiro caso, compreende-se o engajamento do enfermeiro que possui muitas preocupações e ansiedades, representando um exemplo significativo de como esses profissionais podem se engajar em questões relacionadas ao cuidado da criança com necessidade especial de saúde, e as possíveis consequências, positivas ou negativas, para esse profissional.

O outro descreve um caso de engajamento que ocorre de maneira diferente, onde o enfermeiro se coloca nas relações com alguns limitadores para suas preocupações, modificando a sua compreensão sobre as responsabilidades do profissional de enfermagem. As diferentes compreensões desse caso preveniram o aparecimento de sentimentos como sofrimento, porém, podem criar presunções importantes sobre o cuidado prestado.

Diante disso, é possível compreender nas diversas situações, que estar altamente engajado, não supõe uma prática ideal, uma vez que pode levar ao sofrimento do profissional, com grande desgaste emocional, e sentimento de abandono do local de trabalho. Em contraponto, não se considera o menor engajamento como algo a ser buscado, uma vez que pode levar a compreensões pouco reflexivas sobre o cuidado, a partir de suposições criadas pelo cotidiano assistencial. Destaca-se que, a intenção da pesquisa não é de julgar as ações tomadas pelos participantes, mas sim, compreender como os fenômenos conformam-se nas suas diferentes maneiras, a fim de buscar fontes que possam aprimorar a prática da enfermagem, e consequentemente a qualidade do cuidado às CRIANES.

Bergum (2012) destaca que existe uma preocupação sobre como o engajamento pode levar a um “super” envolvimento do profissional, levando a uma aproximação exagerada e situações abusivas. Todavia, um “sub” envolvimento também é uma preocupação, podendo gerar situações de pouco comprometimento e sofrimento para o paciente e para o profissional. Portanto, o engajamento não é algo que possa ser exigido de cada profissional, mas sim, uma preocupação individual de cada profissional em particular.

Destaca-se que, diante da multiplicidade de situações colocadas, que foram considerada como importantes para a compreensão o mais ampla possível do objeto de investigação, diversas situações não incluíram apenas o cuidado a CRIANES. Entretanto, o cuidado relacionado a essas crianças perpassa todos os temas, configurando esses enfermeiros como enfermeiros que possuem essa nova realidade em sua prática.

As especificidades relacionadas ao cuidado a CRIANES aparecem neste estudo, porém, os resultados dessa pesquisa podem ser ampliados a todos os enfermeiros que trabalham em pediatria. Ainda, as experiências advindas do cotidiano assistencial, não sempre relacionadas às CRIANES, mas que trazem consequências no enfermeiro que cuida dessas crianças, modificando a realidade assistencial.

É necessário destacar que, na gramática da língua portuguesa, o plural de indivíduos dos diversos sexos, flexiona-se para o gênero masculino. Entretanto, oito dos nove participantes entrevistados foram mulheres e com o objetivo de simplificar, o gênero feminino foi utilizado durante toda a descrição dos dados relacionados aos resultados do trabalho. Ainda, preserva-se o anonimato e privacidade dos participantes, mantendo os princípios éticos da pesquisa.

4.1.1 Relação entre os profissionais de saúde na enfermagem pediátrica e aparecimento de vivências morais – análise compreensiva

Encontrou-se nas narrativas das enfermeiras diante das suas relações com a equipe de saúde, diversas fontes de semelhanças e diferenças. Entende-se que a colocação do ser-enfermeira, relacionada ao seu nível de engajamento, nas diversas situações cotidianas, podem culminar em sentimento de impotência, frustração, tristeza, entre outros, relacionados à impossibilidade de tomar atitudes que considerem corretas. De forma diferente, as enfermeiras podem encontrar nessas relações fontes de enfrentamento para situações difíceis referentes ao cuidado, apoio entre membros da equipe, bem como, uma relação que facilita o seu trabalho.

Relação com a equipe de saúde

Para as relações com a equipe de saúde dos diversos cenários, apenas um exemplar foi utilizado, visto que, as experiências descritas nessa narrativa não especificaram nenhum profissional (p. ex.: enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, etc.). Entende-se então, que essas relações se dão com a equipe como um todo, porém possuem singularidades quando voltam-se ao profissional de enfermagem e ao profissional médico, as quais serão descritas nas seções subsequentes.

Os conflitos gerados na relação com a equipe de saúde, bem como suas consequências para o trabalho da profissional de enfermagem, são descritos nas falas a seguir:

[...] Pessoal que apresenta problema de relação interpessoal, uma situação bem delicada, é encaminhado e fica por isso mesmo. Ninguém te dá o retorno. [...] Porque tu fica numa situação de desconforto, tu fica numa situação perante a equipe, entende? De dar o mal exemplo para os outros. De que tu pode fazer o que quiser e nada vai acontecer. Isso desestabiliza uma equipe. (E4)

Compreende-se nas narrativas que a relação com a equipe configura-se de situações que podem gerar sentimentos de desânimo e desconforto na enfermeira quando há atritos entre os profissionais. Essa relação pode ser causada pela má influência gerada por atitudes negativas de alguns membros da equipe que não recebem nenhum tipo de advertência.

Contudo, a participante descreve momentos em que as relações passam a funcionar de maneira que os profissionais de saúde possuem uma boa comunicação:

[...] Se tu tiver um pessoal que está tranquilo, uma equipe que está calma, em harmonia, perfeito! Tu faz o trabalho, trabalha, assim é tranquilo. (E4)

Na situação em que a equipe não possui conflitos, a enfermeira sente-se tranquila para realizar atividades referentes ao cuidado à criança, realizando-o da forma que considera correta. Esta situação gera um sentimento de satisfação no trabalho, e conseqüentemente melhor qualidade do cuidado prestado.

Ainda relacionado às situações de conflito presentes nesta relação, a ansiedade causada na enfermeira e as dificuldades para realizar o cuidado à criança, são expressos na fala a seguir:

[...] Tu pode ficar um pouco mais tensa, tu vai ter que se refazer, manter o teu equilíbrio, para manter uma atenção adequada para os nenês [...] Muitas vezes tu não consegues perceber alguma coisa, pode te passar esses detalhes (detalhes do cuidado à criança). [...] Tu não estás sendo um profissional, não sei o termo, que tu consegues desenvolver o teu trabalho como tu deveria, entendeu? Tu fica, não é desiludida, como é que eu vou dizer, mas tu fica até insatisfeita. (E4)

Compreende-se que na atenção ao recém-nascido, a tensão gerada por essa situação impede a enfermeira de visualizar as alterações pela dificuldade de manter a atenção na criança e suas necessidades. Os conflitos existentes na equipe afetam o cuidado à criança de maneira que a tensão gerada acaba por dificultar a atenção da enfermeira para procedimentos de rotina. Essa situação gera um sentimento de desilusão por acreditar que não está sendo uma profissional como deveria.

Relação com a equipe de enfermagem

Desvela-se na relação entre a enfermeira e a equipe de enfermagem, a existência de uma fonte de troca e apoio entre profissionais, conforme descrito na fala a seguir:

[...] É conversando com os colegas também, ouvindo outras opiniões. A gente conversa bastante, troca opinião. Não é culpa da gente, a gente tenta se culpar, podia ter feito alguma coisa melhor, mas conversando com os colegas tu acaba superando. (E5)

Na fala da participante, a relação da enfermeira com os colegas é compreendida como uma fonte de apoio, constituindo-se de uma relação de troca de experiências, em que se tem a possibilidade de enfrentamento de situações difíceis do cotidiano. Nessa relação, visualiza-se a possibilidade de dividir os sentimentos de aflição advindos, entre outras situações, da dificuldade na relação com a equipe médica, lidar com o sentimento de frustração em relação à família do paciente e, ainda, um sentimento de impotência em relação ao sofrimento da criança.

Referente a relação da enfermeira com a equipe de enfermagem, a participante descreve o momento em que a equipe reúne-se no período do intervalo de trabalho:

[...] Até às vezes quando a gente tá aqui na hora do lanche, tu vê que as pessoas tentam descontraír, que é uma maneira que as pessoas acham de justamente estar... Como que eu vou dizer, repelindo essa carga, soltando um pouco aquilo ali. Para não carregar tudo consigo. (E2)

Ao voltar-se para os cenários de investigação, observa-se o momento em que as enfermeiras reúnem-se durante o plantão, como por exemplo, para realizar o lanche em uma sala reservada. Por meio da narrativa das participantes, compreende-se esse momento como sendo de grande importância para o bom funcionamento da equipe, bem como o enfrentamento de situações por meio da troca de experiências com o colega. Reconhece-se que existe um compartilhamento das angústias referentes ao trabalho que são diminuídas no momento de troca entre as profissionais.

Além disso, a fala das participantes desvela a necessidade de que essa relação torne-se ainda mais forte no que diz respeito a troca de experiências, como expresso nas narrativas seguintes:

[...] Uma coisa que a gente está percebendo, nós enfermeiros, de a gente se reunir, conversar mais, entendeu? Até como uma fonte de tu colocar teu sentimento, de que não é só tu. (E4)

[...] Eu acho que de repente assim, situações que a gente tivesse mais contato com pessoas que já vivenciaram a mesma situação, soubesse quais as posições que a pessoa tomou. [...] Conseguir conversar com outras colegas para tentar resolver, tentar ter alguma saída para que a gente não sofra tanto em função do nosso trabalho. (E1)

[...] A conversa com a equipe é muito acessível aqui dentro. E acho que isso fortalece o nosso serviço. No sentido de que, se um não fez, o outro viu. [...] No sentido de... Tu não viu alguma coisa, mas tua equipe está ali, a equipe viu. (E3)

Desvela-se nas falas das participantes uma fonte de apoio importante no momento em que as enfermeiras dividem as mesmas ansiedades, consequentemente fazendo com que esse momento de troca diminua a carga de sofrimento do trabalho. Percebe-se que, no momento em que há nessa relação uma troca de experiências, existe o reconhecimento de que o sofrimento no trabalho pode ser diminuído.

Ainda, no momento em que o outro desvela que também vivencia essas experiências, cria-se um sentimento de que as vivências compartilhadas podem ser melhores aceitas, aliviando a carga emocional advinda de possíveis frustrações. Esta relação de troca fortalece o trabalho da enfermeira, pois compreende-se que a boa relação com a equipe apresenta-se como uma fonte de segurança para a atuação da profissional, assumindo-se como passível de erros que podem ser prevenidos por meio da relação em que há cooperação entre os membros equipe.

Contudo, no momento em que essas relações não estão em bom funcionamento, os problemas advindos dessas situações podem gerar frustrações para a enfermeira. Neste contexto, a participante refere:

[...] No início estava até entusiasmada, com vontade de organizar as coisas, mas aí tu acaba percebendo que não depende só de ti, depende do grupo todo. [...] A gente se sente meio frustrada. Mas é aquela coisa, não é porque eu acho certo, que os outros todos também vão achar. (E8)

Compreende-se que esta relação coloca-se de forma negativa no momento em que a profissional de saúde compromete-se em realizar ações as quais acredita estar gerando um bem comum para a equipe, porém reconhece que o trabalho em equipe pode nem sempre ser aceito com a mesma expectativa positiva a qual ela depositou. Ou seja, os sentimentos dolorosos advindos do não cumprimento da expectativa criada pelo sentimento de fazer o melhor para a equipe.

Ainda, desvela-se nas narrativas, que existe um sentimento de frustração devido à diferença entre as visões dos profissionais da equipe de enfermagem referente a uma ação da enfermeira e a incompatibilidade de crenças e valores entre os colegas podem gerar sentimentos negativos à profissional.

A relação entre técnicos de enfermagem e enfermeiras possui ainda singularidades que geram conflitos para a enfermeira, conforme descrito na fala a seguir:

[...] Fazer pouco caso do serviço da enfermeira, a enfermeira não faz grande coisa. [...] Eu acho chato assim, porque se acham que o trabalho é tão insignificante... Porque teve uma época que a escala estava apertada e “Deus o livre” ficar sem enfermeira. Isso não passa aquela sensação assim, a enfermeira é meio que um porto seguro? Qualquer problema que surge é para quem tu corre. (E8)

Compreende-se que a relação entre técnicos de enfermagem e enfermeiros constitui-se, por vezes, de uma relação hierárquica não necessariamente explícita, gerando um conflito entre os papéis assumidos por esses profissionais. Nessa relação, há um questionamento sobre qual papel teria mais importância em relação ao cuidado do paciente, e a distinção de valores pessoais para as funções exercidas pelos técnicos de enfermagem e pelas enfermeiras.

Assim, a distinção entre valores sobre a função da enfermeira gera sentimento de desconforto, definido como “chato” por uma participante. Esse sentimento mostra-se a partir dos questionamentos dos técnicos de enfermagem frente às funções do enfermeiro, bem como, uma sensação de que os problemas são todos de responsabilidade deste profissional.

Ainda sobre a relação da enfermeira com os técnicos de enfermagem, a fala a seguir descreve o sentimento da enfermeira em ser uma profissional nova no serviço:

[...] É que faz tão pouco tempo que eu estou aqui, eu tive poucas atitudes que me levassem a tomar alguma atitude. Mas eu sinto bastante resistência das pessoas no momento que tu tenta tomar alguma atitude. [...] Querendo achar furo teu, isso eu sinto. Tu dá o teu melhor mas estão sempre querendo acha furo teu... Eu vou para casa bem chateada. (E6)

Desvela-se nessa situação uma confiança diminuída e uma resistência por parte de outros profissionais em aceitar as atitudes e ações da enfermeira perante a equipe. Essa situação acarreta o aparecimento de sentimentos dolorosos como o sentimento de tristeza, descrito pela participante como sentimento de estar chateada.

Relação com a equipe médica

A relação das enfermeiras com a equipe médica caracteriza-se como uma relação que varia para as diversas profissionais de acordo com o nível de engajamento colocado nas ações de cuidado à criança e sua família. Dessa forma, as diversas vivências morais, variam de acordo com a maneira como a enfermeira coloca-se significativamente, tanto na relação com a equipe, quanto na relação com a criança e sua família.

Neste contexto, o momento no qual a enfermeira está engajada de forma significativa no compromisso de atender a criança, da maneira que considera correta, pode gerar sofrimento para a profissional. Isto ocorre quando existe um nível diferente de engajamento entre a enfermeira e a equipe médica.

Várias situações descrevem como esses níveis de e focos de engajamento podem gerar sofrimento às enfermeiras. Para a melhor descrição dessas situações, separaram-se os exemplares encontrados nas narrativas, agrupados em subitens nessa categoria.

“A gente não trabalha sozinho!”

A relação com a equipe médica desvela sentimentos de dependência da profissional de enfermagem, conforme descrito nas falas a seguir:

[...] São situações que tu não... Que tu te sente impotente. Tu não acha o que fazer. Porque a gente não trabalha sozinho. [...] Não me lembro de situações que a enfermagem tenha esgotado o que poderia fazer por si. [...] Situações que angustiam bastante. Às vezes tu depende de outros profissionais, de outras condutas, e tu está amarrado aquilo ali. (E2)

[...] Eu fui e conversei com o residente para ver se poderia administrar algum outro analgésico, alguma coisa mais potente, mas não obtive resposta. Não a que eu queria na verdade [...] Me senti bastante impotente, bem chateada por não poder avaliar aquela dor realmente. Não poder de fato fazer uma medicação que fosse mais efetiva, que passasse aquela dor. (E1)

Compreende-se que a relação com os profissionais médicos gera preocupações na enfermeira por sentir-se impotente ao não poder realizar o cuidado que considera o mais adequado para a criança. Nas situações em que se desvelaram comprometidas de forma significativa na situação, essa sensação de impotência gerou sofrimento na profissional pela sensação de não estar conseguindo realizar as ações as quais considera corretas.

As participantes relataram em suas narrativas sentimento de impotência e de estar chateada por depender da prescrição médica para tomar a atitude que consideravam mais adequada. Ou seja, o aparecimento do sofrimento quando as condutas médicas não correspondem às suas expectativas de aliviar o sofrimento da criança.

Nesta relação, a situação em que necessita trabalhar com médicos residentes pode gerar angústia na enfermeira, conforme as narrativas seguintes:

O residente foi chamado para avaliar. Ele fez a avaliação, conversou com o plantonista, e ele: “Não, é isso mesmo.” E tu está ali, vendo que a criança está piorando. [...] Tem situações assim que acontecem, que tu desanima. [...] Porque também aqui na pediatria a gente fica muito atrelado ao residente, então o que baliza muito é a experiência desse residente. Porque ele pode tanto ter experiência nenhuma, como ele pode ser a pessoa mais experiente. Então, quando tu pega um residente que tem pouca experiência, ou que não está muito interessado, muitas vezes, na situação, é muito angustiante. [...] Dá vontade de pedir para sair para outro setor, para trabalhar em outro lugar. Porque tu fica frustrada. Parece que tu veio, trabalhou, deu o melhor de ti, mas tu não conseguiu impactar de maneira nenhuma. Tu não conseguiu fazer o que tu foi formado para fazer. Porque tu está dependendo de outro profissional que não está colaborando, ou que, naquele momento, não está conseguindo dar uma resposta. (E2)

Compreende-se, a partir da fala da participante, que a relação com médicos residentes, por vezes despreparados para o atendimento às crianças, gera preocupações na enfermeira que reconhece a importância do cuidado. A narrativa desvela que, por meio do conhecimento e avaliação do paciente a enfermeira consegue perceber as alterações no estado de saúde das crianças, porém, sente-se desanimada pelo sentimento de impotência devido à dependência da equipe médica para a tomada de atitude.

Desvela-se uma dificuldade na relação com os residentes, que gera sentimento de frustração no trabalho para a enfermeira e desejo de abandono do local de trabalho. Essa frustração relaciona-se ao sentimento de não conseguir impactar no cuidado pelo fato de estar

dependendo de outro profissional que não está correspondendo às suas expectativas em relação ao cuidado da criança.

Existe ainda na relação com a equipe médica, uma possível hierarquia entre profissionais, gerando sentimentos dolorosos para a enfermeira, conforme expresso nas falas a seguir:

Me chamaram na UTI Pediátrica... Eu me senti colocada contra a parede sabe? Porque queriam que abrissem aqui a salinha, e impuseram que fossem colocados três leitos ali. E aí eu me vi encurralada, eu não tive voz. Sabendo da situação, que naquela época já faltava funcionário coisa e tal, e que o pessoal não queria, não ia aceitar. Mas não me deram alternativa, era para abrir a enfermaria ali, arrumar os leitos e pronto. [...] Eu me vi obrigada a tomar uma atitude que eu não concordava, eu sabia que não dava [...] Eu falei, eu expliquei, mas me botaram contra a parede e não me deram alternativa. Não adiantou querer colocar a situação aqui, que não dava. (E8)

A situação descrita pela participante desvela sentimentos desconforto e incerteza na profissional preocupada com a qualidade do cuidado prestado referente a uma tomada de decisão importante na unidade de trabalho. Esses sentimentos desvelam-se pela incoerência entre as opiniões da enfermeira e do médico responsável, que neste caso apresenta maior poder na decisão de abertura de novos leitos.

Para a enfermeira, saber que a equipe de enfermagem era insuficiente para o cuidado de mais pacientes, bem como, a previsão de reação negativa da equipe com essa decisão, geraram sofrimento. Nesta situação, a participante sentiu-se sem alternativas para tomar a atitude que considerava correta frente à organização do cuidado para os pacientes pediátricos. Os sentimentos negativos diante dessa situação emergem da impossibilidade de tomada de decisão do enfermeiro frente a uma decisão médica.

“Não sou médica, eles são.”

Diante da relação com a equipe médica, há ainda, uma dualidade de sentimentos em relação às responsabilidades do profissional de enfermagem, expressos pelas narrativas seguintes:

[...] Às vezes, até coisa de conduta médica, que a gente acha que poderia fazer alguma coisa mas não é feito. [...] A gente fica de mãos amarradas. Mesmo tu sabendo e acreditando que aquilo poderia ter sido feito, aí tu vê o resultado negativo, é frustrante, tem que lidar com isso. [...] Eu tenho uma relação boa com os médicos. Claro que não tento dizer o que eles tem que fazer, porque eu sei bem o meu papel e o meu lugar, que eu não sou médica e eles são. Então a gente fala, se não surtiu efeito tem que aceitar [...] Eu procuro até para eu não ter o sentimento de frustração de quando não é feito. Para me sentir mais aliviada quando eu falo, sugiro, pergunto, para não ficar carregando depois. (E5)

A dualidade dos sentimentos desvela-se em momentos nos quais, a enfermeira compreende a necessidade de que atitudes diferentes em relação ao cuidado à criança sejam realizadas, porém, coloca-se como distante da responsabilidade no momento de tomada de decisão. Primeiramente, o sentimento de frustração, relacionado ao resultado negativo no cuidado à criança, é desvelado no momento no qual acredita que as condutas médicas não condizem com as necessidades da criança. Isso faz com que se sinta de mãos amarradas, compreendido como a impossibilidade de tomar a conduta que considera correta.

Contudo, desvela-se ainda, a compreensão por parte da participante sobre a divisão entre as responsabilidades do médico e da enfermeira. Nessa colocação, relata o reconhecimento de que atitudes diferentes sejam tomadas, descrito pelo bom relacionamento com a equipe no momento em que faz sugestões. Todavia, em situações nas quais acredita que suas sugestões não foram aceitas, coloca-se como sendo “não médico”, desvinculando-se da responsabilidade das ações do cuidado ao paciente.

Compreende-se que, existe uma preocupação no momento em que a sugestão para que a tomada de atitude seja diferente, considerando que a conduta mais adequada poderia ser diferente da que foi proposta pela equipe médica. Ainda, vê na possibilidade de sentir-se livre para sugerir, uma boa relação com a equipe. Entretanto, entende que após a sugestão, mesmo que a atitude tomada não seja condizente com a qual acredita, não se sente frustrada, prevenindo o aparecimento de sofrimento.

“A gente tem liberdade com eles, são bem acessíveis.”

Compreende-se na narrativa das participantes que a relação com a equipe médica pode tornar-se, também, assim como na relação com a equipe de enfermagem, uma fonte de enfrentamento para situações difíceis do cotidiano profissional, conforme expresso nas narrativas seguintes:

[...] É bem aberto o relacionamento com os médicos. [...] Eu acho que ajuda bastante (boa relação com equipe médica). [...] Então é bem aberto o relacionamento, a gente consegue conversar, trocar ideia. (E5)

[...] Aqui tu tem médico vinte e quatro horas por dia. Tu tem segurança, tu trabalha, tu conhece o serviço, entende? [...] A gente já sabe o que tem que fazer. Qualquer intercorrência tu chama o médico. A gente tem bastante coisa, tem afinidade com a equipe médica. (E7)

[...] Eu tenho bastante liberdade com eles, e quando tenho dificuldades eles são bem acessíveis. Não tive nenhum problema. (E6)

Desvela-se, nesta situação, a possibilidade de troca de sugestões relacionadas ao cuidado, bem como, a segurança que a presença da equipe médica transmite. Compreende-se que o bom relacionamento com a equipe médica gera situações que contribuem para o trabalho da enfermeira no seu cotidiano assistencial.

Assim, compreende-se nessa relação, que a afinidade e possibilidade de abertura para sugestões das enfermeiras culmina em situações que facilitam o seu trabalho. A relação acessível com a equipe médica gera um posicionamento positivo da enfermeira frente ao cuidado do paciente, diminuindo ou impedindo o sentimento de frustração e o sofrimento.

4.1.2 Relação entre os profissionais de saúde na enfermagem pediátrica e aparecimento de vivências morais - análise interpretativa

As participantes deste estudo revelaram em suas relações com os demais membros da equipe um senso de coletividade presente em todas as ações dessas profissionais. Compreende-se a partir das narrativas, que o engajamento das enfermeiras com a noção de estar em um coletivo, modifica como essas participantes compreenderam as vivências morais durante o seu cotidiano de trabalho.

O engajamento da enfermeira com a equipe na qual está inserida modifica a compreensão dessas profissionais sobre as relações no trabalho, gerando sentimentos diferentes nos exemplares apresentados nos resultados. Dessa forma, a enfermeira vivencia sofrimento, pois está imersa no compromisso de que a equipe na qual está inserida possua uma boa relação entre os profissionais, gerando sentimentos de desconforto no momento em que isto não acontece. Ou seja, o engajamento da enfermeira com a equipe, faz com que ela possua uma preocupação com os atritos existentes entre os profissionais, implicando em sofrimento para a profissional.

O engajamento da enfermeira com a equipe na qual está inserida modifica a compreensão desses profissionais sobre as relações no trabalho, gerando sentimentos diferentes nos exemplares apresentados nos resultados. O compromisso de que a equipe na qual a profissional está inserida possua uma boa relação interpessoal, acaba gerando sentimentos de desconforto no momento em que há um mal funcionamento dessas relações. Assim, o engajamento da enfermeira com a equipe faz com que ela possua uma preocupação com os atritos existentes entre os profissionais, implicando em sofrimento para a profissional.

As ações consideradas erradas, ao não receberem nenhuma punição ou advertência, acabam gerando sentimentos de falta de comprometimento com as atitudes corretas na equipe, e conseqüentemente, sofrimento para a profissional engajada. No cuidado à criança, a ansiedade causada por esses momentos de tensão, desloca o foco da enfermeira que passa a se preocupar mais com a equipe e gera uma insatisfação sobre a qualidade do cuidado prestado.

Na relação entre as enfermeiras, o momento de troca de vivências de dilemas, bem como, o reconhecimento de que a colega vivenciou as mesmas situações durante o seu cotidiano de cuidado, ajudam a clarear os significados morais de suas atitudes. Entende-se nessa relação, que ao compartilhar as dificuldades e situações de aflição com outras colegas, ocorre um estabelecimento de padrões éticos para as ações de enfermagem.

No momento em que existe uma comparação entre as ações, e um reconhecimento de que essa situação repete-se da mesma maneira com a colega, há a diminuição do sentimento de culpa. Ou seja, uma atitude que poderia ser entendida como ruim, ou errada, ao ser compartilhada, gera a partir do reconhecimento de que o outro não é diferente, uma compreensão de algo que não é culpa do profissional, evitando o sofrimento gerado por uma tomada de ação que primeiramente havia considerado incorreta.

Ainda na relação entre as enfermeiras, no momento em que a enfermeira está engajada em fazer o bem para a equipe como um todo, a diversidade de ideias sobre o que seria a melhor coisa a se fazer, pode gerar frustração na profissional. Existe uma preocupação da enfermeira em criar um bem coletivo, que não é alcançado pela divergência de opiniões dentro da equipe.

Na relação entre a enfermeira e os técnicos de enfermagem, a possibilidade de existir uma divergência quanto aos valores atribuídos a esses profissionais, gera desconforto para a profissional que se preocupa em ser uma “boa” enfermeira. Por meio do exemplar apresentado neste estudo, desvelam-se as compreensões sobre as diferenças entre as atribuições dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, as quais podem cair sob um espectro de melhor ou pior, gerando um questionamento sobre o valor das ações realizadas pela enfermeira.

Desvela-se que existe uma compreensão de que há um senso de injustiça sobre o trabalho da enfermeira, pois há um sentimento de insegurança perante a equipe no momento em que o enfermeiro não está presente. Compreende-se que há um engajamento com o sentimento de ser uma boa enfermeira, afirmado pelo reconhecimento da falta do profissional e da necessidade da presença do enfermeiro para o bom funcionamento da equipe.

O engajamento da enfermeira com o cuidado do paciente pode diferenciar como esta profissional entende a relação com a equipe médica. Nos exemplares apresentados, a relação de mau funcionamento com os médicos, gera um senso de dependência da enfermeira relacionado a esse profissional, que impede que as ações as quais considera corretas sejam tomadas.

Dessa maneira, a dependência ao profissional médico para tomada de atitudes, gera sentimento de impotência e angústia, centrados na preocupação da enfermeira em aliviar o sofrimento da criança. Nessa situação, a enfermeira assume reconhecer a necessidade de que intervenções sejam feitas relacionadas ao cuidado, entretanto, compreende a necessidade do trabalho em conjunto com a equipe médica, que pode não corresponder às suas expectativas.

Ainda, a falta de experiência do médico residente, pode atuar como limitador para o desenvolvimento das ações as quais considera corretas em relação ao cuidado à criança gerando angústia na profissional engajada com o paciente. Esse mal funcionamento na relação, modifica

como a enfermeira compreende o seu trabalho, revelando sentir que apesar de fazer tudo que pode diante das responsabilidades atribuídas ao enfermeiro, suas ações não possuíram impacto para a melhora da criança, criando sentimento de frustração no trabalho, e ainda, sentimento de abandono do local de trabalho.

Nos exemplares descritos nos resultados desse estudo, compreende-se, ainda, que a possibilidade de haver uma hierarquia na relação entre o médico e a enfermeira, pode ocultar a voz desses profissionais referentes às decisões em seu ambiente de trabalho. Nesta perspectiva, a decisão sobre a abertura de novos leitos na unidade pediátrica, não se constitui em uma decisão compartilhada, havendo uma omissão das preocupações da enfermeira sobre a impossibilidade de sua execução.

O engajamento do enfermeiro com a equipe e o cuidado ao paciente, geram uma compreensão sobre os motivos que impediam a abertura de uma nova enfermaria. Nessa situação, a enfermeira reconhece que novos leitos iriam prejudicar o funcionamento da equipe, já com um número limitado de profissionais, bem como, a realização de um cuidado não adequado, referente a dificuldade dos profissionais em atender um número maior de leitos. Ainda, a postura opressora dos profissionais médicos, em que a enfermeira compreende que precisou tomar uma atitude que não considerava correta, por não possuir outra alternativa, se não, adequar o cuidado à forma que lhe foi imposta.

Os diversos níveis de engajamento presentes nas relações com a equipe modificam como a enfermeira compreende suas preocupações referentes ao cuidado à criança. Os níveis de engajamento podem variar em uma mesma situação, constituindo-se de um limite colocado pela própria enfermeira referente ao engajamento com o paciente.

Nos exemplares descritos, a enfermeira pode sentir uma limitação referente ao cuidado, por acreditar que as ações de responsabilidade da equipe médica, poderiam ser diferentes, sentindo-se frustrada pelo resultado negativo. Entretanto, o nível mais baixo de engajamento com os resultados das ações na saúde da criança, gera no enfermeiro uma compreensão de que a responsabilidade por esses resultados é da equipe médica, e não da enfermagem.

A maneira como a enfermeira compreende as diferentes responsabilidades entre a enfermeira e o médico pode ser modificada pelo pouco engajamento da enfermeira com as consequências na saúde da criança. A possibilidade de fazer sugestões à equipe médica diminui os sentimentos de frustração no cuidado, revelado pela compreensão de que a responsabilidade maior pelo resultado negativo é do profissional médico. Essa “desresponsabilização” pelas ações que não implicam na melhora do estado de saúde da criança, evita que a enfermeira sintasse frustrada, ou culpada, pelo resultado que não foi o melhor.

O funcionamento da relação da enfermeira com a equipe médica durante a prática cotidiana revela-se, a partir dos exemplares, como uma situação que reafirma as ações da enfermeira, assegurando a qualidade de seu cuidado. Compreende-se a partir das narrativas, que quando há uma facilidade de comunicação, bem como a possibilidade de troca de saberes com esses profissionais, a enfermeira sente-se segura em seu ambiente de trabalho, reafirmando a moralidade de suas ações.

Concluiu-se na análise interpretativa das relações existentes entre as enfermeiras e os demais profissionais que compartilham o cuidado à criança, que as vivências morais conformam-se a partir dos diversos níveis e focos de engajamento deste profissional. Ao engajar-se com uma situação do cuidado, relacionada ao trabalho em equipe e o senso de comunidade no trabalho; ao cuidado à criança e a preocupação em aliviar o seu sofrimento; e o senso de responsabilidade pelos resultados das ações na saúde da criança, a enfermeira compreende de forma diferente as preocupações relacionadas ao seu trabalho cotidiano dentro dessas relações. Os sentimentos de reafirmar a qualidade de uma ação no cuidado, diminuir a culpa por uma atitude que considerou ruim, angústia, e diminuição da frustração relacionada ao cuidado, emergem de acordo com o engajamento da enfermeira nessas relações, modificando a compreensão sobre esses fenômenos.

4.2.1 Relação entre a enfermeira e a família em unidade pediátrica e aparecimento de vivências morais – análise compreensiva

Nas diversas situações referentes à relação da enfermagem com a família da criança, compreende-se que, os diversos níveis de engajamento, bem como o foco das preocupações das enfermeiras, conformaram de forma diferente essas situações. Nessa relação, a enfermeira pode sentir-se angustiada, frustrada, reflexiva, bem como, reconhecer-se no sofrimento da família em relação ao estado de saúde da criança ou à morte.

Expectativas e angústias da família em relação ao diagnóstico desfavorável e morte da criança e do recém-nascido

Desvela-se na relação da enfermeira com a família, uma preocupação por parte da profissional em acomodar as angústias e ansiedades dos familiares em relação à saúde da criança, conforme descrito na fala da participante:

[...] Um nenê com tamanho e peso normal durante a gestação, pré-natal, tudo certinho. Nenê programado, desejado... aí nasce com uma doença, o que que tu vai fazer? [...] É um momento tenso porque tu tem que ficar ali. [...] Tem umas (mães) que ganham (o bebê), não se cuidam, tu sabe que está correndo risco de ter uma situação. Mas assim.... tudo isso, tu questiona até teus valores. [...] Maior limite que esse não tem. Porque tu fez tudo que era possível para manter ele vivo e confortável. Porque tu não tem mais o que tu fazer. Então até que a família também consiga entender o porquê disso... Aí entra a questão de crença, de religião, de Deus. (E4)

Compreende-se o momento da revelação de um diagnóstico desfavorável como uma situação que mobiliza sentimentos na enfermeira que se preocupa com o cuidado à família. Desvela-se uma dificuldade da profissional em acompanhar este momento, sendo essa uma situação que gera sofrimento pelo não cumprimento das expectativas que foram geradas pela família quando planejou o nascimento da criança. Ainda, o fato de que a mãe “se cuidou” desvela um aumento do sofrimento por não conseguir entender quais os motivos que levaram essa criança a ficar doente.

Nessa situação, a enfermeira descreve questionar seus próprios valores, por sentir que a doença grave é o maior limite relacionado ao cuidado do recém-nascido. Na busca por uma explicação para si e para a família, a crença religiosa é uma alternativa para aceitar melhor a doença da criança.

Ainda na relação da enfermeira com a família, as narrativas a seguir descrevem os sentimentos das participantes relacionados às expectativas dos familiares sobre o diagnóstico da criança:

[...] A mãe recebeu diagnóstico que a criança estava com câncer, se não me engano era no mediastino. E aquela mãe ficou bastante chocada, bastante nervosa, ansiosa. Eu me lembro que a psicóloga não estava no momento ali presente, e a gente não conseguiu contato com ela para poder atender a mãe. [...] Eu me senti assim, até bastante vulnerável naquele momento. [...] Eu acredito que eu me sentiria mais forte se eu não tivesse chorado. A gente é ser humano, a gente tem sentimentos, mas naquele momento eu preferia não ter chorado junto com ela. Eu queria realmente ter conseguido dar uma força para ela, dar um conforto, mas eu não consegui agir de outra forma. (E1)

[...] Eu deixo de atender paciente para atender a mãe, para dar uma atenção especial para mãe [...] eu sei que eu não consigo fazer muita coisa, mas eu tento demonstrar o meu sentimento para ela. [...] Eu fico ali do lado, dou um copo d'água. Geralmente a gente tem psicólogo para estar acompanhando, tento encaminhar pro psicólogo. Mas enquanto isso fico do lado, para dar um suporte, para se tornar presente. Até porque a gente não é nenhum bicho aqui dentro que não sinta também. (E6)

Compreende-se que o momento da revelação do diagnóstico de câncer faz com que a enfermeira reconheça o sofrimento da mãe da criança em situações de doença ameaçadora de vida e/ou morte. Este reconhecimento gera um sentimento de vulnerabilidade por manifestar suas emoções diante da familiar.

A enfermeira desvela sentir-se mais forte quando não demonstra seu sentimento, quando não chora. Compreende-se nessa situação, que a profissional identifica-se com o sofrimento da mãe em relação ao filho, admitindo ser passível a emoções geradas pela empatia pela dor do outro, mas sente que não deveria expressá-los em forma de choro a fim de ser mais presente para o familiar.

Ainda, a tentativa da enfermeira em fazer-se presente no momento do óbito de uma criança ao priorizar o atendimento às necessidades da mãe em relação aos procedimentos de rotina. Desvela-se nessa situação o sentimento de querer estar ao lado da mãe no momento do diagnóstico desfavorável ou óbito como parte do cuidado de enfermagem.

Ainda sobre a expectativa da família sobre a vida da criança e o vínculo criado entre a enfermeira e os familiares, tem-se a fala a seguir:

[...] Eu reflito muito. Porque a gente cria um vínculo com os pais desses nenês muitas vezes. Então tu... tu pensa assim, se coloca no lugar desse pai e dessa mãe, que as vezes ficou três meses com nós, o nenê internado, nasceu prematuro, cresceu, ficou. [...] Aí o nenê morre e tu fica pensando assim: "A mãe estava com uma expectativa tão grande e o nenê morreu!". Então sei lá, é um sentimento ruim que a gente leva para casa e tenta refletir o porquê disso, para tentar entender. (E3)

Compreende-se que esta situação faz com que, em situações de óbito, a enfermeira coloque-se no lugar do pai e da mãe que tinham expectativas sobre o recém-nascido. Desvela-se o sentimento dúvida sobre os motivos que levaram a esse desfecho como algo que ajuda a

enfermeira a enfrentar os sentimentos ruins vindos dessa situação, o que culmina em uma prática reflexiva sobre as ações de enfermagem.

A relação com o familiar e o vínculo criado com a família no momento da internação e no momento da morte da criança em UTI neonatal, pode ainda ser compreendida como uma situação que gera sentimentos positivos na profissional, conforme descrito nas falas a seguir:

[...] Dentro do possível de fazer numa UTI é investido, tudo que tem direito, mas a morte vem. Para os pais é dolorido, para família é dolorido. Porque a mulher engravida e imagina um lindo bebê nascendo, ela nunca imagina que vai precisar de uma UTI. [...] Se o paciente ficar grave, qualquer horário, a gente liga pro familiar, chama os pais. Tu sempre procura apoiar a família e diminuir a dor dos pais de terem um filho internado numa UTI. [...]. O que eu quero te colocar é assim, como é difícil na hora do desespero, na hora do óbito, o pai e a mãe não sabem nem quanto é um mais um, a importância de tu levar eles na patologia com o corpo. Isso é humanização dentro do hospital! Porque fica assim, a família fica desesperada. (E7)

Compreende-se esta como uma relação na qual existe uma busca pelo conforto do familiar, por meio da empatia criada e do apoio da enfermeira nesse período difícil. No momento da chegada dos pais na unidade a enfermeira utiliza estratégias de conforto à família e à mãe do recém-nascido, a fim de amenizar o sofrimento dos familiares.

Desvela-se o comprometimento com o familiar expressado pela preocupação em tranquilizar os pais no momento da internação. Para isso, utiliza-se de estratégias que aproximam os pais e demais familiares, preocupando-se em garantir as informações que a família precisa sobre o estado de saúde do recém-nascido.

Ainda, a situação de óbito de um recém-nascido, em que a enfermeira participa e auxilia os pais nos procedimentos necessários no pós-morte. Acredita-se que o envolvimento com o familiar nesse momento configura-se como parte do processo de humanização do cuidado de enfermagem dentro do hospital.

O apoio prestado aos pais durante a internação desvela-se como uma preocupação da enfermeira, conforme expresso nas narrativas seguintes:

[...] Aqui eles são bem assistidos, muito bem assistidos, em casa as vezes eles não tem tudo que eles tem aqui dentro do hospital [...] Aqui tem muito paternalismo, vamos dizer. Mas isso faz bem, a gente consegue com a maior facilidade. Tu quer um enxoval tu liga pro amigos do (nome da instituição) tu consegue, tu quer um leite, tu consegue, entendeu? Tem muita humanização aqui dentro do hospital. [...] É gratificante, não sei, eu gosto, é gratificante. Só que isso aí tu sabe que esse leite vai durar uma semana, duas, e depois? Mas também, é um problema social. [...] Tem muito envolvimento aqui, eu acho que tem, eu acho até que nem seria, mas a gente se envolve um monte. Isso é gratificante. [...] Se a mãe precisar do abrigo, tu agiliza o abrigo, se a mãe precisar do leito, tu agiliza o leito, conforme a necessidade da mãe tu vai resolvendo os problemas. Tinha uma que chegou esses dias, o nenê ainda está aqui, a mãe tem problema mental, o pai também, e a vó quer cuidar do nenê, daí essa mãe recebe um salário, porque deficiente mental recebe um salário. Só que a tia estava recebendo o salário. Que que eu fiz? Passei para psicóloga para conversar com elas, e chamei a

assistente social para ver o lado burocrático da coisa. Se ela está assumindo essa criança, ela tem o direito de receber, não a tia ficar com o salário, a nível de juiz ver, tudo isso. Aí tu encaminha, tu tenta resolver, entende? Os problemas que eles trazem para nós tu tenta resolver. [...] Eu gosto de me envolver. O que aparece tu vai resolvendo, não tem tempo ruim! O que aparece tu vai resolvendo da melhor forma possível, dentro das tuas possibilidades, o que tu interpretou e achou. [...] Mas assim, sempre de uma forma humana, de uma forma se colocando no lugar, porque se tu se colocar no lugar do paciente tu vai agir diferente. (E7)

No suporte aos pais durante a internação, as possibilidades de auxiliá-los por meio dos recursos que a instituição oferece, desvela-se como uma preocupação da profissional. Nessa situação, a enfermeira sente-se bem em poder proporcionar apoio aos familiares mais pobres e menos informados por meio do auxílio oferecido pela instituição aos pacientes.

A situação em que a enfermeira está comprometida com a responsabilidade de auxiliar a família do recém-nascido a enfrentar as dificuldades após a internação desvela-se como uma situação gratificante.

Dificuldade da família em prover o leite prescrito para o recém-nascido de baixo peso no pós-alta e problemas sociais são exemplos de problemas que demandam ao enfermeiro medidas para diminuir o sofrimento dos pais. Essas medidas incluem a busca por outros profissionais que possam auxiliar a família nestas diferentes situações.

Compreende-se a preocupação em buscar soluções que melhorem a qualidade de vida da família e da criança, por meio da busca por outros profissionais, bem como, o conhecimento dos direitos da criança e da família e o empoderamento das famílias que precisam de recursos vindos de políticas públicas.

Além disso, compreende-se que a satisfação em envolver-se com o cuidado do paciente é algo positivo no trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A enfermeira reconhece que ao colocar-se no lugar do outro, o profissional age diferente, realizando um cuidado humanizado, prevenindo o aparecimento de sentimentos dolorosos.

Enfermagem como Válvula de Escape da família

A relação da enfermeira com a família pode configurar-se como um momento que gera sobrecarga na profissional, conforme observa-se na narrativa a seguir:

[...] O que gera muita angústia é que a família, ela não tem essa relação com esses profissionais como ela tem com a enfermagem. Então com a enfermagem ela está acompanhando o tempo inteiro junto e cobrando. “Olha, mas não está funcionando, não está dando resultado”. E aí você vai pro profissional, geralmente o profissional médico, você leva aquela angústia, mas ela, a válvula de escape da família é a enfermagem. Então assim, a gente vive várias situações em que tu fica nesse meio de campo assim. Tu quer dar uma resposta para família, tu sabe que de repente existiriam

possibilidades, mas que fogem ao que é o nosso, nosso cuidado, aquilo que é do enfermeiro, que o enfermeiro padroniza. Porque o enfermeiro depende de uma avaliação de um outro profissional e que tu não tem algumas vezes. (E2)

Nesta relação, desvela-se o sentimento da enfermeira descrito como uma “válvula de escape”, uma vez que, a relação existente entre a equipe de enfermagem e a família não se apresenta da mesma forma que a relação da família com a equipe médica. Nessa situação, a família sente-se angustiada pela falta de informações sobre o estado de saúde da criança, e tem na enfermagem uma referência para a solução de problemas.

A permanência mais prolongada dos profissionais de enfermagem ao lado da família acaba por gerar angústia, por tornar-se este o profissional para o qual o familiar dirige-se em momentos de dificuldade. Além disso, essa relação torna-se mais difícil quando a equipe médica envolvida não atende as expectativas da família, colocando a enfermeira em uma situação descrita pela participante como “meio de campo”. Nessa relação, precisa atender as necessidades da família, porém, também carrega suas próprias angústias em relação ao cuidado da criança.

A relação com a família torna-se mais difícil para a profissional quando a comunicação existente entre a equipe médica e a família não está em funcionamento, conforme descrito nas falas seguintes:

[...] Que acho que é o momento que se esgota aquela possibilidade da enfermagem intervir. Então eu acho que chega a ter situações que chega nesse ponto crítico assim de tu te isentar. De: “O que estava ao meu alcance eu fiz, então nesse momento então agora cabe a vocês.”. Então... Passar direto. [...] Tu fica frustrado, parece que tu veio, trabalhou, tu deu o melhor de si, mas tu não conseguiu impactar de maneira nenhuma, tu não conseguiu fazer o que tu foi formado para fazer. [...] A enfermagem está ali fazendo o que pode fazer, e acaba sendo quem acaba levando toda aquela frustração do familiar, toda aquela angústia dele. (E2)

Compreende-se que nesta relação conflituosa a enfermeira pode isentar-se da responsabilidade do resultado no cuidado em uma tentativa de proteger-se da angústia gerada por essa situação. Desvela-se nessa situação o sentimento de desânimo da enfermeira ao sentir-se sobrecarregada pelos sentimentos da família em relação à falta de respostas por parte da equipe médica.

A busca da enfermagem por uma resposta melhor para a família é uma situação que gera sofrimento no profissional. Entretanto, reconhece que existe um limite sobre as possibilidades da equipe de enfermagem intervir, descrevendo esse como um momento crítico no qual se isenta da situação. Percebe-se que a relação difícil com a equipe médica, soma-se às angústias da família, gerando um grande sofrimento.

Compreende-se que, cuidar da criança e da família constitui-se de uma relação que gera sofrimento ao profissional enfermeiro quando as expectativas do familiar em relação ao tratamento da criança não são alcançadas. Ainda, o agravamento desse sofrimento pela dificuldade na relação com a equipe médica que não toma a atitude que é esperada pela família e pela equipe de enfermagem.

O cuidado à criança e os questionamentos da família

Na relação com a família, os questionamentos da família sobre o cuidado realizado pode ser um problema para a enfermeira, conforme descrito na fala a seguir:

[...] Às vezes tem dificuldades com os pais [...] Questionamentos, às vezes até da própria equipe, de ver um fazer de uma maneira, outro de outra, eles questionam. Tentando julgar que alguém está fazendo errado para justificar o quadro da criança. Principalmente criança mais grave, que tu sabe que não tem um prognóstico muito bom. Então é aquela negação deles quererem procurar um culpado e achar que isso vai melhorar a situação. (E5)

Desvela-se que, a enfermeira compreende os questionamentos feitos pelos pais das crianças como algo decorrente de uma tentativa de julgamento sobre a atitude correta tomada em relação à procedimentos realizados na criança. Estes questionamentos ocorrem em momentos nos quais o cuidado prestado é modificado pela equipe.

A narrativa desvela, ainda, a compreensão da enfermeira de que esta situação torna-se mais difícil quando a criança possui um quadro de saúde mais grave. Neste caso, a profissional percebe os questionamentos dos pais como uma tentativa de justificar a gravidade do estado de saúde da criança com uma ação realizada pela equipe de enfermagem.

Existe ainda uma preocupação da enfermeira sobre os questionamentos feitos pelos pais em relação aos procedimentos realizados pela equipe na criança, expresso nas seguintes falas:

[...] Então é difícil tu ver a tua equipe sendo questionada e também não consegue fazer nada. Porque algumas pessoas da equipe até instigam os pais a questionar, o que é até uma desunião. [...] Até de administrar um “mamã”, que um vai mais lento, o outro administra mais rápido, de uma medicação, que um faz na bomba de infusão de repente, e o outro faz pingando na bureta comum. [...] No caso essas coisa assim, que no caso, para mim, eu acho que são coisas pequenas porque eu sei que tanto faz a maneira que é feita o resultado vai ser o mesmo. (E5)

Nesta situação, a enfermeira compreende-se em uma situação difícil, pois vê sua equipe sendo questionada em relação ao cuidado prestado. Na compreensão da participante, as

diferentes atitudes não afetam a qualidade do cuidado prestado, pois o resultado das ações não irá modificar-se.

A situação em que os familiares tornam-se questionadores sobre a realização de cuidados de enfermagem é percebida pela enfermeira como algo que é instigado por alguns colegas, caracterizando uma desunião na equipe. Acredita-se ainda, que a maneira como é realizado o procedimento não causará consequências no cuidado à criança.

Ainda sobre as consequências das práticas realizadas pela enfermeira no estado de saúde da criança, a participante descreve a situação em que a família a questionou sobre a realização de um procedimento:

[...] Uma criança tinha uma síndrome também e a gente não conseguia pegar acesso venoso, daí picamos (punção venosa). Só que a família não estava junto, e eu cortei o cabelinho da criança para tentar achar acesso na cabeça. Depois a família ficou bem revoltada porque eu tinha cortado o cabelo, e a criança já tinha uma síndrome e que agora ia ficar com uma aparência feia. E tu sabia que precisava fazer e que a criança precisava do acesso para receber glóbulos. Se estava aqui na UTI é porque não estava bem. [...] Eu fiquei bem... Eu estava lá no começo ainda, estava aprendendo a lidar com os sentimentos de ter família, de ter paciente. E a cobrança da família foi bem ruim mesmo, fiquei um “tempão” pensando naquilo, no que eu poderia ter feito de diferente, como é que poderia ter sido. [...] A gente fica com sentimentos, pensando aquela coisa dias e dias, mas depois passa. Tem que seguir, tem outros pacientes. (E5)

Desvela-se que os questionamentos da família geraram reflexões na profissional sobre qual atitude correta a ser tomada. Nessa situação, compreende-se que a enfermeira preocupa-se com a necessidade de puncionar um acesso venoso na criança, mesmo que isso cause desconforto na família pela modificação da aparência da criança, que possui uma síndrome. Ainda, a compreensão de que o estado de saúde de uma criança internada em uma Unidade de Terapia Intensiva implica na justificativa para o procedimento, pois sustenta a necessidade de realizar intervenções.

Compreende-se que a situação em que a família questionou a atitude da profissional configura-se como uma situação que gerou dúvidas sobre o que poderia ter sido feito de modo diferente. Entretanto, há um reconhecimento de que no começo da carreira profissional, a enfermeira não sabia lidar com presença da família e que esse sentimento vai passar, apesar de estar presente, sendo compreendido pela temporalidade da existência de outros pacientes para cuidar.

A relação com a família da criança devido a sua permanência vinte e quatro horas na unidade pode ser, ainda, considerada algo positivo pela enfermeira, conforme descrito nas falas seguintes:

Aqui tem contato vinte e quatro horas [...] Por um lado é bom porque a criança precisa deles, e querendo ou não tu consegue ter um vínculo entre mãe e filho, para tentar amenizar aquilo ali, e acho que isso é a melhor coisa que tem para eles. [...] Às vezes é complicado, porque a mãe se torna meio exigente e tem coisas que elas não entendem e querem que tu faça, mas não tem o que fazer mais. O caso de pacientes terminais, condutas médicas muitas vezes. (E6)

Compreende-se que, a possibilidade de criar o vínculo mãe e filho é vista pela enfermeira como algo benéfico e necessário, pois ameniza o sofrimento por meio do contato permanente que se estabelece. Entretanto, esse momento pode ser compreendido como algo que pode gerar questionamentos dos familiares em relação ao cuidado à criança. Nessa situação, a mãe da criança torna-se exigente em relação ao cuidado no qual a enfermagem não possui alternativas de ação, principalmente frente a criança em cuidados terminais e condutas médicas.

Os questionamentos dos familiares que já acompanham a criança com doença crônica e possuem conhecimentos sobre os cuidados configuram-se como uma situação complicada a ser enfrentada, como expressa-se na narrativa seguinte:

Questão de familiar que já conhece a doença e tudo, é tipo: “Ah! Faz tal medicação.”. Porque ele já conhece a medicação, já conhece o efeito, e vem de outra unidade. [...] A gente procura seguir o que está prescrito, até para gente também, se proteger, sabe que não pode estar fazendo coisa por vontade, mas aí é complicado quando o familiar vem e diz: “Ah! Lá faziam tal coisa.”. Eu tento explicar. “Aqui não está prescrito, mas se está prescrito eu faço.”. (E9)

Na situação em que a família conhece as rotinas e o quadro de saúde da criança, a enfermeira possui uma preocupação centrada em fazer o que está prescrito pela equipe médica, como uma forma de se proteger das possíveis consequências da realização do procedimento. Ainda, a troca de rotinas de diferentes unidades por conta do estado de saúde cronicado, acaba gerando um conhecimento por parte do familiar sobre as medicações e seus efeitos adversos na criança. Essa situação é difícil para a enfermeira uma vez que pode apenas fazer as medicações já prescritas, precisando esclarecer com a família os motivos pelos quais não pode atender às suas expectativas.

Ainda na relação com a família, situações em que há atrito entre algum profissional de enfermagem e o familiar tornam-se complicadas pela necessidade de acomodar os profissionais que serão responsáveis pelo cuidado da criança, conforme se verifica na fala seguinte:

Familiar vem falar de algum funcionário, porque a gente trabalha e administra o teu turno, “ah porque eu gostaria que você não desse a fulana para...”. Tipo assim, a minha filha não vai ser cuidada por tal funcionária, porque acham meio estúpida, do jeito de atender a criança meio agressiva assim, de largar, aspirar com mais agressividade, machucar, e daí fica complicado [...] eu procuro trocar, mas se não a gente segue uma rotina. Cada noite uma pega um diferente. Tu trabalha com esse essa noite, na próxima noite eu te dou outro paciente. A gente sempre olha na escala, “ah, trabalhou com fulano agora vai ficar ciclano”, para não sobrearregar. Principalmente aquele

paciente mais grave, mais complicado, a gente sempre troca. Para as gurias também, aí essa parte já complica. (E9)

Compreende-se por meio da narrativa que existem problemas relacionados à falta de cautela para a realização de procedimentos que fazem com que os familiares peçam para que o profissional não cuide da criança. Neste momento, a enfermeira possui uma preocupação em trocar o funcionário, porém, está limitada à manutenção da rotina estabelecida na unidade.

A enfermeira reconhece também que o cuidado a criança grave pode sobrecarregar os funcionários. Descreve que essa situação torna-se complicada pela necessidade de fazer trocas relacionadas ao técnico de enfermagem que ficará responsável pelo cuidado. Além disso, demonstra preocupação sobre o técnico de enfermagem que irá cuidar da criança com doença grave por muito tempo, assumindo que isso pode prejudicar a saúde do profissional pelo sobrecarga associada ao cuidado a essas crianças.

Ainda, ao ser questionada como se sentia frente a essa situação como enfermeira, a participante relata:

Eu procuro ficar do lado do justo, mas assim, na parte de justo somos nós. Sempre fico do lado do funcionário, mesmo sabendo a situação [...] eu entendo esse lado deles (dos pais), eu já tive filho que ficou internado, ficou em UTI. Então assim, essa parte assim de mãe, eu também já vivenciei isso, então fica mais... eu entendo a coisa de eles serem agressivos, de brigar, então a gente tenta conversar com eles também, explicar o que foi feito. Então, “sinto muito se sentiu agredido, ou se tu achou que a atitude dela agrediu teu filho, a gente vai procurar conversar e que isso não aconteça mais”, e se ela pedir, “ah não quero mais que ela cuide meu filho e tal”, “olha na medida do possível a gente vai tentar, até essa situação passar, não deixar fulana ficar, mas com a gente trabalha com escala, a unidade é pequena, não vai ter como evitar que ela não assuma”. Então, a gente vai conversar e vai tentar delegar da melhor maneira, mas não é fácil. (E9)

Compreende-se a partir da narrativa que a participante possui uma preocupação em posicionar-se a favor da equipe de enfermagem, compreendendo este como o “justo” nestas situações. Sobre o familiar, coloca-se em uma posição compreensiva, procurando atender o pedido sobre não deixar mais o profissional responsável pelo cuidado, mesmo que, a rotina de escalas acabe por não atender à solicitação dos pais.

No relato, percebe-se que a enfermeira tenta compreender os familiares por já ter passado por uma internação com seu filho, e descreve que entende os motivos pelos quais eles se tornam agressivos. Entretanto, descreve comunicar aos pais que, pela necessidade de trabalhar em escala, eventualmente haverá necessidade desse profissional ficar como responsável pelo cuidado de seus filhos, mesmo que eles não queiram.

4.2.2 Relação entre a enfermeira e a família em unidade pediátrica e aparecimento de vivências morais - análise interpretativa

Na relação existente entre a enfermeira e a família da criança, os diversos níveis de engajamento apresentados nos exemplares, conformam a compreensão das enfermeiras sobre as preocupações relacionadas aos familiares durante a internação em pediatria. A situação em que há uma expectativa da família em relação ao estado de saúde da criança, pode gerar diversos sentimentos relacionados ao engajamento referente à promoção do bem-estar dessa família frente ao diagnóstico desfavorável ou à morte.

O momento em que o diagnóstico de uma doença limitadora de vida é revelado aos pais, pode configurar-se como um momento difícil para a enfermeira quando ela está engajada com o bem estar dessa família. Há um sentimento de que não existem opções que diminuam a dor e o sofrimento da família, revelado pela compreensão da enfermeira de que a situação de um diagnóstico desfavorável é um limitador do cuidado.

Ainda, a preocupação da enfermeira ao colocar-se de forma temporal na vivência da família que havia planejado o nascimento da criança, projetando-se no passado onde a criança foi algo esperado, e reconhecendo que a realidade frustrante de que a criança não sobreviverá gera sofrimento para os familiares. Os questionamentos sobre os motivos que levaram a isso, nessa situação, sem respostas para a profissional, geram sofrimento ao longo do tempo.

Existe uma colocação na qual a enfermeira sente que fez tudo que podia para manter o recém-nascido vivo, mas a doença que tira a possibilidade de que a criança viva, é o limite para o cuidado de enfermagem, gerando sofrimento pela dificuldade de confortar a família. Compreende-se ainda, que a busca pela religião, é revelada como algo que auxilia a compreender a situação no momento em que não consegue aceitar a morte da criança, prevenindo o aparecimento do sofrimento moral.

Referente ao engajamento com a família, as preocupações das enfermeiras relacionadas ao sofrimento dos familiares diante da doença da criança, apresentaram-se nos exemplares como uma preocupação que possui uma corporeidade. No momento em que a enfermeira chora junto à mãe da criança que recebeu um diagnóstico de câncer, revela-se um cuidado em que a enfermeira sensibiliza-se com o sofrimento do outro, demonstrando como seus sentimentos podem ser desvelados pelo engajamento e empatia com o familiar.

Na ocasião do óbito do recém-nascido, o engajamento com a família, gera uma preocupação na enfermeira ao colocar-se no lugar do familiar que tinha uma expectativa sobre a saúde da criança. Assim, ao colocar-se no lugar da mãe, compreende de forma temporal, que

a cada dia que passa cria novas expectativas em relação à recuperação da criança, as quais são difíceis de serem superadas no momento da morte. Ao engajar-se com a família, a enfermeira preocupa-se com as expectativas dos familiares, gerando sofrimento sobre a morte do recém-nascido, no sentido de tentar entender o porquê dessa situação, sem encontrar respostas.

Na relação com os pais, o engajamento da enfermeira no momento da internação, é compreendido pelo reconhecimento desta profissional sobre as dificuldades e sofrimento da família. Dessa forma, preocupa-se em orientar a família, deixando-os seguros e proporcionando conforto, revelando nessa situação, uma preocupação que gera satisfação em atender as necessidades da família e afirma a qualidade do cuidado que advoga pelo paciente.

Ainda, o engajamento com os familiares em situação de morte, pode também gerar sentimentos de satisfação, por estar promovendo o conforto para a família nesse momento difícil. Nessa relação, a enfermeira reconhece o sofrimento da família, e realiza um cuidado no qual se configura como um agente que promove a humanização no cuidado à família no serviço hospitalar.

Após a morte do recém-nascido, há uma preocupação da enfermeira sobre as dificuldades que os pais irão enfrentar, e o comprometimento de que o papel da enfermagem é estar junto com esses familiares, auxiliando e advogando pelos seus direitos. Além do sofrimento sobre a morte da criança, as preocupações da enfermeira em relação à família que perdeu um filho, geram sentimentos de reconhecimento da importância do cuidado de enfermagem, reafirmando a qualidade do cuidado prestado.

Quando a enfermeira está engajada em promover o bem estar da família, o contexto no qual ela está inserida pode fomentar a agência moral dessas profissionais. A situação em que a instituição cria a possibilidade de oferecer a família um tratamento, o qual eles não teriam condições de prover, bem como, a busca por recursos que melhorem a qualidade de vida da família, reafirmam a moralidade das ações de enfermagem.

A relação da enfermeira com a família da criança pode ser também alterada quando há um mau funcionamento na relação existente entre a família e a equipe médica. Ao engajar-se com o cuidado da família, preocupa-se em acomodar as angústias da família em relação ao estado de saúde da criança. Entretanto, no momento em que a equipe médica não atende às necessidades da família, pode sentir-se sobrecarregada, por carregar as angústias comuns à internação, e as angústias geradas pelas expectativas dos familiares em relação às condutas médicas.

No cuidado em pediatria, a permanência do familiar junto à criança durante a internação, é revelada como uma situação que pode gerar diferentes vivências morais para as enfermeiras,

de acordo com o seus níveis e foco de engajamento. Compreende-se que a situação em que o familiar questiona as condutas de enfermagem, possui diferentes compreensões pelas participantes desse estudo.

Nos exemplares descritos, a situação em que o familiar da criança questiona a maneira como a equipe de enfermagem realiza o cuidado na criança, pode ser compreendida com algo difícil para a enfermeira quando ela possui um engajamento voltado para a equipe na qual está inserida. A enfermeira sente um desconforto por ver sua equipe sendo questionada, e acredita que os questionamentos dos pais são baseados na tentativa de encontrar uma justificativa para o estado de saúde grave da criança.

A enfermeira tem uma preocupação direcionada à equipe, diminuindo a voz dos familiares sobre o cuidado à criança. Existe nesta situação uma presunção sobre as ações tomadas no cuidado à criança gravemente enferma, compreendendo que não existe diferença significava na maneira como são realizados os procedimentos, pois não modificam o estado de saúde da criança.

Ainda, a prática não reflexiva da enfermeira sobre as suas ações, cria uma aceitação sobre o estado de saúde da criança. Percebe-se que há uma temporalidade que leva a compreensão de que atitudes que geram desconforto na família e na criança como algo inerente ao cuidado de CRIANES.

No exemplar descrito, a enfermeira compreende a situação em que cortou o cabelo da criança para realização de punção venosa, gerando revolta na família, como aprendendo a lidar com a família da criança no início da vida profissional. Após certo tempo de prática, passa a compreender essa situação como uma fatalidade, tendo como presunção que, o estado de saúde agravado da criança, como uma síndrome, impede o enfermeiro de agir diferente.

Ainda, os questionamentos dos familiares que conhecem a doença da criança bem como os cuidados que a criança precisa podem gerar sentimentos de necessidade de proteger-se na enfermeira. Ao ser questionada sobre alguma medicação diferente da prescrição médica, a enfermeira engaja-se com a necessidade de proteger-se, por meio da utilização das medicações já prescritas.

A responsabilidade da enfermeira como gerenciadora da equipe de enfermagem, pode também modificar o engajamento dessas profissionais em relação aos questionamentos da família. Na situação em que há atritos na relação entre o familiar e o técnico de enfermagem responsável pelo cuidado, a enfermeira engajada com a equipe, compreende o senso de justiça centrado no funcionário, independentemente da situação.

O nível menor de engajamento da enfermeira em relação às reivindicações dos familiares sobre o cuidado agressivo a criança, gera uma compreensão de que a rotina da escala deve ser mantida, mesmo que o familiar tenha pedido para que o funcionário não cuide da criança, causando lacunas na atenção à família.

4.3.1 Relação entre a enfermeira e a criança em unidade pediátrica e aparecimento de vivências morais – análise compreensiva

Na relação existente entre a enfermeira e a criança, as diversas situações apresentadas pelas participantes, divergem conforme o nível e o foco do engajamento e das preocupações destas profissionais. Nessas situações, de acordo com o engajamento da enfermeira em suas ações relacionadas ao cuidado à criança, os resultados alcançados, ou não, podem gerar sentimento de impotência, frustração, fracasso, satisfação, entre outros.

Sentimento de impotência diante do sofrimento da criança e expectativas em relação ao cuidado

Nas diversas situações do cuidado à criança, o momento em que a criança está em sofrimento, pode apresentar-se como uma situação difícil para as enfermeiras, conforme expresso na fala:

[...] Uma criança que está com dor, a gente querer administrar algum analgésico mais potente e não ter prescrito, e a gente não ter como fazer [...] Eu acho bem complicado, porque no momento que tu percebe que a pessoa está com dor, e não... E se sente com as mãos amarradas. Não poder aliviar aquele sofrimento, é complicado. Tu se sente impotente diante dessa situação, de não poder aliviar o sofrimento do outro. [...] Porque a gente está ali para cuidar, e as vezes, se for pensar, que cuidado é esse que tu permite que o outro continue sentindo dor e tu não tomar nenhuma atitude? (E1)

Compreende-se por meio da narrativa, que o momento em que a enfermeira avalia o sofrimento da criança, porém, não possui alternativas viáveis para amenizá-lo, gera sentimento de impotência na profissional por não poder aliviar a dor do paciente. Percebe-se que existe uma preocupação da enfermeira centrada no alívio do sofrimento do paciente, tornando a compreensão sobre o cuidado como algo que não pode permitir o sofrimento do outro. No momento em que essa ação é inibida, ocorre o aparecimento de sentimentos dolorosos como a impotência, também expresso pela fala de “estar com as mãos amarradas”.

A dor da criança configura-se como situação que dispara sentimento de impotência na enfermeira, conforme expressam as falas a seguir:

[...] Dependendo do quadro da criança, às vezes o quadro de convulsões também, tu faz medicação, mesmo assim a criança continua convulsionando, então tu vê que a resposta da medicação não é adequada, isso te deixa meio instigada pensando, poxa vida, não consegui solucionar, que bom que se a gente colocasse a mão na criança e a criança ficasse bem, mas a gente não tem poder para isso. (E1)

[...] Aí tu tem a sensação de impotência, porque tu não consegue, tu gostaria de fazer uma coisa que amenizasse ou até resolvesse, tu sabe que resolver não vai dependendo

da situação, mas amenizasse, só que muitas vezes não. [...] Quando é criança assim é muito ruim, isso desestabiliza a gente [...] Porque não é só o choro no ouvido da gente, é porque ele não tá bem. Então isso desestabiliza emocionalmente a gente. E isso vai deixando a gente cada vez mais sensível com isso. (E4)

Percebe-se nas narrativas que a enfermeira sofre por sentir-se incapaz de mudar a condição de saúde da criança. Essa situação ocorre pelo quadro de saúde complexo da criança, e pela impossibilidade de que ele seja mudado em função dos limites que são apresentados pelo tratamento clínico.

Os sentimentos dolorosos narrados emergem da inviabilidade de que as ações realizadas mudem o quadro apresentado, ou seja, a criança ainda sentirá dor após a realização do procedimento. Dessa maneira, compreende-se que o sofrimento não é apenas pelo impedimento de realizar ações, mas também, pela não melhora da criança, expresso na fala “não é só o choro no ouvido da gente, é porque ele não tá bem” (E4).

Ainda sobre as expectativas da enfermeira em relação à melhora do estado de saúde da criança, a dificuldade na relação com a equipe médica pode agravar o sofrimento da profissional, conforme se verifica na narrativa a seguir:

Esses dias que eu me descompensei lá e eu disse para médica: "O dia que eu achar que isso aqui é normal então eu vou embora.". [...] Nós não somos Deus, mas alguma coisa a gente vai fazer, a gente vai fazer o que? Deixar essa criança morrer chorando não dá! (E4)

Compreende-se que na situação em que a enfermeira preocupa-se com as consequências das ações no cuidado à criança, desvela-se uma compreensão sobre a responsabilidade das ações em relação aos resultados na saúde da criança e o aparecimento de sentimentos dolorosos quando suas expectativas não são atingidas. Ou seja, a colocação da enfermeira compreendida de um sentimento que possui uma corporeidade no momento de conflito com o profissional médico, expressada pela fala como “descompensei”.

Ao descrever a situação, a participante relata ainda as consequências que o momento de estresse traz para o cuidado da enfermeira:

É ruim porque tu te sente mais fragilizada, tu fica com adrenalina e tal. No momento tu perde um pouco mais da questão da concentração. [...] Então se eu tiver, como nesse dia depois dessa situação, eu pedi paras gurias, tinham dois nenês para puncionar, eu deleguei pros técnicos. "Gurias, eu não tenho condições de puncionar, então vocês puncionem". [...] Daí consigo me recuperar para manter o plantão, mas isso é uma coisa que te incomoda, e vai ficar por muito tempo. (E4)

Compreende-se que a situação de conflito com equipe médica acaba tendo consequências na concentração dispensada pela profissional para realizar procedimentos, uma vez que suas emoções foram carregadas de uma corporeidade que fragilizam o cuidado da

enfermeira. Desvela-se a necessidade de que a profissional busque por ajuda na equipe a qual está inserida no relato de ter solicitado aos técnicos de enfermagem a realização de procedimentos, por sentir-se insegura para realizá-los, devido ao estresse gerado na situação. Além disso, desvela-se a permanência deste sentimento doloroso que acarreta em sofrimento para a profissional.

Dúvidas e decisões sobre o cuidado e autonomia no serviço

No processo de decisão sobre as atitudes referentes ao cuidado a criança, diversas situações causam dúvidas na enfermeira sobre qual a coisa certa a fazer, como expressam as falas a seguir:

[...] Eu me questionei realmente se não era de fato o melhor para aquela criança tirar aquela sonda e tentar se alimentar via oral realmente. Porque poderia ser que aquela criança estava sentindo falta mesmo de uma alimentação, de sentir o gosto dos alimentos pela boca, e a mãe realmente teria razão do que estava falando. [...] Como é que vou te dizer? Avaliar o risco benefício de modificar uma tomada de decisão. [...] Porque a mãe que conhece realmente a criança, mas aí tu vai avaliar a parte do médico, o que ele está tentando evitar? Um risco de uma pneumonia aspirativa? Que pode vir acontecer, não quer dizer que vá acontecer, mas tem a chance de ocorrer. Então eu fiquei me questionando, o que era mais adequado para aquela criança naquele momento. [...] A gente se sente de mão atada. Podia fazer alguma coisa, mas não faço. E aí, como eu te falei antes, eu me sinto impotente. Como se eu não estivesse exercendo de fato a minha função, que eu deveria exercer. (E1)

Compreende-se que há uma dificuldade por parte da profissional em avaliar qual a conduta mais adequada a ser tomada, em uma posição na qual está colocada entre o pedido da mãe, que muitas vezes conhece a criança melhor do que o profissional de saúde, e a conduta médica, que se caracteriza por buscar a melhora do estado de saúde paciente. Desvela-se então, um dilema sobre qual o percurso de ação correto a ser seguido em função da dualidade de opiniões entre mãe e equipe. Este dilema torna a prática da enfermeira reflexiva sobre o que é o melhor para a criança naquele momento, acarretando em sentimento de ansiedade sobre o cuidado prestado.

Desvela-se na narrativa da participante que a dúvida sobre qual a atitude a tomar gera sentimento de impotência em relação ao cuidado à criança, descrito na fala como estar “de mãos atadas” por não conseguir tomar uma atitude que diminua o sofrimento da criança. Essa situação gera sofrimento expresso também pela descaracterização da função da enfermeira como profissional que promove o bem estar do paciente.

Ainda sobre as atitudes da enfermeira que priorizam o melhor para a criança, a tomada de decisão que considerou correta traz também sentimentos de satisfação, conforme se verifica na fala a seguir:

Uma criança que tinha feito apendicectomia e o médico queria que colocasse uma sonda porque ele estava vomitando [...] Mas eu avalei e achei que naquela situação o ideal era não passar porque iria prejudicar mais a criança. [...] Porque a gente tem que ter uma conduta de avaliar o que que é melhor para criança ou não. [...] Eu me senti bem, senti como se tivesse cumprido a minha missão. Foi isso que eu senti... Que através dos meus conhecimentos eu consegui pôr em prática alguma coisa para amenizar o sofrimento daquela criança. (E1)

Compreende-se que não ter acatado uma orientação médica gerou um sentimento positivo na enfermeira a respeito do curso de ação escolhido pela profissional. Isto se deve ao sentimento de ter feito o melhor pelo paciente e ter conseguido proporcionar conforto através de seus conhecimentos. Por consequência, desvela-se que a livre decisão sobre não acatar uma prescrição médica, gerou uma satisfação que reafirma a “missão” do profissional de enfermagem em relação ao cuidado de promover o seu bem estar e conforto.

Diferente disso, os locais que inibem a autonomia profissional dificulta o trabalho da enfermagem, podendo trazer consequências para a criança e para a profissional, conforme expresso na narrativa a seguir.

[...] Ele foi para casa, ele sobreviveu. Só que o nenê fez o exame do olhinho lá, o nenê totalmente cego. Então uma coisa que eu penso assim: “Meu Deus, foi em decorrência da terapia!”. Eu sei que era necessário ele estar recebendo suporte de oxigênio, mas até que ponto eu podia estar controlando isso? E a gente tinha assim, uma, a autonomia do enfermeiro lá naquele serviço, a gente não tinha. A gente não podia mexer em concentração de oxigênio. Então é uma coisa que às vezes o nenê estava saturando cem por cento, mas não podia ir lá mexer. [...] Mas aqui no hospital a gente tem total autonomia. Então tu vê um nenê saturando cem por cento e ele não está retendo O₂ lá na gasometria dele, não tá retendo PCO₂, a gente vai lá e recusa o O₂. Tu tem autonomia para isso. Porque tu sabe que futuramente esse nenê vai te agradecer por isso. (E3)

Compreende-se que o contexto de trabalho que impede a enfermeira de agir autonomamente pode trazer consequências para o cuidado prestado. Ainda, a preocupação com os resultados das ações realizadas na saúde da criança gerando uma prática reflexiva, na qual a enfermeira questiona a necessidade da utilização de uma terapia que acarretou em sequelas permanentes para o recém-nascido. No momento em que o serviço possibilita uma decisão autônoma existe uma satisfação pelo cuidado, pois existe uma colocação temporal da enfermeira preocupada com o futuro da criança após a internação.

Existe ainda uma preocupação da enfermeira com os resultados negativos de um procedimento na saúde da criança, conforme expressa a fala a seguir:

Só que assim, tu está fazendo uma coisa, tu é responsável pelo o que tu está fazendo. E aí tu começa a se questionar: “Nossa! Será que eu não contribuí para aquilo? E o que que vai ser com essa criança? Qual vai ser a sequela?” Então assim, foram dois dias que aquilo foi comigo para casa e ficou comigo em casa. [...] Antes de ser mãe eu pensava naquela coisa de se colocar no lugar, agora, depois que tu tem filho, não tem, é pior ainda! Porque aí sim tu te coloca mais ainda no lugar. Porque tu pensa: “nossa, se fosse um filho meu, como é que eu ia me sentir diante de uma situação dessas?” [...] Eu acredito que o enfermeiro tem que ter acesso a raio x. Eu não preciso pedir para um residente olhar, eu tenho condição de olhar um raio x e ver onde que está a posição do cateter. [...] Porque se eu tivesse acesso... de repente ela (médica) não tinha tempo naquele momento, eu poderia ter olhado. (E2)

Na situação em que a enfermeira descreve ter percebido as alterações na criança, porém seu pedido para que a equipe médica avaliasse a posição do cateter foi negligenciado, havendo uma conclusão de que um erro havia sido cometido, compreende-se que existe um sentimento de responsabilidade por parte da profissional sobre as possíveis consequências do erro na saúde da criança. A compreensão da enfermeira sobre as responsabilidades pelas consequências do cuidado realizado na criança gera sentimentos dolorosos como frustração relacionados a possibilidade de causar danos permanentes à saúde da criança.

Compreende-se que para a enfermeira, a temporalidade vivenciada por meio da vivência da maternidade pode culminar na potencialização do sentimento de culpa sobre o resultado negativo no cuidado prestado. Além disso, a maternidade como situação que implica na colocação da enfermeira na posição da mãe que vivencia o momento de doença do filho.

Ainda, diante do sentimento de responsabilidade expresso pela enfermeira, compreende-se a possibilidade de que a enfermeira possa avaliar a posição do cateter central como um cuidado que gera preocupações na enfermeira. Nessa situação, o profissional sente-se capaz de fazer essa avaliação, podendo ser essa uma alternativa que melhoraria a qualidade do cuidado prestado, porém está impedida pelo contexto de realizá-lo.

Na relação com a criança, a falta de tempo para realizar orientações aos pais do recém-nascido com necessidade especial de saúde desvela-se como uma situação que gera preocupações na enfermeira, conforme expresso nas narrativas seguintes:

O que me barra muito é por questão do tempo, da gente estar sempre correndo, a gente estar sempre ‘com a corda no pescoço’ com mil coisas para fazer [...] Então é uma coisa que eu vejo. Isso me inquieta muito de eu ver, a falta desse tempo. [...] Às vezes eu vejo o nenê dando e alta e eu não conversei com a mãe. Quem conversou foi o técnico, foi o auxiliar de enfermagem, muitas vezes. [...] Eu acho que delegar isso para um técnico ou para um auxiliar é uma coisa que tira um pouco a tua identidade como enfermeiro aqui dentro. [...] Um pouco me decepciona, eu fico triste com isso no sentido de não poder estar exercendo o que é meu de direito, que é de obrigação. (E3)

Compreende-se que existe um sentimento de culpa no momento em que a criança recebe alta e os pais não recebem a orientação para os cuidados no domicílio da maneira que a enfermeira acredita ser a mais adequada. Além disso, percebe-se a preocupação relacionada ao cuidado da criança no pós-alta, gerando uma preocupação de que as orientações para o cuidado são de responsabilidade da enfermeira, e que ao não ocorrerem acabam por descaracterizar o serviço desta profissional, retirando a identidade da profissional. Ainda, a compreensão de que esta é uma obrigação da enfermeira gerando um sentimento de decepção no trabalho.

Além disso, a participante descreve as preocupações relacionadas à decisão sobre qual cuidado é mais importante no momento em que precisa optar entre atuar em uma emergência ou orientar a família do recém-nascido para alta:

Eu me sinto um pouco quase impotente sabe, de tu estar assim, tu tem que fazer, mas aí as tuas demandas lá do... Tu tem uma emergência, tu tem um nenê que parou, ou tu tem que fazer um procedimento, alguma coisa, sempre alguma coisa mais urgente que eu preciso fazer [...] A gente fica nesse dilema assim. [...] Então eu fico muito pouco lá no pré-alta para estar realizando, mas eu sinto falta disso. [...] Por que ali é a tua obrigação legal e moral tu estar fazendo isso, e tu não consegue. É obrigação legal, perante teu código de ética. Tu assume um compromisso quando tu faz o juramento. E a tua obrigação moral, eu acho que tu tem obrigação moral de estar fazendo, porque a tua consciência está dizendo que isso é o certo. Então tu deveria ter feito isso, e tu não fez. Então é isso que dá o sofrimento, de tu não estar conseguindo fazer de forma... Muito mais do que legal, é o sofrimento da cabeça, é o moral da gente. (E3)

Compreende-se que a enfermeira sente-se dividida entre quais as ações que são prioridade na atenção à criança. Nesta situação, desvela encontrar-se em um dilema entre o recém-nascido em situação de emergência e o preparo dos pais para a alta hospitalar. O sentimento gerado por esse dilema é descrito como impotência diante do impedimento de realizar uma demanda que é descrita como uma obrigação legal da enfermeira.

Além disso, desvela-se na fala da enfermeira a utilização de conceitos relacionados à ética em enfermagem e o cuidado ético em pediatria de forma ainda imatura, com confusões ligadas as definições dos termos ética e moral. A participante descreve como obrigação legal do enfermeiro realizar as orientações aos pais, citando o código de ética profissional e o juramento feito para exercer a profissão. Entretanto, define como obrigação moral a consciência do enfermeiro sobre realizá-las, ou não, em seu cotidiano, definindo esta como a consciência do profissional, e relacionando o sofrimento a esta dimensão.

Relacionado também ao sentimento de responsabilidade da enfermeira pelos resultados, existe no retorno positivo, ou seja, na melhora do estado de saúde da criança, uma satisfação sobre o seu trabalho, expresso nas narrativas seguintes:

[...] Tem dias que tu vem trabalhar e tu sai para baixo, mas aí daqui a pouco tem um dia que tu veio e tu vê uma criança que melhorou, que foi embora, deu tudo certo, e que as vezes tu vê que tu contribuiu, aí já vai lá para cima. Então são altos e baixos, não é um contínuo. (E2)

[...] Mas apesar de tudo isso que eu já te falei, a gente se sente muito satisfeito por isso. [...] Porque a maioria dos nossos nenês saí bem. (E4)

[...] Apesar dos sofrimentos e de algumas perdas a gente tem muito retorno positivo. Isso recompensa tudo! (E5)

[...] Sabe o que é, tu ficar em cima de uma criança [...] a tarde inteira, o dia inteiro, e essa criança sair bem? É tão gratificante. (E7)

[...] Mas quando evolui também, é bem gratificante, saem daqui dando tchau, virem depois, segue no ambulatório, segue depois um ano, dois anos, alguns meses aqui e a gente vê que tão bem, é bem gratificante mesmo. (E9)

Compreende-se que os resultados positivos na saúde da criança geram sentimentos de satisfação pelo enfermeiro por meio da compreensão de que o cuidado prestado foi satisfatório e contribuiu para a melhora da criança. A enfermeira sente-se gratificada pela vida sadia da criança e compensada pelas possíveis perdas decorrentes do cotidiano de trabalho da enfermeira. Portanto, desvela-se que o cuidado que gerou uma melhora no quadro de saúde da criança acarreta em sentimentos de satisfação e contentamento na profissional, prevenindo o aparecimento de sofrimento.

Sentimento de culpa por realizar um procedimento doloroso na criança

A situação em que existe a necessidade de encontrar um acesso venoso na criança que enfrenta múltiplas intenações conforma-se como uma situação difícil para a enfermeira, conforme a narrativa seguinte:

Um caso que é bem recorrente assim nessas crianças que internam com frequência, que são as CRIANES no caso, é a questão do acesso venoso por exemplo. São crianças que, como elas tem múltiplas intenações, elas têm uma rede venosa muito usada, é muito difícil. Então, esse é um tipo de caso, assim, que às vezes tu fica ali, e tu tenta, e tu tenta, e tu passa, e: (referindo falar com o médico) “Olha, a criança não tem condição, precisa de um acesso central.”, “Ah! Mas hoje o plantão não vai vir.”, ou, “Não, tem que deixar para segunda.”, ou, “Vai tentando...”, porque não querem infectar o cateter. Só que assim, e a questão da humanização? Porque não é aquele profissional que está lá picando uma criança “n” vezes. Vendo que aquilo ali. Às vezes tu até consegue um acesso, mas tu diz: “Olha, isso aqui não vai durar.”. E a mãe principalmente que é quem está mais presente, que já conhece a criança, ela já chega te dizendo: “Olha, não vai dar!”. E ela sabe que não vai dar. Então, assim, tu acaba expondo a criança desnecessariamente. Aí daqui a pouco tu levou ali, quatro dias ali naquela, praticamente uma tortura, aí eles resolvem passar um cateter. (E2)

Compreende-se que existe uma preocupação da enfermeira sobre a realização de procedimentos dolorosos que se agrava devido a exposição da criança que possui uma rede venosa fragilizada, a múltiplas punções venosas. Nessa situação, a não colaboração da equipe médica aumenta o sentimento de que o enfermeiro está causando sofrimento à criança através da punção venosa. A preocupação da enfermeira com o cuidado prestado gera uma compreensão de que realizar estes procedimentos é sofrimento para a criança.

Percebe-se na narrativa que existe uma compreensão sobre a importância do conhecimento da mãe sobre o estado de saúde da criança, uma vez que ela é quem está presente o tempo todo com a criança. Além disso, o sentimento de estar causando uma “tortura”, agravado pela falta de colaboração da equipe médica, que não é responsável pela punção venosa, entretanto, poderia realizar outro tipo de procedimento que aliviaria o sofrimento da criança.

Ao ser questionada sobre como se sente frente a essa situação enquanto enfermeira, a participante descreve:

É sofrimento! Porque tu já vai assim, quando alguém chegar: “Criança tal perdeu acesso.”, aí já começa aquele pesadelo. Porque tu já está vendo tudo que tem pela frente. [...] Porque tu também sabe que aquela criança precisa daquela medicação. Então não é simplesmente tu dizer não, não vou fazer. [...] É complicado porque é uma decisão que tu está tomando, mas na verdade não seria necessária. Esse que é o grande sofrimento da coisa. Teria que ter uma equipe que sentasse junto e dissesse “eu conheço essa criança, vai fazer tanto tempo de antibiótico, pega um cateter”. Simples assim. [...] Mas é um sofrimento que acho que não teria necessidade. Nem para família, nem para criança, nem para equipe. (E2)

Compreende-se que, apesar do reconhecimento da necessidade de a criança receber a medicação, existe um sofrimento relacionado ao estresse causado à criança diante das múltiplas tentativas de punção venosa periférica. Desvela-se um sofrimento relacionado a essa compreensão, definido pela participante como um “pesadelo”. Acredita-se ainda, que a falta de colaboração da equipe médica, expressa pelo relato do uso tardio de um cateter central, acaba por expor a família, a criança, e a equipe de enfermagem a um sofrimento desnecessário.

Diferentemente disso, a compreensão da enfermeira sobre a realização do procedimento pode diminuir a carga de culpa, conforme descrevem as falas a seguir:

[...] Ficar pensando: “Ah! Eu não consegui pegar um acesso, será que é incompetência ou a criança que não tem mesmo ou que é difícil de acesso?”. Tu fica com esse pensamento sempre. “Será que o problema sou eu, ou é a criança?”. Mas aí tu vê outros colegas tentar, gente até com mais experiência, como foi o meu caso, que eu ainda estava há pouco tempo aqui e aconteceu. [...] Eu acho que não tem o que evitar. [...] Tu não conseguir pegar o acesso em uma criança não tem maneira de evitar, uma criança que já tem uma síndrome. [...] Se eu tenho dúvida de alguma atitude eu sempre

procuro me certificar de que tá certo ou tá errado com outras pessoas para não assumir sozinha. (E5)

Desvela-se na narrativa uma colocação, onde a situação na qual a criança possui uma síndrome, configura-se como algo limitador para as soluções possíveis de serem encontradas. A participante questiona-se sobre quais seriam os motivos para a falha no procedimento de punção venosa, incompetência do profissional, ou o estado clínico grave da criança. Na reflexão sobre as causas da falha do procedimento, refere observar colegas mais experientes passarem pela mesma situação.

Acredita ainda que compartilhar a decisão com a equipe, evita que se sinta culpada pela tomada de atitude. Desvela-se na narrativa que há uma diminuição do sentimento de culpa pela realização do procedimento no momento em que a decisão é compartilhada, prevenindo o aparecimento de sofrimento.

Processo de morte em pediatria

Situações nas quais o tratamento curativo em crianças sem um prognóstico de cura permanece sendo realizado geram uma reflexão sobre a morte do paciente pediátrico, conforme expresso na fala a seguir:

[...] Algumas coisas assim, umas situações que a gente sabe que a evolução é o óbito, questão de dias ou horas, aí nessas coisas assim eu acho que é feito muita coisa. É feito medicação, é feito procedimento invasivo, coisas assim que só prolongam aquele sofrimento. [...] Foi prolongando, prolongando e o paciente foi quase dois meses aqui em função disso. [...] Eu acho que ele não estava sentindo nada, não sentia dor, mas o familiar está ali sofrendo. [...] Eu não sei se eu me acostumei, eu não sei, mas é estressante assim. A gente já sai de casa querendo que a situação tenha se concluído já, que não exista mais. (E9)

Desvela-se na narrativa o reconhecimento da enfermeira sobre a morte como algo que não pode ser evitado, mesmo em uma unidade de terapia intensiva. A preocupação com o sofrimento da criança gera uma compreensão de que os procedimentos invasivos realizados acarretam em um sofrimento desnecessário, uma vez que o óbito será o desfecho da situação.

Diferentemente, a enfermeira pode realizar um cuidado que prioriza a vida, apesar do mau prognóstico da criança, conforme expresso na narrativa a seguir:

[...] Uma criança da hemato (Hemato-Oncologia), acho que tinha uns seis anos. Edemaciado, sem cabelo, rim parando de funcionar, mas a criança falando. [...] Essa é uma situação assim que eu não esqueço, de ela pedir água, que não era para deixar ela morrer com sede, e ela morrer naquela noite. [...] Mas eu sabia que eu estava fazendo a coisa certa, tanto é que depois ela foi entubada. [...] Não é para dar não

vamos dar. Mesmo que peça, infelizmente. Porque a situação pode ser diferente, ela podia ser entubada e ter revertido. (E9)

Compreende-se na narrativa que a enfermeira possui uma preocupação com a vida da criança que ainda comunica-se com a equipe. O sentimento de preocupação é expresso pelo cumprimento de uma orientação médica de não ofertar líquidos por via oral, uma vez que pode ocorrer a necessidade de uma intubação oro traqueal. Na situação, a participante sente que fez a coisa certa, expresso pela compreensão de que o quadro poderia ser resolvido, e que mesmo que o desfecho tenha sido a morte, poderia ser diferente.

Ainda nessa relação, existe uma compreensão de que é possível acostumar-se com essas situações presentes no cotidiano, conforme expresso nas falas a seguir:

Eu venho aqui, trabalho, faço a minha parte, e saio daqui, pronto. Vou para casa, faço algum comentário e coisa, e só vou vivenciar isso de novo quando eu volto aqui. Eu não fico em casa pensando nisso. [...] Se acostuma com a situação que as crianças são graves. Mas assim, como é que eu vou te dizer que eu me acostumo... Eu acho que eu gosto do que eu faço. (E9)

Nas narrativas, desvela-se a compreensão da enfermeira sobre como é possível habituar-se a situação de cuidar de crianças em uma UTI Pediátrica. Percebe-se que existe um desapego da situação no momento em que a profissional retorna ao lar, sem que o cotidiano de situações de doença permaneça em seu dia a dia. Ainda, a satisfação profissional em realizar um trabalho que é algo que traz prazer, como uma compreensão que inibe o aparecimento de sentimentos dolorosos devido às situações de estresse.

Ainda na relação com a criança, cuidar de crianças com sequelas neurológicas graves e permanentes gera diferentes compreensões, como expresso nas narrativas:

[...] Porque a família acha que ele vai melhorar, e a gente fica aqui, sabendo que não vai. [...] Eu cuido porque é o meu papel. Meu papel de enfermeiro de fazer o melhor pelo paciente e pela família. [...] Não vou ser eu que vou dizer para mãe, não faz mais nada pelo teu filho que ele não vai passar disso. [...] Tem um certo bloqueio assim, como que eu vou te dizer, eu acho desnecessário, mas eu cumpro o meu papel como enfermeira. A ética não me permite que eu fale para mãe ou que eu aja de maneira diferente. [...] Por mais que eu tenha essa opinião formada de que sei que não vai adiantar de nada muita coisa do que se faz, mas eu faço. Qualquer cuidado que for importante para o familiar. (E5)

[...] Tem que cuidar o normal, igual tu cuidaria dos outros. Independente de eles estarem numa situação de que não tem retorno. [...] Tu não rotula ele. É um paciente igual a outro qualquer, só que tu tem que saber que ele não vai ter condições. [...] Tu sempre tenta proporcionar... Diminuir o estresse da mãe para prestar conforto. (E7)

Compreende-se por meio das narrativas que o cuidado à criança que possui sequelas neurológicas volta as preocupações da profissional para o conforto da família e da mãe que acompanham o paciente. Existe a compreensão de que o papel da enfermeira neste momento é

cuidar realizando procedimentos que a mãe ache necessários, uma vez que, isso proporcionará um consolo a ela frente a situação.

Além disso, a compreensão de que este é o compromisso ético da enfermeira, e que a ética profissional não permite que os cuidados não sejam realizados. Desvela-se uma compreensão equivocada sobre a ética profissional, que geram uma compreensão que mesmo que desnecessários, os procedimentos devem ser feitos, inibindo o aparecimento do sofrimento.

Ainda, desvela-se que a enfermeira possui uma compreensão de que todos os cuidados devem ser realizados, mesmo que a criança não tenha perspectiva de melhora, pois todos os pacientes precisam receber o mesmo cuidado. Essa compreensão volta as preocupações para o conforto da mãe, que é a responsável pelo cuidado à criança.

4.3.2 Relação entre a enfermeira e a criança em unidade pediátrica e aparecimento de vivências morais – análise interpretativa

Na relação existente entre a enfermeira e a criança, os diversos níveis de engajamento das participantes modificaram as suas compreensões sobre as preocupações relacionadas aos resultados das ações direcionadas ao cuidado da criança. Nas situações em que se encontra engajada com o paciente, existe uma preocupação sobre a responsabilidade diante das consequências do cuidado na saúde da criança. Os sentimentos relacionados a essas preocupações podem incluir angústia sobre o sofrimento da criança, frustrações sobre o possível desfecho negativo bem como a satisfação em participar da recuperação da criança enferma.

Na situação em que a criança está sofrendo, a enfermeira engajada com o paciente, compreende-se como responsável por amenizar este sofrimento, e pode sentir-se impotente quando não é capaz de impedir que isso aconteça. A resposta negativa da equipe médica diante das reivindicações dos enfermeiros sobre a necessidade de alguma tomada de atitude, como por exemplo, a prescrição de analgésicos mais potentes, faz com que o profissional sinta-se frustrado sobre o cuidado, por estar impedido de promover o bem-estar da criança.

Ainda, o momento em que a criança está em sofrimento, descrita pelo exemplar apresentado como o choro do recém-nascido, gera uma preocupação de que essa situação se resolva. A enfermeira descreve o sofrimento relacionado ao reconhecimento de que as ações possíveis de serem realizadas já foram esgotadas e a dor da criança permanece, sentindo-se impotente diante da situação.

O nível de engajamento do enfermeiro com os resultados à saúde da criança também influencia na avaliação que este faz sobre quais seriam os melhores interesses da criança. A enfermeira engajada pode considerar que sua decisão autônoma é de fundamental importância para a garantia dos melhores interesses da criança, podendo modificar uma orientação com a qual ela não concorde que trará benefícios.

Há nas relações com o paciente pediátrico, um reconhecimento sobre os melhores interesses da criança tendo por base a avaliação sobre o estado de saúde apresentado, considerando os aspectos biológicos e comportamentais. Existe um reconhecimento da enfermeira sobre a responsabilidade da tomada de decisão bem como um manejo da autonomia para decidir sobre uma conduta médica prescrita.

Compreende-se que a prática profissional da enfermeira torna-se mais eficiente em relação à manutenção dos cuidados que considerem os melhores interesses da criança em locais de trabalho que preservem a autonomia profissional dos enfermeiros. Dessa maneira, o local

onde a enfermeira tem a possibilidade de decidir de forma autônoma sobre uma conduta pode contribuir para prevenção de possíveis sequelas à criança bem como para a satisfação e o bem estar da profissional.

Na situação em que ocorreu um evento adverso durante o cuidado à criança, a enfermeira se preocupa e se questiona sobre as consequências disto à saúde da criança e sua responsabilidade diante dessa situação. No exemplar descrito neste estudo, a preocupação da enfermeira sobre a possibilidade de ter contribuído para o estado de saúde agravado da criança, gera uma prática reflexiva, na qual se coloca como responsável sobre os resultados dos procedimentos realizados, mesmo quando realizado por outro profissional.

As situações em que o contexto em que a enfermeira está inserida impedem que ela promova ações que considera importantes, acabam por gerar questionamento. A situação em que o recém-nascido deixa o hospital sem que os pais tenham sido orientados sobre os cuidados à criança, gera preocupações na enfermeira sobre a qualidade do cuidado prestado.

Ao engajar-se com o cuidado à criança no pós-alta hospitalar, a enfermeira reconhece a sua responsabilidade sobre orientar os pais para o cuidado no domicílio. Entretanto, o excesso de atividades na unidade, torna-se um limitador para a realização dessa prática, gerando sentimento de culpa por não estar agindo de acordo com as suas preocupações.

Ainda, a prática reflexiva sobre as questões que impedem a enfermeira de realizar a ação que considera correta é desvelada nesse exemplar como uma preocupação que gera questões éticas no cuidado. Contudo, compreendem-se na narrativa da participante, conceitos ainda não bem desenvolvidos sobre ética e moral na prática assistencial, relacionando ética a uma obrigação legal e moral à “consciência” da profissional.

Os diferentes níveis de engajamento das enfermeiras com o cuidado à criança modificam a compreensão sobre a realização de um procedimento durante a prática cotidiana. Nos exemplares descritos, nesse estudo, verifica-se as diferentes vivências dessas enfermeiras relacionadas a essa situação, e as diferentes formas de compreensão sobre esse fenômeno.

Nos exemplares, verifica-se que a enfermeira que possui um alto nível de engajamento com o cuidado, reconhece a fragilidade da rede venosa da criança que enfrenta múltiplas intenações, preocupando-se sobre a necessidade de realização desse procedimento. Na prática reflexiva deste profissional há um questionamento sobre a necessidade de que outras alternativas sejam buscadas, evitando o sofrimento da criança e da família, e promovendo o bem-estar e alívio do sofrimento para o paciente. Além disso, sente-se frustrada nessa situação pela impossibilidade de tomar a atitude que considera correta.

Diferentemente, a profissional que possui um nível menor de engajamento, pode realizar uma prática de enfermagem pautada em uma aceitação sobre a situação. No exemplar descrito, a enfermeira reconhece que o sentimento de questionar-se sobre a dificuldade de realizar uma punção venosa em uma criança com uma síndrome está relacionado ao desconhecimento sobre como lidar com essa situação no início da vida profissional.

Existe uma compreensão de que não existem alternativas diante da criança com uma doença grave, e que a melhor forma de lidar com esta situação seria algo a ser adquirido por meio da experiência profissional após anos de trabalho. Ainda, o compartilhamento com a equipe sobre a decisão evitando o sentimento de culpa sobre a realização de um procedimento desnecessário.

No cuidado à criança em fim de vida, desvela-se uma ambiguidade, na mesma participante, de vivências morais relacionadas aos tratamentos de manutenção de vida em pediatria. A enfermeira reconhece na criança em estado de coma, que os procedimentos invasivos realizados aumentam o sofrimento do familiar que acompanha essa trajetória, compreendendo essas ações como algo desnecessário. Descreve que acredita que o melhor para o paciente seja a morte, como uma forma de diminuir o sofrimento.

Entretanto, ao narrar uma situação marcante para sua vida profissional, a participante descreve o momento em que uma criança com câncer em estado avançado, com prescrição médica de não receber nada por via oral, pede para que não a deixe morrer com sede. Nessa situação, compreende-se que mesmo diante da situação iminente do óbito, a enfermeira possui uma preocupação sobre as possibilidades de que a criança pudesse sobreviver.

A compreensão da enfermeira de que haveria possibilidades, gerou um sentimento de estar fazendo a coisa certa, afirmando a moralidade da ação. Compreende-se que a enfermeira navega nas diferentes situações de acordo com as suas preocupações, que podem modificar-se diante da relação como o paciente e o seu estado de saúde.

Ainda, o cuidado à criança com seqüela neurológica grave, sem resposta positiva ao tratamento, gera diferentes engajamentos e preocupações. Nos exemplares, o foco do engajamento pode voltar-se para a família da criança, resultando em uma compreensão de que não há nada que possa ser feito que cause uma evolução no estado de saúde do paciente, mas sim, um cuidado que conforte a mãe, mantendo a esperança sobre o quadro de saúde do filho.

Na situação descrita, a enfermeira desvela conceitos sobre a prática ética da enfermagem, ainda pouco desenvolvidos sobre as consequências do cuidado à criança. Desvela-se na narrativa uma compreensão de que a prática ética da enfermagem a impede de dialogar com a mãe da criança sobre a impossibilidade de melhora do estado de saúde, realizando

procedimentos que julga supérfluos, justificados pela vontade da mãe de que a criança continue recebendo o tratamento. Esta compreensão impede que a enfermeira sofra em função da realização de procedimentos desnecessários no cuidado.

Ainda, em outro exemplar, a compreensão de que apesar de possuir uma condição limitadora e complexa, sobretudo existe uma criança que necessita de cuidado. Neste caso, a enfermeira possui uma preocupação em cuidar do paciente e promover o bem estar, compreendendo que a prática de qualidade da enfermagem deve priorizar o cuidado da criança, independente do seu prognóstico.

Contudo, os diversos engajamentos das enfermeiras também conformam inquietações que geram sentimentos de satisfação em seu cotidiano de trabalho. Existe na melhora do estado de saúde da criança que esteve sob cuidados dessa profissional, a afirmação de que o cuidado prestado foi efetivo, gerando consequências boas na saúde do paciente. Assim, sente-se gratificada no momento em que reconhece que seu trabalho contribui para a melhora da criança e o retorno ao convívio com os pais, reafirmando a moralidade das ações de enfermagem.

5 APRESENTAÇÃO DOS CASOS PARADIGMÁTICOS

5.1 CASO PARADIGMÁTICO 1 – A ENFERMEIRA COM ALTO NÍVEL DE ENGAJAMENTO NO CUIDADO À CRIANÇA E AS VIVÊNCIAS MORAIS PRESENTES NO SEU COTIDIANO

No primeiro caso paradigmático, ao ser instigada a narrar alguma situação em que tenha se sentido impedida de tomar alguma atitude que considerava correta, desvela-se, no imediatismo do mundo da participante, a preocupação em aliviar o sofrimento do paciente. Compreende-se que o engajamento da profissional gera uma compreensão sobre a responsabilidade da enfermeira em promover o alívio da dor na criança.

P - Eu gostaria que tu me contasse, sobre alguma vez lá na pediatria, do teu cotidiano, do teu dia a dia de cuidado, que tu passou por alguma situação em que tu sabia que tu deveria fazer alguma coisa, mas tu não conseguiu fazer. Alguma história, de alguma vez que isso aconteceu.

EI - Já assim de... Um exemplo de uma criança estar com dor, a gente querer administrar algum analgésico mais potente e não ter prescrito e a gente não ter como fazer.

P – E como que foi para ti isso?

EI - Eu acho bem complicado. Porque no momento que tu percebe que a pessoa está com dor, e não... E sente... Com as mãos amarradas. Não poder aliviar aquele sofrimento é complicado. Tu se sente impotente diante da... Dessa situação... Não poder aliviar o sofrimento do outro.

P – E tu lembra de como que foi isso? Essa situação? Como que ela aconteceu?

EI – Eu fui e conversei com o residente para ver se poderia administrar algum outro analgésico, alguma coisa mais potente, mas não... Não obtive resposta. A que eu queria na verdade. Que era um analgésico mais forte. Geralmente isso acontece em crianças no pós-operatório, que a gente observa assim.... Que cada um tem um sentimento, cada um tem um limiar de dor. E as crianças, às vezes é difícil a gente avaliar se realmente está com dor ou não. Tem uma série de fatores que tu pode observar para ela... Pelo jeito que eles ficam, o rosto, a fisionomia, a gente observa mais isso. Mais a postura do corpo, para ver se realmente é dor. Porque às vezes a gente vai e vê que a criança está só com medo, na verdade, de sentir dor, não sentindo dor. Não é de fato dor realmente. Tu avaliando tu percebe que tipo de... Como que poderia estar a intensidade da dor da criança. Ter uma ideia de como está esse... A dor... A escala da dor.

P – Foi essa conduta que tu teve?

EI – Sim. E o que eu procuro fazer é passar para uma outra colega. Porque assim, quando muda o plantão muda o médico. E, às vezes, dependendo do horário, para um outro avaliar e ver realmente se precisa.

P - E como tu te sentiu vendo que a criança estava com dor?

EI – Me senti bastante impotente, bem chateada por não poder aliviar aquela dor realmente. Não poder de fato fazer uma medicação que fosse mais efetiva, que passasse aquela dor.

P – No teu trabalho tu sentiu que isso... Como que foi para ti as vezes que isso aconteceu, se sentir assim?

E1 – Eu sinto uma impotência mesmo. Uma tristeza de não poder reduzir aquela dor, aquele sofrimento daquela criança. Porque a gente está ali para cuidar. E às vezes se for pensar, que cuidado é esse que tu permite que o outro continue sentindo dor e tu não tomar nenhuma atitude? É uma sensação de impotência mesmo.

Na situação em que a enfermeira está comprometida com o bem estar daquele que cuida, existe uma preocupação de que as atitudes tomadas pela equipe de saúde gerem efeitos satisfatórios sobre o sofrimento do paciente. Porém, as impossibilidades de que isso aconteça, motivadas pela dificuldade na relação com os demais profissionais, geram sentimento de impotência na enfermeira engajada.

O mau funcionamento das relações entre a enfermeira e a equipe médica, faz com que este profissional compreenda que não está cumprindo sua missão por não estar promovendo o bem-estar do paciente. Ou seja, a enfermeira possui uma relação engajada com o paciente e uma preocupação de que suas ações diminuam seu sofrimento, entretanto, ao reconhecer que a criança precisa de um analgésico mais potente, encontra-se na situação de dependente de outras ações para poder realizar o cuidado o qual considera correto, sentindo-se impotente, chateada e triste.

Ainda, o alto engajamento da enfermeira resulta em uma prática reflexiva, na qual preocupa-se em avaliar o que é melhor para a criança, referente a decisão sobre os tratamentos prescritos. Nessa situação, exerce a agência moral, advogando em benefício da criança.

E1 – Eu me lembro de criança que tinha feito apendicectomia e o médico queria que colocasse uma sonda porque ele estava vomitando. Disse que estava distendido o abdômen. Só que na verdade não estava distendido o abdômen da criança. E era uma criança muito nervosa, muito ansiosa. E o médico queria que passasse aquela sonda e eu falei: “Ah! Não vou passar por que...”, expliquei como que estava a criança. E ele falou: “Não! Tu passa...”. Aí o que eu fiz, como era um procedimento que era eu que tinha que fazer, eu fui lá e não passei. Eu avaliei e achei que naquela situação o ideal era não passar porque iria prejudicar mais a criança. Iria deixar ela mais nervosa, mais ansiosa, aí sim que ela iria acabar vomitando. Disse que era para passar lá na prescrição só que eu não fiz. Isso é uma conduta que eu tive que eu não me arrependo de ter tido. Não me senti assim, sabe? Eu não me senti constrangida de não fazer o que o médico prescreveu. Porque a gente tem que ter uma conduta de avaliar o que é melhor para criança ou não. E tem o direito também de ver se tem que fazer ou não. Não é porque alguém prescreveu, que tu vai fazer. Tu tem que avaliar para ver se realmente tem necessidade ou não.

P – E como que tu te sentiu nessa situação de ter tomado essa atitude?

E1- Eu me senti bem. Porque eu vi que se eu tivesse passado a sonda ela iria ficar bem abalada, a parte psicológica. Eu não achei que era uma distensão abdominal assim tão severa que precisasse passar sonda. Não estava com tanto... Tanta

náusea, tanto vômito. Eu me senti bem. Senti como se tivesse cumprido a minha missão. Foi isso que eu senti. Que através dos meus conhecimentos eu consegui pôr em prática alguma coisa para amenizar o sofrimento daquela criança. [...] Conhecimento eu acho que, acho não, ele nos permite fazer, com que a gente consiga tomar atitudes mais adequadas. Em função de que a gente está sempre com o paciente, então a gente consegue perceber melhor como a criança é, como ela se comporta. A parte psicológica da criança. Que elas ficam bem abaladas quando estão internadas. E o médico vai lá, fica um pouquinho. Então eles não têm esse convívio mais diário, esse vínculo mais, não cria um vínculo tanto quanto a enfermagem cria com a criança.

Ao engajar-se com o paciente, a enfermeira preocupa-se com o resultado das ações realizadas, compreendendo a necessidade de que a ação considerada correta seja aquela que vai aliviar o sofrimento da criança, bem como, prevenir um sofrimento ainda maior.

Nessa situação, verifica-se que, para a tomada de decisão, a enfermeira utiliza de seus conhecimentos práticos do dia a dia, pautados na observação do comportamento e aspectos psicológicos da criança. Ainda, soma a isso, os seus conhecimentos biomédicos, onde reflete sobre os benefícios de uma sondagem nasogástrica para a melhora da saúde da criança, de acordo com o quadro de saúde e os sintomas que ela apresenta.

Alguns aspectos do contexto institucional em que a enfermeira está inserida podem culminar em uma compreensão de que o cuidado prestado não está adequado. A profissional sente-se impedida de realizar um cuidado de qualidade pela impossibilidade de promover o conforto da criança e da família, necessitando utilizar-se de recursos limitados, e inapropriados.

E1 - Acho que em função assim, de às vezes a gente ter muita complicação de abrir leito extra. Eu penso que isso, às vezes é necessário, mas às vezes a gente não tem o suporte adequado, o local adequado para acomodar a criança quando precisa, abrir esse leito extra. Porque na verdade não tem condições físicas para que isso aconteça. Então isso faz com que a gente não consiga dar o suporte adequado para aquela criança. O acompanhante fica desconfortável, a criança fica deslocado do local mais adequado. Então isso tudo que prejudica o atendimento, que pode causar algum desconforto tanto para o paciente quanto para o familiar. Isso me causa um desconforto. Eu tento adequar da melhor forma possível, mas quando a gente vai colocar, arrumar essa questão assim de leito extra é bem complicado. Até pelo tamanho da criança, se precisa de suporte de oxigênio, se precisa ser aspirada. Então a gente não tem as condições, ou até os equipamentos. Às vezes tem crianças que precisam ficar monitoradas, e um tempo atrás a gente não tinha monitores adequados para poder ser utilizados. Então aí tu vê que não tendo esses equipamentos a qualidade do atendimento já fica abaixo do que a gente espera. Então, isso é uma coisa que me incomoda bastante. Eu tento fazer o melhor que eu posso dentro das possibilidades, mas às vezes... A gente sempre pensa que pode fazer melhor, mas esbarra nesse sentido assim de não... Tem coisas que não

dependem só da gente. No caso da nossa capacidade de tomar decisões, de adequar o que é melhor. Porque às vezes a gente não tem o suporte adequado.

No momento em que a enfermeira precisa manejar o cuidado com leitos extras na unidade, ao estar engajada com o cuidado à criança e à família, compreende essa situação como limitadora para a promoção do melhor para o paciente. As preocupações da enfermeira incluem a monitorização do paciente com aparato tecnológico adequado e a necessidade de acomodar a criança e o familiar em um espaço inadequado, causando desconforto na profissional.

Na situação em que a enfermeira está engajada com o cuidado, existe uma preocupação de que a atitude tomada seja a melhor para a criança. Diante de um procedimento que possui crenças diferentes para a família da criança e para a equipe médica, a profissional sente-se em um dilema sobre qual a atitude correta a ser tomada.

E1 – Sim. Eu me lembro de uma mãe de uma criança que veio sem a sonda entérica, se alimentava, se alimentava por via oral. Só que a criança tinha parado de se alimentar, aí passaram uma sonda. Pediram para passar uma sonda entérica. E depois que foram, que foi passada essa sonda, a criança piorou, começou a ficar mais agitada. E a mãe ficou bem revoltada, ela disse: “Ah! Eu queria realmente dar alimentação pela boca, só que o médico disse não, vamos deixar só pela sonda!”. Então, eu fiquei pensando, poxa vida, a mãe conhece bem a criança, e ela disse que a criança está piorando. Então, assim, eu me questionei realmente se não era de fato o melhor para aquela criança tirar aquela sonda e tentar se alimentar via oral realmente. Porque poderia ser que aquela criança estava sentindo falta mesmo de uma alimentação, de sentir o gosto dos alimentos pela boca. E a mãe realmente teria razão do que estava falando. Então, às vezes a gente por falta de conseguir visualizar realmente o que seria mais adequado, como é que vou te dizer, avaliar o risco benefício de modificar uma tomada de decisão. Eu fico assim, um pouco receosa de tomar algumas atitudes assim que... Sem ter o devido conhecimento o que seria o risco, se seria maior que o benefício, ou seria o benefício maior que o risco. Então, essas situações eu acho bem complicadas de resolver.

P – Tu acredita que tu teria ficado como uma dúvida, se questionando o que deveria fazer?

E1 – Sim. O que era mais adequado, o que era melhor para aquela criança.

P - E considerando a opinião da mãe e considerando a opinião do médico, como tu acredita que tenha sido isso?

E1 – Com certeza. Eu fiquei pensando o que o médico, se era melhor seguir a orientação ou da mãe realmente. Porque a mãe que conhece realmente a criança, mas aí tu vai avaliar a parte do médico, o que, que ele está tentando evitar? Um risco de uma pneumonia aspirativa? Que pode vir acontecer, não quer dizer que vá acontecer, mas tem a chance de ocorrer. Então, eu fiquei me questionando o que era mais adequado para aquela criança naquele momento. Isso me deixou bem ansiosa, bem pensativa se era o pensamento da mãe ou do médico o melhor de prevalecer naquele momento.

P – E como que foi para ti ficar nessa situação, como enfermeira?

E1- Eu me senti bem desconfortável. Porque a gente sempre prioriza, eu sempre tento priorizar o que é melhor para criança. E às vezes quando a gente não consegue alcançar isso e pensa: “Ah! A criança não está bem, poderia fazer alguma coisa.”, mas a gente não consegue achar uma alternativa viável, uma alternativa que a gente realmente consiga colocar em prática. É complicado. A gente se sente de mãos atadas. Podia fazer alguma coisa, mas não faço. E aí como eu te falei antes, eu me sinto impotente. Como se eu não estivesse exercendo de fato a minha função, que eu deveria exercer.

Nesse momento, a enfermeira compromete-se em reconhecer a voz da mãe, reconhecendo que esta é a pessoa que melhor conhece as necessidades da criança, utilizando de seus conhecimentos sobre o contexto no qual o paciente está inserido. Entretanto, vê-se confrontada pelo reconhecimento de os aspectos biológicos também são importantes para o cuidado, assumindo que a posição da equipe médica possui também um aspecto de promoção da vida da criança.

Esse dilema gera na enfermeira um sentimento de não estar exercendo a sua função, compreendida como a responsabilidade de tomar atitudes que sejam pautadas nos melhores interesses da criança. Contudo, não encontra alternativas para sair desse conflito, sentindo-se impotente, utilizando a analogia “de mãos atadas” para ilustrar a situação na qual não consegue decidir qual a atitude correta a tomar.

Na relação com a equipe de enfermagem, a enfermeira compreende que a situação em que compartilha momentos difíceis do cotidiano de trabalho, auxilia a tomada de decisão em uma situação em que há a incerteza moral. O compartilhamento dessas experiências enriquece o senso de moralidade da prática ética da enfermagem.

E1- Eu acho que se tivesse de repente, assim, situações que a gente tivesse mais contato com pessoas que já vivenciaram a mesma situação. Soubessem do que, quais as posições que a pessoa tomou. Acho que a gente sabendo de outras situações a gente... Isso abre um leque maior de possibilidades para gente poder analisar e verificar o que seria mais correto, ou mais adequado. Uma outra situação que a gente tenha pensado, realmente que seria mais adequado. O fato da gente, o tempo de serviço influencia bastante, o fato da gente está sempre estudando, está sempre lendo assuntos em relação ao cuidado com as crianças com necessidades especiais, isso faz com que diminua as possibilidades... Que a gente consiga influenciar nas tomadas de atitude. Então, quanto mais a gente ler, mais a gente tem conhecimento de outras situações. Isso favorece que a gente tenha mais possibilidades de tomada de decisão. Então isso influencia bastante.

P – Tu acredita que discutir com outras colegas que tenham passado por essa situação te ajudaria? Seria isso?

E1 – Com certeza. Nem que fosse só para, para contar o sentimento. O que tu passou, o que tu vivenciou, o que tu fez para conseguir lidar melhor com aquela situação. Porque às vezes a gente entra realmente em sofrimento pelo fato de não

conseguir tomar uma atitude que a gente acharia mais adequada naquele momento. E esse sofrimento é assim, quando a gente consegue conversar entre colegas a gente percebe que o outro colega também vivenciou as mesmas coisas, ele tomou uma atitude “Eu, faço isso, procuro uma psicóloga, procuro alguém para conversar para conseguir lidar melhor com essa situação.”. Porque o fato de a gente não conseguir adequar melhor um cuidado para uma criança isso faz com que a gente entre de fato num sofrimento. Porque a gente não consegue melhorar, fazer com que aquela criança fique mais estável, tenha uma certa qualidade de vida. Que é o que, que a equipe de enfermagem ela está ali para cuidar, para que o paciente se restabeleça, vá para casa, fique bem. É isso que a gente sempre espera. Porque enquanto a gente não consegue isso realmente a gente se sente impotente. Tem coisas que a gente não consegue modificar. Apesar da gente não aceitar o que acontece, as situações que acontecem com a criança que deixam ela desestabilizada, a gente não... Isso faz com que a gente se sinta mal. Parece que tu não cumpriu com a tua obrigação.

Compreende-se que por meio do reconhecimento de um senso de comunidade, onde uma atitude não é um fato isolado, existe a possibilidade de que a enfermeira encontre a solução correta por meio da coletividade. Ainda, desvela a necessidade de que os conhecimentos da profissional sejam fomentados através da leitura e do estudo, possibilitando uma melhor compreensão das situações de dilema no cotidiano, influenciando na tomada de atitude e prática da agência moral.

Na relação com a família, o momento em que o diagnóstico de câncer é dado a uma criança, o engajamento da enfermeira com a família, cria um sentimento de empatia pela mãe da criança, reconhecendo seu sofrimento. Diante dessa situação, desvela seus sentimentos de compaixão, sentindo-se abalada pela reação de ansiedade da mãe.

E1 – A mãe recebeu diagnóstico que a criança estava com câncer, se não me engano era no mediastino. E aquela mãe ficou bastante chocada, bastante nervosa, ansiosa. Eu me lembro que a psicóloga não estava no momento ali presente. E a gente não conseguiu contato com ela para poder atender a mãe. Então, assim, foi bem complicado. Porque naquele momento eu, de certa forma, me abalou o fato daquele diagnóstico. Porque era uma criança bem ativa, bem risonha. E a mãe ficou bastante abalada e isso me afetou bastante. Tanto é que eu não consegui ficar perto da mãe sem chorar. Eu me senti até bastante vulnerável naquele momento. Eu não consegui chegar para mãe e não conseguir falar nada para ela. A única coisa que eu consegui foi abraçar ela e compartilhar daquele momento. Mas, a gente é ser humano também. A gente tem sentimentos. Mas é complicado. Eu acredito que eu me sentiria mais forte se eu não tivesse chorado. A gente é ser humano, a gente tem sentimentos, mas naquele momento eu preferia não ter chorado junto com ela. Eu queria realmente ter conseguido dar uma força para ela, dar um conforto, mas eu não consegui agir de outra forma. Aquilo me abalou, me fez aflorar meus sentimentos e eu não consegui me controlar realmente. Mas não que eu... Não vejo que eu tenha prejudicado ela, mas eu vejo que eu poderia,

se eu tivesse agido de outra forma de repente poderia ter dado um conforto a mais para ela. É esse o pensamento que eu tenho.

Percebe-se que o engajamento da enfermeira com o familiar, cria uma compreensão de que faz parte da responsabilidade profissional, promover o conforto da família em momentos de ansiedade e nervosismo. Entretanto, a empatia gerada promove uma corporeidade dos sentimentos, criando um encontro das subjetividades da enfermeira e da mãe da criança, que compartilham o momento de dor em função do diagnóstico de doença ameaçadora de vida.

Nessa corporeidade, a enfermeira chora e abraça a mãe com a intenção de promover o bem-estar por meio da postura empática e humana diante do sofrimento. Todavia, a profissional considerou isto um sentimento de fraqueza por acreditar que o conforto para a mãe seria mais adequado se ela possuísse uma postura menos vulnerável. Percebe-se na sua fala, que a prática da enfermagem ainda possui traços da cultura biomédica, pautados na ação desengajada, onde o profissional precisa desconectar sentimentos das ações para a realização de um cuidado de qualidade.

5.2 CASO PARADIGMÁTICO 2 – A ENFERMEIRA COM MENOR NÍVEL DE ENGAJAMENTO NO CUIDADO À CRIANÇA E AS VIVÊNCIAS MORAIS PRESENTES NO SEU COTIDIANO

No segundo caso paradigmático apresentado, compreende-se uma postura menos reflexiva da enfermeira diante de sua prática cotidiana. Observa-se na fala da participante que a temporalidade ligada ao trabalho cotidiano pode gerar presunções sobre o cuidado à criança, diminuindo o engajamento, e modificando as compreensões da profissional sobre as consequências e responsabilidades de suas atitudes.

Na narrativa da participante, ao ser instigada a contar sobre alguma situação em que se sentiu impedida de tomar alguma atitude que considera correta, no imediatismo de sua fala, descreve nunca ter vivenciado este sentimento. A participante descreve que a relação com a equipe médica é aberta, e existem algumas dificuldades com os pais.

E5 - Normalmente eu não consigo me lembrar de nada que eu não tenho conseguido fazer, que eu achava que deveria e não tenha conseguido. Não lembro de nada. Porque aqui a gente tem, é bem aberto o relacionamento com médicos. Às vezes tem dificuldades com os pais, mas a gente acaba fazendo o que é necessário, não consigo me lembrar de nada.

Ao narrar a relação com os pais durante o cotidiano, desvela-se na fala da enfermeira uma colocação diferente em relação aos questionamentos e preocupações da família durante a internação. A enfermeira compreende que as preocupações dos pais referem-se a uma tentativa de justificar o quadro de saúde grave da criança, na qual existe a busca por “um culpado” como uma tentativa de amenizar o seu próprio sofrimento.

P: Dessa dificuldade com os pais, como que seria isso?

P5: Olha questionamentos, às vezes até na própria equipe de ver um fazer de uma maneira, outro de outra. Eles questionam tentando julgar que alguém está fazendo errado para justificar o quadro da criança. Principalmente criança mais grave que tu sabe que não tem um prognóstico muito bom. Então, é aquela negação deles quererem procurar um culpado e achar que isso vai melhorar a situação. Isso são os problemas que a gente tem com os familiares.

P: E como que é para ti isso?

P5: É chato porque tu vê o trabalho... Então é difícil tu ver a tua equipe sendo questionada. E também não consegue fazer nada porque algumas pessoas da equipe até instigam os pais a questionar. O que é até uma desunião, que é complicado porque não tem muito apoio de direção, nem nada.

P: E tu lembra que tipo de atitudes seriam essas que os pais questionam mais?

E5: Até de administrar um “mamã” que um vai mais lento, o outro administra mais rápido, de uma medicação que um faz na bomba de infusão de repente, e o outro faz pingando na bureta comum. Coisas pequenas que a gente sabe que não afetam nada no paciente. A maneira de limpar uma bolsa de colostomia. No caso, essas coisas assim, que no caso, para mim eu acho que são coisas pequenas. Porque eu sei que tanto faz a maneira que é feita o resultado vai ser o mesmo.

Compreende-se na fala da enfermeira que vivenciar essa situação é difícil pela compreensão de que como responsável pela unidade, possui um compromisso de manter a equipe em funcionamento, evitando o questionamento dos pais sobre as ações de enfermagem. Assim, a falta de apoio para prevenir essas situações gera um sentimento de desunião, compreendendo que nessa situação o engajamento com a equipe gera uma compreensão de um comprometimento maior com o trabalho em equipe do que com os pais.

Ainda, a prática menos reflexiva e engajada com os pais, gera uma presunção de que algumas atitudes não são importantes, e não mudarão o quadro de saúde da criança.

E5: Olha, às vezes até coisa de conduta médica que a gente acha que poderia fazer alguma coisa, mas não é feito. Mais de conduta médica que eu acho, às vezes, poderia sedar mais, poderia chamar outro especialista, essas coisas. Que poderia ser mais investida, ou mais cedo e às vezes é feito, mas demora muito. Como a gente vê, por experiência de outros casos que tiveram... Se tivesse chamado outro especialista, se tivesse sido avaliado de repente não teria acontecido. Essas coisas assim.

P: E como que é para ti isso?

E5: A gente fica de mão amarrada. Mesmo tu sabendo e acreditando que aquilo poderia ter sido feito. Aí tu vê o resultado negativo, é frustrante. Mas a gente não pode... Tem que lidar com isso.

P: Tu me falou frustrante, como que é isso, nessas situações que tu me disse?

E5: A gente aprende a lidar com os sentimentos da gente... Porque... Tanto quanto com os óbitos quanto com essas frustrações... Tento ver se de repente se acontecer de novo eu tente fazer diferente, tente conversar mais, mas às vezes não adianta. A gente tem que aprender a lidar com essa frustração, não tem o que fazer.

A enfermeira compreende que as consequências de suas ações não modificam, ou seja, nem melhoram, nem agravam, o estado de saúde da criança, desvelando uma prática descompromissada em relação às preocupações dos familiares.

Isto posto, verifica-se que a prática da enfermeira não se desconecta totalmente do paciente, possuindo um engajamento no que diz respeito aos resultados negativos sobre a saúde da criança. Nessa situação, compreende por meio de seus conhecimentos práticos do dia a dia, advindo de experiências prévias, que haveria possibilidades que trariam resultados melhores para o paciente. A profissional sente-se frustrada quando as ações que acredita serem corretas não são tomadas pela equipe médica, e o resultado na saúde da criança é negativo. Existe, portanto, uma frustração por parte da enfermeira sobre a impossibilidade de modificar a ação relacionada a conduta médica.

Entretanto, desvela-se na fala da enfermeira uma aceitação sobre essa situação. A vivência sobre a impossibilidade de agir é compreendida como algo que precisa ser aceito, e que ao repetir-se se torna algo que não pode ser mudado, excluindo possibilidades de ação.

Na relação com a equipe médica, compreende-se na fala da enfermeira que existe uma aceitação sobre a diferença das responsabilidades entre esses profissionais. A boa relação da enfermeira com o médico é compreendida como aquela que possui abertura para a sugestão de atitudes relacionadas ao cuidado à criança.

P: Como é que é para ti isso? Como que é recebido assim?

E5: Para mim é tranquilo. Eu tenho uma relação boa com os médicos. Claro não tento dizer o que eles, têm que fazer. Porque eu sei bem o meu papel e o meu lugar, que eu não sou médica e eles são. Então a gente fala, se não surtiu efeito, tem que aceitar.

P: E do cuidado dessas crianças que até tu falou, tu falou das crianças com síndromes, essas crianças com esses cuidados mais complexos, tu lembra de alguma situação que tu sentiu que tu queria fazer alguma coisa por essa criança, em relação a esse cuidado, e tu se sentiu impedida de tomar essa atitude por algum motivo?

P 5: Eu acho que não. Porque a gente tem abertura e conversas. Mesmo que eles não aceitem as opiniões da gente, acabo sempre escutando, perguntando, humildemente para ver se de repente eles não pensaram naquilo. Tu dá uma sugestão... Mas sempre... Eu procuro até para eu não ter o sentimento de frustração de quando não é feito. Mas eu para me sentir mais aliviada eu sempre falo, sugiro, pergunto, para não ficar carregando isso depois.

Entretanto, o engajamento diferente no cuidado, gera uma compreensão de que a responsabilidade da enfermeira é sugerir, e não dizer qual a atitude que a equipe médica deve tomar. Percebe-se uma relação de diferentes níveis de responsabilidade entre a enfermeira e o médico traduzida na compreensão da participante de “eu não sou médica”.

O sentimento de frustração é diminuído no momento em que há uma possibilidade de que a enfermeira sugira, de forma humilde, ao médico alguma atitude. Diante disso, há uma compreensão de que o papel da enfermeira foi realizado, desconectando a profissional dos resultados, gerando um sentimento de alívio, prevenindo o aparecimento do sofrimento.

Na relação com a família e criança, o engajamento diferenciado da enfermeira modifica a compreensão sobre os procedimentos de rotina em crianças com estado de saúde agravado. Nessa situação, verifica-se que não existe uma desconexão completa em relação às atitudes das enfermeiras, mas sim, uma compreensão que se modifica através do tempo, gerando uma presunção de que nada diferente pode ser feito.

E5: Com família que eu já tive problemas também, mas já faz muito tempo. Uma criança tinha uma síndrome também e a gente não conseguia pegar acesso venoso. Daí picamos (puncionamos) só que a família não estava junto e eu cortei o cabelinho da criança para tentar achar acesso na cabeça. Daí, depois a família ficou bem revoltada porque eu tinha cortado o cabelo e a criança já tinha uma síndrome e que agora ia ficar com uma aparência feia. E tu sabia que precisava fazer e que a criança precisava do acesso para receber glóbulos, se estava aqui na UTI é porque não estava bem. Mas acabamos não conseguindo e ainda apesar da tentativa a família achou que tinha sido ruim o que a gente estava fazendo.

P: E como que foi para ti essa situação?

E5: Eu fiquei bem... Eu estava lá no começo ainda, estava aprendendo a lidar com os sentimentos de ter família, de ter paciente, e a cobrança da família foi bem ruim mesmo. Fiquei um tempão pensando naquilo no que eu poderia ter feito de diferente, como é que poderia ter sido. Mas acaba... tem que passar, eu consigo lidar. Nunca tive problema de depressão nem nada. A gente fica com sentimentos pensando aquela coisa dias e dias, mas depois passa tem que seguir, tem outros pacientes.

P: Tu lembra de alguma situação que te deixou dias e dias pensando?

E5: É foi essa com o familiar e com o paciente foi isso mais marcante.

P: Mais alguma coisa, que tu acha que te ajude nesse momento que tu diz que tu consegue passar por cima disso?

E5: É conversando com os colegas também ouvindo outras opiniões, a gente conversa bastante, troca opinião. Não é culpa da gente. A gente tenta se culpar, podia ter feito alguma coisa melhor, mas conversando com os colegas tu acaba superando.

E: Como que é esse sentimento eu podia ter feito alguma coisa melhor?

E5: Bom eu acho que é ficar martelando na cabeça, tu fica com um sofrimento, mas tu vê tudo o que podia ter feito melhor, fica pensando, eu não consegui pegar um acesso, será que é incompetência ou a criança que não tem mesmo ou que é difícil de acesso? Tu fica com esse pensamento sempre, será que o problema sou eu ou é a criança? Mas aí tu vê outros colegas tentar, gente até com mais experiência, como foi o meu caso, que eu ainda estava há pouco tempo aqui e aconteceu, por isso que eu fiquei mais “será que o problema era eu, podia ter exercitado mais”. E tu vai vendo que as vezes as coisas são para acontecer daquela maneira para gente aprender mesmo como era para ser.

E: E que coisas tu acha que poderiam evitar essas situações?

E5: Eu acho que não tem o que evitar. As coisas se colocam de uma maneira as vezes que não tem... Tu não conseguir pegar o acesso em uma criança não tem maneira de evitar, uma criança que já tem uma síndrome.

P: Já teve alguma vez que tu precisou pegar o acesso imaginando, pensando, se aquilo era realmente necessário?

E5: Não. Aí a gente... Quando eu tenho dúvida, perder o acesso de repente, conversa com os médicos o que precisa. É uma decisão conjunta. Se eu tenho dúvida de alguma atitude eu sempre procuro me certificar de que tá certo ou tá errado com outras pessoas. Para não assumir sozinha, como já aconteceu, eu ficar com a culpa, ah eu tentei e não precisava, vou fazer um procedimento desnecessário na criança.

P: Isso já aconteceu?

E5: Não, só naquela situação. Então tudo eu procuro me certificar para não assumir sozinha porque depois recai a culpa na gente e fica complicado.

Na situação narrada, o momento em que a família ficou revoltada pelo fato da enfermeira ter cortado o cabelo da criança para uma punção venosa, gera um sofrimento na enfermeira, questionando se aquela teria sido a atitude correta a ser tomada. Além disso, busca a compreensão se outras alternativas seriam possíveis, e melhores, evitando os problemas na relação com a família.

Entretanto, esse sofrimento é ligado ao início da vida profissional, em que não possuía experiência para lidar com os questionamentos dos familiares em relação ao cuidado de enfermagem. Nessa situação, a preocupação sobre se a dificuldade de tomar uma atitude melhor deve-se ao fato da inexperiência ou a criança que possui uma rede venosa prejudicada.

Ainda, o compartilhamento dessa situação como algo que reafirma a moralidade da ação da enfermeira. Ao reconhecer que outra enfermeira passou pela mesma situação, a compreensão da participante é de que não existem possibilidades, e a situação torna-se mais facilmente aceita.

Na situação de uma criança que tem uma síndrome, a prática cotidiana que repete as situações difíceis no cuidado, gera uma compreensão de que não existem alternativas que evitem essa situação. Assim, a enfermeira compreende que precisar cortar o cabelo da criança, com conseqüente questionamentos dos pais, conforma-se como uma situação que “era para ser”.

Na relação com a criança com seqüela neurológica grave, o foco do engajamento da enfermeira volta-se para a família da criança, em uma compreensão de que o cuidado realizado gera conforto para a mãe que possui esperanças sobre o cuidado do filho. A impossibilidade de mudar o quadro da criança ao longo do tempo gera uma compreensão de que nada pode ser feito, a não ser, realizar procedimentos que confortem a família.

E5: Nessas crianças eu sinto que a gente é sempre meio de mãos amarradas por elas, porque por mais que se faça a gente não vê muito resultado de melhora. Tu vê o (nome do paciente), que vai e vem... A gente vê que ele discretamente, ele melhora o quadro dele. Porque ele está sempre ruim da parte respiratória, mas tu sabe que ele vai sair e no outro dia ele vai estar ruim de novo. Uma coisa que a gente não vê muito resultado. Por mais dedicação, por mais cuidado que tenha, a gente não vê muito resultado, perspectiva de que vá melhorar como as outras crianças, que de repente estão aqui entubadas, sedadas e no outro dia vai reduzindo sedação, eles acordam e saem bem. A gente vê o resultado. Já crianças tipo paralisia cerebral não vê, mas como entra, sai. Ou a melhora é muito discreta. E eu vejo que isso para nós acaba se tornando repetitivo. Vem, faz aquilo, aspira, nebuliza, melhora um pouquinho. Depois sai pro andar. E ainda nos condenam porque saiu daqui. Mas aqui não muda muito o quadro dele. Volta porque acha que fica muito pior lá. A maioria do pessoal não sabe lidar com esse lado de que eles não tem melhora mesmo. Não vão respirar melhor, não vão começar a caminhar, não vão começar a falar, não vão começar a comer. E se espera muito e eles não têm perspectiva. Pelo menos eu nunca vi uma criança, por exemplo, com paralisia cerebral ter uma evolução neurológica.

P: E como que é para ti isso?

E5: Eu me coloco no lado de mãe. Tu queria ter um filho, tu espera que ele seja normal. Tu vê as outras crianças que correm, caminham e falam, e de repente aquela criança que não sai dali. O certo que a mãe espera é que ele vá crescendo de bebezinho e se sabe que ele não vai se mexer, se espera uma evolução. Isso também complica com a família, porque a família acha que ele vai melhorar, e a gente fica aqui, sabendo que não vai. E meu lado de mãe não gostaria de ter um filho assim, porque eu acho que é sofrimento para criança é sofrimento, para mãe, não sei... Meu filho é bem normal, bem bom, mas eu não sei, tentando me colocar na situação deles eu acho que eu não insistiria tanto em investimentos nessas crianças assim. Mas é até admirável a dedicação da maioria das mães, só que eu acho que essa dedicação é esperando um retorno de melhora, como se fosse evoluir alguma coisa.

P: E como que é para ti cuidar dessas crianças com esse investimento assim?

E5: Eu cuido porque é o meu papel. Meu papel de enfermeiro de fazer o melhor pelo paciente e pela família. Se a mãe acredita que vai melhorar com alguma coisa

que a gente faça, para a gente até é bom tu ter um reconhecimento de que tu está fazendo alguma coisa pelos pais mesmo. A gente faz pelo paciente para não tirar essas esperanças deles, apesar de saber que não vai ter jeito. Não vou ser eu que vou dizer para mãe, não faz mais nada pelo teu filho que ele não vai passar disso, não. Faça o nosso papel aqui.

P: E dessa situação de cuidar dessa criança mesmo sabendo que tu está em um lugar que não pode dizer para essa mãe que não pode, como que é isso para ti?

E5: Tem um certo bloqueio assim, como que eu vou te dizer, eu acho desnecessário, mas eu cumpro o meu papel como enfermeira. A ética não me permite que eu fale para mãe, ou que eu aja de maneira diferente, mas tem um bloqueio, que tu está fazendo, mas está fazendo coisas que talvez seriam desnecessárias, mas eu faço. Minha ética, minha postura profissional não permite que, eu pelo menos, não sei outras pessoas talvez, façam de maneira diferente isso já, é de pessoa para pessoa. Por mais que eu tenha essa opinião formada de que sei que não vai adiantar de nada muita coisa do que se faz, mas eu faço. Qualquer cuidado que for importante para o familiar, então a gente faz.

P: E como que tu se sente com isso? Tu como enfermeira te sente como?

E5: Eu acho que é desnecessário, mas eu faço. Eu me sinto cumprindo meu papel como enfermeira, que eu estudei, que eu me formei para ser assim, para cuidar. Que é o que a gente faz, é o que eu faço.

P: E daquelas situações que tu me falou antes, sobre que poderia ter sido feito antes, poderia me falar um pouco mais sobre isso, como que é para ti isso?

E5: Para mim, que é o que eu já falei, a gente fica, às vezes, esperando que façam, sugere alguma coisa, quando é aceita a sugestão é ótimo, se não... Ainda mais quando tem resultado negativo, que seria o óbito, se tivesse feito antes, se tivesse algum outro recurso no hospital... Principalmente crianças hípidas que às vezes tem uma evolução muito rápida. Às vezes a gente tem crianças que chegam falando e no outro dia já vai a óbito. Então, tu fica pensando “E se tivesse coletado um exame?”, se tivesse feito qualquer coisa. Mas não me sinto culpada, como se eu pudesse ter feito alguma coisa. Porque é um conjunto, é uma equipe toda. E acima de nós, não digo hierarquicamente, porque eu acho que a gente se relaciona muito bem enfermagem e médicos, mas a responsabilidade maior é do médico, das condutas. Quem vai responder depois são eles. Se a família questiona um óbito tão repentino, de ter uma explicação para dar, por mais que a gente se questione, eles também, na responsabilidade do médico.

Na situação em que a enfermeira acredita que o investimento feito nessas crianças é desnecessário, há uma compreensão que existe uma obrigação sobre o cuidado relacionado à ética da enfermagem. Esta ética impede a profissional de questionar a necessidade do tratamento, mantendo uma postura de aceitação.

Ao colocar-se no lugar da mãe, reconhece as dificuldades relacionadas à aceitação da condição limitadora da criança. Contudo, desvela um bloqueio das questões relacionadas a esses sentimentos, onde compreende na força das mães, uma vontade de manter os tratamentos, e uma responsabilidade de realizar procedimentos que confortem a família, mesmo que considere desnecessários.

Ainda, a relação com a equipe médica cria uma compreensão sobre a responsabilidade diferente entre esses dois profissionais. Nessa relação, as vivências sobre os resultados negativos desconectam de preocupações e frustração por compreender que a resposta pelo resultado negativo é de responsabilidade da equipe médica.

Na relação com o paciente, desvela-se a realização profissional da enfermeira ao ver o retorno positivo do tratamento na criança.

E5: Muitos marcam assim. Às vezes as gurias vem me falar... eu lembro de detalhes da onde são, doença, nome de paciente, mas cada um é importante da sua maneira uns pela maneira que se recuperam. Hoje a gente estava falando de um menino que foi picado pela cascavel e esteve à beira da morte, ninguém acreditava que ele ia sair e agora a gente está vendo fotos no (nome da rede social) e ele maravilhoso andando de bicicleta por aí. Apesar dos sofrimentos e de algumas perdas a gente tem muito retorno positivo. Isso recompensa tudo.

Desvela-se uma preocupação da enfermeira sobre a recuperação do paciente, e os sentimentos de que a prática de enfermagem contribui para a promoção da recuperação da criança. Ainda, um sentimento de satisfação pela recompensa de ver que o cuidado de enfermagem contribuiu para a melhora da criança, reafirmando a moralidade das ações e inibindo o aparecimento do sofrimento por meio da afirmação de que fez a coisa certa justificada pela recuperação do paciente.

6 DISCUSSÃO

Ao utilizar-se do método fenomenológico interpretativo, foi possível compreender o fenômeno do sofrimento moral situado em uma dimensão ainda mais ampla relacionada às vivências morais das enfermeiras que trabalham em serviços de enfermagem pediátrica. Em suas narrativas, as participantes trouxeram vivências que não eram referentes apenas a sofrimento, mas que por sua vez, eram tão importantes para a compreensão sobre como elas percebiam as situações de moralidade em suas ações e conseqüentemente o sofrimento. Para Hunt e Carnevale (2011) o foco dominante dos estudos bioéticos em resolução de dilemas e sofrimento pode oferecer menos espaço para considerar outras dimensões sobre a forma como os indivíduos e as comunidades compreendem e vivenciam a moralidade em suas vidas cotidianas. De fato, o âmbito da bioética abrange mais do que um processo de avaliação sobre as opções e escolhas de um indivíduo a partir de sua compreensão sobre uma situação. Conseqüentemente, dar atenção para uma gama mais ampla de vivências morais pode levar a uma melhor compreensão e análise mais rica de temas de interesse em bioética.

Assim, os resultados desta pesquisa evidenciam que a utilização do conceito de sofrimento moral demonstrou-se limitada para a compreensão sobre como ele é vivenciado na prática da enfermagem. Teixeira, Labronici e Mantovani (2010), descrevem que apesar de existirem muitos estudos teóricos sobre a ética da enfermagem, poucos estudos têm se preocupado em investigar as experiências e descrever as ações dos profissionais de enfermagem diante dos problemas e dilemas encontrados na prática. Deste modo, salienta-se a necessidade de que os estudos referentes à temática considerem também a dimensão das vivências morais dos enfermeiros, com a finalidade de ampliar os conhecimentos de forma mais concreta sobre como ocorre a prática ética da enfermagem brasileira.

Ainda, compreendeu-se que as vivências morais das enfermeiras surgem a partir das preocupações das participantes inseridas nas diversas relações que encontram em seu cotidiano de cuidado. Bergum (2012) descreve que o ambiente relacional é o local onde emerge a moralidade das ações, considerando a ética em cada situação, cada encontro e com cada paciente. Dessa maneira, se as relações são o foco da compreensão sobre a vida moral, é importante atentar para a qualidade das relações em toda a prática de enfermagem, seja com pacientes e suas famílias, com outros profissionais de saúde, ou gestores de saúde.

Neste estudo, o fenômeno do engajamento permeia todas as relações cotidianas das enfermeiras, modificando suas compreensões sobre as vivências morais presentes nas situações de cuidado à criança. Assim, o fenômeno do engajamento mostra-se uma dimensão importante

a ser considerada, uma vez que as enfermeiras engajadas não vivenciam apenas sofrimento em sua prática, mas também, satisfação e sentimentos de gratificação sobre a ação tomada. Bakker (2008) descreve que os recursos de trabalho (qualidade de supervisão, retorno financeiro, retribuição pelo desempenho, autonomia, oportunidades de carreira, etc.) e os recursos pessoais (otimismo, a eficácia, a autoestima, etc.), podem engajar os profissionais, que conseqüentemente irão possuir maior vigor em seu trabalho, tornando-se dedicados, e mais felizes na sua profissão.

As enfermeiras deste estudo exerceram sua agência moral conforme a preocupação resultante de seu engajamento. Para Rodney et al. (2012) enfermeiros não são profissionais com um pensamento livre de um engajamento. Diferentemente, em suas relações, fomentadas por contextos organizacionais e culturais, possuem identidades capazes decidir autonomamente diante das situações. Desse modo, a autonomia também exerce papel fundamental para o profissional possa de fato exercer sua agência moral. Ainda, a possibilidade de que, além das barreiras externas que causam o sofrimento moral, é preciso considerar a complexidade das bases estruturais da agência moral. Ou seja, é necessário considerar como os indivíduos estão conectados em suas relações e seus valores pessoais e como suas identidades morais estão refletindo em suas ações.

As enfermeiras deste estudo mostraram-se engajadas com a manutenção de um ambiente com boas relações entre os membros em sua relação com a equipe de saúde e compreendem o compartilhamento de situações de dilema vivenciados entre colegas como fonte de apoio que diminui o sofrimento moral e reafirma a moralidade das ações de enfermagem. De acordo com a Associação Canadense de Enfermeiros (2010), o momento em que os enfermeiros compartilham sua visão com os outros, pode gerar uma melhor compreensão sobre o que a enfermagem realmente é, e diminuir a chance de que a enfermagem seja vista por enfermeiros e outros profissionais apenas em termos de realização de tarefas. Assim, o apoio mútuo por meio de vínculos relacionais é uma parte fundamental da prática ética, ou seja, quando os enfermeiros possuem suporte para expressar sua angústia, eles tornam-se menos propensos a se sentir impotentes e sem voz.

Na relação com a equipe médica, os resultados deste estudo mostraram que as compreensões geradas a partir dos diferentes níveis de engajamento podem levar ao sofrimento moral pela impossibilidade de realizar a ação considerada correta. Desse forma, sentem-se impotentes em relação ao sofrimento da criança e ao impedimento do agenciamento moral pela dependência do profissional médico para a tomada de decisão, ou ainda, presunções e “desresponsabilização” diante da ação tomada motivada pela compreensão de que a

responsabilidade maior é do médico. Ainda, quando existe uma qualidade de comunicação nessa relação, a afirmação da qualidade do cuidado prestado pela enfermeira. Kalvemmark et al. (2004) ressalta que na relação entre médicos e enfermeiros pode haver uma hierarquia que culmina em sofrimento moral tanto pela impossibilidade de agir, quanto pela diferença de valores morais existente entre esses dois profissionais, ou ainda, pela compreensão do enfermeiro sobre sua obrigação moral cuidar do paciente. Rodney et al. (2012) salienta ainda que a agência moral dos enfermeiros pode ser levada a uma “normalização” dos dilemas éticos da prática profissional, conseqüentemente diminuindo o seu engajamento nas relações e uma desconexão entre suas ações e os efeitos delas, retirando as responsabilidades sobre as atitudes tomadas.

Na relação com a família, as enfermeiras participantes possuem um engajamento que gera uma preocupação com a tomada de decisão em relação à criança. Acreditam que a opinião da família que conhece a criança deva ser considerada, e ainda, o engajamento com o conhecimento do familiar que fomenta agência moral, gerando um cuidado que advoga pelos melhores interesses da criança. Estudo realizado por Silva et al. (2011), possui resultados congruentes a esta compreensão descrevendo que o enfermeiro percebe a participação da família no cuidado como sendo os primeiros a notar alterações na criança, que por conseguinte recorre ao profissional de enfermagem para amenizar a dor da criança. Dessa forma, verifica-se a compreensão do enfermeiro sobre a presença da família na internação em pediatria reconhecendo a importância do familiar para assegurar a qualidade do cuidado de enfermagem.

Ainda, a negociação do cuidado entre a enfermeira e a família que apresentou diferentes níveis de engajamento, gerando uma compreensão de que a família da criança torna-se muito “questionadora” em relação ao cuidado, desconsiderando a voz dos familiares em relação ao atendimento de suas necessidades e da criança, conseqüentemente não exercendo sua agência moral. Para O’Haire e Blackford (2005), a “rotulagem” dos pais pode ser uma estratégia que os enfermeiros utilizam para manter o controle da situação. Isto foi reforçado pelo fato de que as enfermeiras, quando se depararam com famílias difíceis acabam por reagir fornecendo apenas o mínimo de cuidado ao paciente, sugerindo que o enfermeiro pode deixar de lado sua agência moral quando as suas próprias necessidades parecem mais imediatas. Esses achados são também convergentes com a pesquisa realizada por Souza e Oliveira (2010) em que os enfermeiros relataram que a família que permanece mais tempo internada, ou possui um histórico de várias internações da criança, torna-se questionadora sobre a prática de enfermagem por conhecer as rotinas e procedimentos no processo de internação.

As participantes deste estudo trouxeram situações em que se sentiram em dúvida sobre

qual a conduta correta a ser tomada diante do cuidado a criança bem como confusões relacionadas a prática ética de enfermagem, descrevendo uma abordagem ainda imatura na utilização dos conceitos de ética e moral. Fontoura et al. (2011) destaca que a insegurança profissional para a tomada de ação ética, a implicação dos valores pessoais e da instituição em um deferimento dos valores do paciente, são alguns fatores que podem intervir na tomada de decisões dos enfermeiros. Ainda, a necessidade de uma formação do enfermeiro não apenas focadas nas habilidades técnicas, mas também, no preparo destes profissionais para uma prática reflexiva, focada na busca pela solução de dilemas éticos encontrados no cotidiano da área da saúde, incluindo o conhecimento sobre os padrões éticos e legais da enfermagem brasileira.

Este estudo ainda apontou para a compreensão das enfermeiras no cuidado a criança com doença complexa, ou em cuidados de fim de vida, centrada no valor da vida, mesmo que este cuidado implique em algo que não considera correto ou que considere fútil. Pertinente a estes achados, Souza et al. p. 268 (2005), destacam em seu estudo que, o cuidado de enfermagem centra-se na vida humana como valor instrumental, subjetivo e intrínseco, “articulando-as e valorizando-as, pois uma das premissas da vida humana associada, jamais posta em dúvida nas atitudes e nas ações humanas, consiste em viver e prosperar.”. Assim, o cuidado de enfermagem é visto como algo que reforça as possibilidades do viver, reforçando a moralidade da ação.

As enfermeiras deste estudo demonstraram uma preocupação com o alívio da dor na criança que gera vivências de sofrimento moral diante da impossibilidade de promover o bem-estar do paciente, agravado também pela dificuldade na relação com a equipe médica. Kanai e Fidelis (2010) ressaltam em seu estudo que os enfermeiros são os profissionais mais propensos a perceber qualquer manifestação de dor na criança, uma vez que estes permanecem mais tempo junto ao paciente. Ainda, o sentimento de impotência diante do enfrentamento da situação de dor da criança, fundamentado no desejo que o outro não sofra, criando um vínculo com a criança e os familiares por meio do envolvimento com a experiência da família.

Diante da relação com a criança com sequelas neurológicas e cuidados complexos, as enfermeiras diversificaram os níveis e focos de engajamento, modificando a compreensão sobre as vivências. Estas, incluíram um cuidado que gera sofrimento pela impossibilidade de exercer a agência moral diante do sofrimento da criança e da dificuldade na relação com a equipe médica bem como, a satisfação pelo cuidado que advoga em prol dos melhores interesses da criança. Estudo realizado por Rodrigues et al. (2013) demonstra a necessidade da inclusão da ética e bioética na prática profissional diante dos avanços tecnológicos no cuidado a infância nos últimos anos, expressa pela compreensão de que o ser cuidado não é apenas um diagnóstico

clínico, mas sim, possui um contexto de singularidades que deve ser considerado.

Este estudo possui limitações referentes à incompletude de informações que possam ampliar a compreensão sobre como as enfermeiras constroem seu engajamento na prática profissional. É possível compreender que este é um fenômeno determinante no que diz respeito às suas preocupações diante de situações de vivência moral, mas não como elas se tornam mais ou menos engajadas, ou ainda, quais as bases ontológicas deste fenômeno.

Outra limitação refere-se à proposta inicial de que o fenômeno do sofrimento moral fosse compreendido dentro da realidade de enfermeiros que cuidam de CRIANES. Esta limitação se dá pela natureza dos dados empíricos obtidos, uma vez que as preocupações das enfermeiras que trabalham em pediatria não estão centradas apenas no cuidado às crianças que possuem cuidados complexos e/ou contínuos, mas sim, em um cuidado que está focado no *ser-criança*.

Embora os dados deste estudo não estejam focados na questão da complexidade médica e social destas crianças, alguns pontos referem-se especificamente a estas particularidades. Ainda, reafirma-se que as participantes configuram-se como de fato sendo aquelas que são responsáveis pelo cuidado de CRIANES em nível hospitalar. Assim, devido ao fato de que os dados deste estudo foram produzidos em um cenário hospitalar e com profissionais da área pediátrica, a transferência destes resultados para outros cenários ou enfermeiros torna-se questionável.

Por fim, destaco como limitação para a realização desta pesquisa, a dificuldade em encontrar literatura nacional acerca do objeto de estudo, também devido a sua característica inovadora enquanto conceito a ser estudado pela enfermagem. A novidade e a pouca maturidade no desenvolvimento dos conceitos éticos utilizados na prática da enfermagem é ainda muito afirmada em conceitos advindos de um cenário internacional.

Os resultados deste estudo trouxeram como implicações para pesquisas futuras a necessidade de se considerar uma dimensão mais ampla da prática ética de enfermagem relacionada às vivências morais de enfermeiros em seu cotidiano e as consequências que diferentes engajamentos trazem para a atenção à criança. Sugere-se que outros estudos nesta temática sejam realizados, com o intuito de compreender de forma mais clara a natureza deste fenômeno e a fim de fomentar estratégias que possam promover o engajamento das enfermeiras na prática ética de enfermagem.

Ainda, implicações para a prática de enfermagem relacionadas à necessidade de se investir na formação dos enfermeiros para uma atuação mais reflexiva sobre a dimensão ética do cuidado em enfermagem pediátrica, especialmente, diante da nova realidade da infância

brasileira. Assim, recomenda-se o desenvolvimento de outros estudos na área da enfermagem pediátrica, a fim de desvelar cada vez mais como a prática ética é vivenciada pelos profissionais de saúde, especificamente pelos enfermeiros, contribuindo para uma formação cada vez mais engajada, para além das habilidades técnicas, com o desenvolvimento de um raciocínio clínico, crítico, reflexivo e pautado na ética. Acredita-se que é necessário que a enfermagem brasileira avance nos estudos relacionados à ética, criando a sua própria identidade como profissão autônoma e comprometida com um cuidado ético.

7 CONCLUSÃO

Este estudo teve como fenômeno central, para compreensão das vivências morais, o engajamento das enfermeiras nas diversas relações do seu cotidiano assistencial. Isto significa que o fenômeno do engajamento conforma-se como peça fundamental para a compreensão dos aspectos que tornam as vivências diferentes para cada uma das participantes dessa pesquisa.

Diante disso, compreende-se o fenômeno relacionado ao engajamento como um fenômeno comum a prática de enfermagem, possuindo diferentes características e conformidades diante das diversas situações presentes nas relações vivenciadas pelas participantes. Em todos os temas apresentados, as participantes navegam nas diferentes situações de acordo com as suas preocupações e compreensões, modificando suas vivências morais.

É possível refletir sobre alguns fatores que promovem e diminuem o engajamento, modificando suas vivências morais diante das relações com os diversos atores do cuidado a equipe, a criança e a família, e o contexto no qual está inserido. Essa compreensão é advinda das situações narradas pelas enfermeiras em que o seu engajamento foi fomentado pelo seu contexto, ou diminuído por meio das dificuldades presentes em seu dia a dia.

Compreende-se que dificuldades na relação com a equipe médica podem impedir o enfermeiro de realizar ações que julguem corretas em relação ao paciente, gerando vivências de sofrimento moral. Nos momentos em que a enfermeira engaja-se com o compromisso de promover o bem estar da criança, as dificuldades com os médicos, geram sentimento de impotência, frustração e tristeza, relacionados a impossibilidade de seguir um curso de ação que considera correto.

Além disso, a agência moral das enfermeiras deste estudo, diante da relação com a equipe médica, pode ser fomentada pela abertura e possibilidade de compartilhar opiniões sobre o cuidado a criança. Contudo, mesmo nos momentos em que há um funcionamento inadequado dessas relações, a enfermeira altamente engajada com o cuidado a criança compreende-se como responsável por advogar pelos melhores interesses da criança, gerando uma compreensão sobre as responsabilidades das ações de enfermagem no cuidado.

Na relação com a equipe de enfermagem, o senso de comunidade e de troca de experiências reafirma a moralidade das ações de enfermagem, diminuindo o agravamento do sofrimento moral. Diferentemente, pode gerar sofrimento àquela profissional engajada em promover o bem comum para a equipe, relacionado à compreensão sobre a dificuldade de acomodar as diferentes opiniões dentro do grupo.

Na relação com a família, o engajamento em promover o conforto e aliviar o sofrimento, promove a agência moral da enfermeira em advogar pelos direitos da família bem como por uma prática de enfermagem humanizada. Esta situação pode gerar satisfação pelo sentimento de estar prestando um cuidado de qualidade. Entretanto, as situações de questionamentos sobre a prática da enfermagem podem gerar desconforto pela compreensão de que a qualidade do trabalho de sua equipe está sendo questionada. Ainda, a ocultação da voz dos familiares em relação ao cuidado da criança quando este está focado no engajamento com a equipe, resultando em um presunção sobre a não resolubilidade de ações no quadro de crianças com doenças complexas.

No engajamento com o paciente, a agência moral dos enfermeiros engajados pode levar a uma compreensão sobre as responsabilidades das ações de enfermagem na saúde da criança que pode levar ao sofrimento moral quando não são alcançadas. O cotidiano e a temporalidade das ações podem levar a uma diminuição da agência moral nos enfermeiros que possuem uma prática engajada diminuída, gerando uma compreensão de aceitação das situações difíceis do cuidado à criança que se repetem no dia a dia. Diferentemente, a satisfação pelo cuidado que teve implicações positivas na saúde da criança como uma vivência que inibe o aparecimento do sofrimento, compreendido como a afirmação da beneficência da ação prestada.

Conclui-se que o engajamento das enfermeiras mostra-se em diversos níveis a partir das diferentes relações presentes no cuidado em pediatria. Este profissional navega de forma diferente nos mundos em que está inserido e diante de suas diferentes compreensões sobre a prática ética de enfermagem, modificadas de acordo com o engajamento que apresenta. Consequentemente, as profissionais vivenciam um cuidado que gera sentimento de sofrimento, satisfação, frustração, angústia, responsabilidade, obrigação, fontes de apoio e reciprocidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, P. J. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.** v. 67, p. 6. 1000-7, nov./dez., 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>>.

ARRUÉ, A.M.; et al. Niños con necesidades especiales de salud egresados de cuidados intensivos neonatal. **Evidentia.** Granada, n. 45, mar., 2014.

ASSOCIAÇÃO CANADENSE DE ENFERMEIROS. Ethics, relationships and quality practice environments. **Ethics in practice for registered nurses**, Jan, 2010.

BAKKER A. B. et al. Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. **Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organizations**, v. 22, n. 3, p. 187-200, 2008.

BARLEM, E.L.D., et al. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, pg. 506-10, 2013a.

_____. Sofrimento moral de trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v. 21, n. 9, jan./fev, 2013b.

BENNER, P. **Interpretive phenomenology: embodiment, caring, and ethics in health and illness.** Sage Publications, 1994.

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul – COREN/RS. **Legislação e Código de Ética. Guia Básico para o exercício da Enfermagem.** 2012a. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf>>. Acesso em 22 de jul de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** – IDB – 2012b. Disponível em: [http://<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>](http://http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm) Acesso em: jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos.** Resolução n. 466, Brasília, 2012. 2. Ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. 64p.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Brasília, mar., 2015. Disponível em: <http://http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em jul. 2015.

_____. Ministério Público. Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizados. **Diário Oficial Da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 de out. 1995. Seção I, p.163/9-16320. Disponível em: <<http://http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2178.htm>>. Acesso em jul. 2014.

BERGUM, V. Relational ethics for health care. In: JL Storch, P Rodney, R Starzomski (Eds.). **Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice** (2nd ed). Pearson Education: Canada; 2012, P127-159.

CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999. 298p

CABRAL, I. E. et al. A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevivência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 57, n. 1, p. 35-39, 2004.

CABRAL, I. E.; AGUIAR, R. C. B. de. As políticas Públicas de Atenção à Saúde da criança Menor de Cinco Anos: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n. 11, p. 285-91, 2003.

CARNEVALE, F.A. Considerações éticas em enfermagem pediátrica. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. v.12, n.1, p. 37-47, jul 2012.

_____. Confronting moral distress in Nursing: recognizing nurses as moral agents. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. n. 66 (ed esp), pg. 33-8, 2013.

CARNEVALE, F. et al. What we know (and do not know) about raising children with complex continuing care needs. **J Child Health Care**, v. 12, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://chc.sagepub.com/content/12/1/4>>.

CHAUÍ, M. DE S. **Convite à filosofia**. São Paulo, 14 ed, Ática, 2010. 520p.

CAHMI. Child and Adolescent Health Measurement Initiative (2012). "Who Are Children with Special Health Care Needs (CSHCN)." **Maternal and Child Health Bureau (MCHB)**. Available at: www.childhealthdata.org. Revised 4/2/12.

COELHO, L. P.; RODRIGUES, B. M. R. D. O cuidar da criança na perspectiva da bioética. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 188-93, abr./jun., 2009.

CORLEY, M. C., et al. Development and evaluation of moral distress scale. **Journal Advanced Nursing**, v. 33, n. 2, pg. 250-256, 2001.

CORLEY, M. C. Nurse Moral Distress: a proposed theory and research agenda. **Nursing Ethics** n. 9, pg. 636, 2002.

DALMOLIN, G. L.; LUNARDI, V.L.; FILHO, W.D.L. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pg. 35-0, jan/mar, 2009.

DALMOLIN, G. L. et al. Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 22, n. 1, jan.-fev. 2014.

_____. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o *burnout*. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-8, jan./mar., 2012.

FONTOURA, E. G. et al. Processo de formação da enfermeira para um agir ético. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 1, p. 59-68, jan./abr. 2011.

GÓES, F. G. B; LA CAVA, A. M. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 942-5, 2009.

HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. **Wong, Fundamentos de Enfermagem pediátrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

HUNT, M. R.; CARNEVALE, F. Moral experience: a framework for bioethics research. **J Med Ethics**, v. 37, p. 658-662, 2011.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **HUSM, Apresentação**. Santa Maria, 2014. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>. Acesso em: 9 jul. 2014.

JAMETON, A. **Nursing practice: the ethical issues**. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.

KALVEMARKA, S. et al. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. **Social Science & Medicine**, v. 58, p. 1075-1084, 2004.

KANAI K. Y.; FIDELIS, W. M. Z. Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação a dor na criança internada: **Rev Dor**. São Paulo, v. 12, n. 4, p. 314-20, out./dez, 2010.

LARCHER, V.; CARNEVALE, F. Ethics in Pediatric Palliative Care. in **Oxford textbook of palliative care for children**. Second Edition, 2012.

LUNARDI, V.L. et al. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, pg. 681-8, 2012.

McPHERSON, M.G. *et al.* A new definition of children with special health care needs. **Pediatrics**, v. 102, n.1, p. 137-41, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MORAES, J.R.M.M.; CABRAL, I.E. A rede social de crianças com necessidades especiais de saúde na (in)visibilidade do cuidado de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.20, n.2, pg. 282-288, 2012.

NEVES-VERNIER, E.T.; CABRAL, I.E. Caracterização de crianças com necessidades especiais de saúde e seus familiares cuidadores, Santa Maria (RS), 2004-2005: subsídios para intervenções de enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 6, n. 1, pg. 37-45, 2006.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 182-90, jan. 2008.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 527-38, 2009.

O'HAIRE, S. E.; BLACKFORD, J.C. Nurses' moral agency in negotiating parental participation in care. **International Journal of Nursing Practice**, v. 11, p. 250-256, 2005.

PAULA, C. C.; et al. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 03, p. 468-72, mai-jun, 2014.

PEREIRA, M.S. Lei do exercício profissional de enfermagem e a autonomia profissional do enfermeiro. **Enferm Foco**, v. 4, n 3,4, p. 171-174, 2013.

PIMENTA, E. A. G.; COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. **Revista Esc Enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 622-9, 2009.

POLIT, D.; BECK, C.T. **Nursing Research: principles and methods**. Pliladelphia: J.B. Lippicott. 2004. 150p.

QUIRINO, D. D., et al. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante **Rev. Gaúcha Enferm.** v.31, n.2, Porto Alegre, jun., 2010.

RODNEY, P. ET AL. Moral Agency: Relational Connections and Support. In: JL Storch, P Rodney, R Starzomski (Eds.), **Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice (2nd ed)**. Pearson Education: Canada; p. 160-187, 2012.

RODRIGUES, B. M. R. D. et al. Perspectiva ética no cuidar em enfermagem pediátrica: visão do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 21(esp.2), p. 743-7, 2013.

SANDELOWSKI, M. The problem of rigor in qualitative research. **Advances in Nursing Science**. v. 8, n. 3, p. 27-37, abr., 1986.

SCHULTZ, D. S.; CARNEVALE, F. Engagement and suffering in responsible caregiving: on overcoming maleficence in health care. **Theoretical Medicine**, v. 17, p.189-207. 1996.

SILVA M S et al. Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem **Rev Dor**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 314-20, out./dez, 2011.

SILVEIRA, A.; NEVES, E. T. Crianças com necessidades especiais de saúde: cuidado familiar na preservação da vida. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v. 11, p. 74-80, 2012.

SOUZA M. L. et al. O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 2, p. 266-70, abr./jun., 2005.

SOUZA T. V.; OLIVEIRA, I. C. S. Interação no cuidado da criança hospitalizada. **Rev Esc Anna Nery**. v. 14, n. 3, p. 551-559, jul./set, 2010.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; LABRONICI, L. M.; MANTOVANI, M. F. Produção científica nacional sobre ética de enfermagem: revisão sistemática da literatura. **RBPS**, Fortaleza, v. 23, n.1, p. 80-91, jan./mar., 2010.

WONG. D. L. et al. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** Guanabara Koogan, 1999. 1118p.

APÊNDICE A - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**Termo de confidencialidade dos dados**

Título do projeto: Sofrimento Moral de Enfermeiros que cuidam de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3220-8473

Locais da coleta de dados: Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos dados que serão coletados por meio de entrevistas individuais e diários de campo. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e constituição de um banco de dados para possíveis releituras em estudos futuros. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no (a) sala 1336 do Deptº Enfermagem da UFSM, localizado na Av. Roraima, n. 1000, bairro Camobi. Santa Maria – RS. CEP: 97105-900, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Profa. Pesquisadora Eliane Tatsch Neves. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em __/__/__, com o número do CAAE _____

Santa Maria, ____ de _____ de 20__

Eliane Tatsch Neves
Pesquisador responsável

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: Sofrimento Moral de Enfermeiros que cuidam de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3220-8473

Locais da coleta de dados: Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria.

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder esta entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. As entrevistas serão gravadas e os áudios serão transcritos. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma interferência ou danos nos cuidados prestados à criança durante a internação.

Objetivo deste estudo é: compreender a vivência de sofrimento moral de enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde. A participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista com o pesquisador. **Riscos:** estão vinculados a situações que possam vir à tona nas lembranças dos participantes e provoquem constrangimentos ou despertem sentimentos indesejados. E os **benefícios** serão indiretos, contribuindo para o conhecimento científico e assistencial da enfermagem, e no fortalecimento da qualidade do cuidado prestado às CRIANES.

Assim como as informações fornecidas, você terá sua privacidade garantida pela pesquisadora responsável. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados para fins acadêmicos.

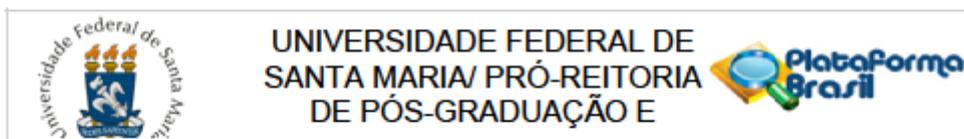
Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria _____, de _____ de 20____

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador responsável
Eliane Tatsch Neves

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SOFRIMENTO MORAL DE ENFERMEIROS QUE CUIDAM DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

Pesquisador: ELIANE TATSCH NEVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36818114.4.0000.5348

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 837.807

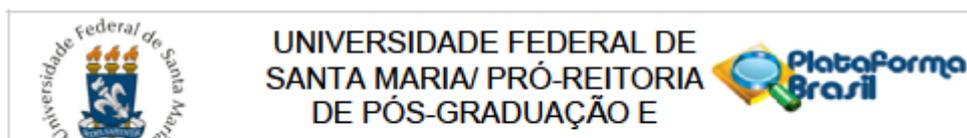
Data da Relatoria: 23/10/2014

Apresentação do Projeto:

A prática da enfermagem em pediatria vem se tornando cada vez mais complexa, uma vez que o perfil da infância brasileira encontra-se em processo de mudança, trazendo consigo o aumento do número de crianças com necessidades especiais de saúde. Os enfermeiros constituem-se de profissionais com importante conhecimento acerca dos melhores interesses da criança e da família, advogando em prol de seu bem estar, está dessa forma inclinado a vivenciar o sofrimento moral. Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem fenomenológica que objetiva compreender as experiências de sofrimento moral no cotidiano de cuidado de enfermeiros cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde em um hospital de ensino. A pesquisa será realizada em três unidades pediátricas de um hospital de ensino: Unidade de Internação Pediátrica (UIP).

Os sujeitos serão enfermeiros que atuam nas referidas unidades e a coleta dos dados se dará por meio de entrevista. As entrevistas serão gravadas e a transcrição destas será analisada a partir da perspectiva Fenomenológica Interpretativa de Patricia Benner. Os princípios éticos da pesquisa serão observados, conforme Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 837.807

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será apresentado aos participantes do estudo. Espera-se com este estudo que o reconhecimento e entendimento acerca do sofrimento moral contribuam para o seu enfrentamento pelos profissionais, com impacto no cuidado prestado às crianças com necessidades especiais de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: compreender as vivências de sofrimento moral no cotidiano de cuidado assistencial de enfermeiros que cuidam de crianças com necessidades especiais de saúde.

ESPECÍFICOS:

- descrever como o sofrimento moral perpassa o cotidiano de cuidado de enfermeiros em diferentes serviços pediátricos de internação no contexto hospitalar;
- compreender as vivências dos participantes em relação ao sofrimento moral buscando por fontes de inquietações e formas de enfrentamento deste sentimento durante o seu cotidiano de cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Bem descritos.

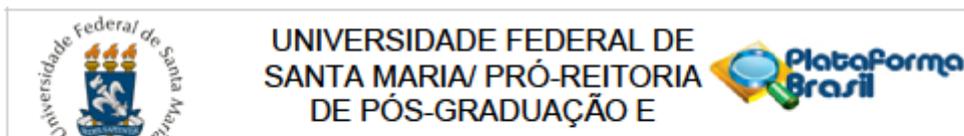
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto foi descrito em linguagem clara e objetiva. Os responsáveis têm experiência com o tema e a revisão de literatura é robusta e atual, como se espera de um projeto de dissertação. Foi apresentada justificativa contundente para a pesquisa proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: Ok;
- Registro no GAP: Ok;
- Registro na DEPE: Ok;
- TCLE: OK;
- Termo de confidencialidade: Ok;
- Cronograma: Ok;
- Orçamento: Ok.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 837.807

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://coral.ufsm.br/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer anterior foram resolvidas de modo satisfatório.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 20 de Outubro de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO B – DECISÃO EDITORIAL

15/01/2016

Gmail - [REBEn] Decisão editorial - Aceitar



Raíssa Passos dos Santos <raissapassos89@gmail.com>

[REBEn] Decisão editorial - Aceitar

1 mensagem

Prof. Dra. Dulce Aparecida Barbosa <noreply.ojs@scielo.org> 27 de agosto de 2015 21:01
 Para: "Profa. ELIANE TATSCH NEVES" <elianeves03@gmail.com>
 Cc: Raíssa Passos dos Santos <raissapassos89@gmail.com>, Franco Carnevale <franco.carnevale@mcgill.ca>, assisteditorial.reben@abennacional.org.br

Profa. ELIANE TATSCH NEVES,

Foi tomada uma decisão sobre o artigo submetido à revista Revista Brasileira de Enfermagem, "Metodologias qualitativas em pesquisa na saúde:referencial interpretativo de Patrícia Benner".

A decisão é: Aceitar para publicação na n1 de 2016
 PARABÉNS!!!!

Favor aguardar contato da Assistente Administrativo para orientações da taxa de edição e outros procedimentos relacionados a publicação.

Prof. Dra. Dulce Aparecida Barbosa
 Associação Brasileira de Enfermagem
editor2.reben@abennacional.org.br
 Prof. Dra. Dulce Barbosa
 Editor Científico
 Revista Brasileira de Enfermagem
 Profa. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca
editor1.reben@abennacional.org.br

Profa. Dra. Dulce Aparecida Barbosa
editor2.reben@abennacional.org.br