

Experiências da equipe de centro de reabilitação - o real do trabalho como questão ética

Singularities work of a rehabilitation center under the perspective of the healthcare team

Experiencias de un equipo de salud en un centro de rehabilitación - la realidad del trabajo como cuestión ética

Ana Paula Trombetta¹

Flávia Regina Souza Ramos¹

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas¹

Ana Maria Borges Marques¹

1. Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis - SC, Brasil.

RESUMO

Objetivo: O grande objetivo deste estudo foi identificar as experiências de trabalho de profissionais da saúde de um centro de reabilitação física e, a partir disso, discutir as principais questões éticas/bioéticas que permeiam o cuidado ao deficiente. **Métodos:** Estudo exploratório-descritivo do tipo estudo de caso único, de natureza qualitativa, com participação de 16 profissionais da equipe multiprofissional do centro de reabilitação. **Resultados:** Foram identificadas situações relacionadas à organização do trabalho, acessibilidade do usuário, dificuldade de comunicação entre profissionais e chefia, dificuldade de implementação do trabalho prescrito e o realizado. **Conclusão:** Além disso, os profissionais não reconhecem ou identificam situações ou problemas éticos na prática assistencial, inexistindo espaços ou oportunidades de discussões e reflexões éticas por parte da equipe, o que expressa a necessidade do desenvolvimento de competências éticas.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência; Centros de reabilitação; Equipe de assistência ao paciente; Condições de trabalho; Ética profissional.

ABSTRACT

Objective: The primary objective of this research was to identify the working experiences of health professionals at a physical rehabilitation center, and from there, to discuss the central ethical/bioethical issues that permeate the care for physically disabled persons. **Methods:** This is an exploratory-descriptive study of a qualitative nature and unique case research type, with the participation of 16 professionals from the multidisciplinary team of the rehabilitation center. **Results:** It was possible to identify situations associated to a labor organization, user accessibility, communication difficulty among professionals and managers, troubles to perform the prescribed work and achieved one. **Conclusion:** Moreover, the professionals do not recognize nor identify situations or ethical problems on the healthcare practice. There are no spaces or opportunities for ethical discussions and reflections on behalf of the team, which expresses the need for ethical skills development.

Keywords: Disabled Persons; Rehabilitation Centers; Patient Care Team; Working Conditions; Ethics, Professional.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las experiencias de trabajo de profesionales de salud de un centro de rehabilitación física y, a partir de esta observación, discutir las principales cuestiones éticas y bioéticas que permean los cuidados con personas con discapacidades. **Métodos:** Investigación exploratoria-descriptiva del tipo estudio de caso único, de naturaleza cualitativa, con participación de 16 profesionales del equipo multidisciplinar de un centro de rehabilitación. **Resultados:** Fueron identificadas situaciones relacionadas a la organización del trabajo, accesibilidad del usuario, dificultad de comunicación entre los profesionales y la jefatura, dificultad de implementación del trabajo prescrito y de lo realizado efectivamente. **Conclusión:** Los profesionales no reconocen o identifican las situaciones o problemas éticos en la práctica asistencial, no existiendo espacios u oportunidades para discusiones y reflexiones éticas por parte del equipo, lo que expresa la demanda por el desarrollo de las competencias éticas.

Palabras clave: Personas con discapacidad; Centros de Rehabilitación; Grupo de Atención al Paciente; Condiciones de Trabajo; Ética Profesional.

Autor correspondente:

Ana Paula Trombetta.

E-mail: ana_trom@yahoo.com.br

Recebido em 22/07/2014.

Aprovado em 20/07/2015.

DOI: 10.5935/1414-8145.20150059

INTRODUÇÃO

A Deficiência tornou-se parte da condição humana, uma vez que este é um termo amplo, que aborda diversas formas de deficiência; e quase todas as pessoas terão algum tipo de deficiência temporária ou permanente em algum momento de suas vidas¹.

Estudos já descrevem que as ações de saúde a pessoa com deficiência devem ser prestadas em diversos níveis de atenção, indo desde a Atenção Básica até serviços especializados, como Centros de Reabilitação, sempre buscando a atenção integral a saúde deste indivíduo². A atenção à saúde destas pessoas visa reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e no desempenho humano, além de proteger a saúde e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências por meio de ações de promoção da saúde³.

O local especializado para a reabilitação das pessoas com deficiência é o Centro de Reabilitação (CR) que é organizado através da Portaria MS/GM nº 818 de 05/06/2001, onde fica determinada a criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência e a composição da equipe multidisciplinar responsável por tal assistência³. As equipes são formadas por profissionais enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacional, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, as quais realizam avaliação individual e, também, o planejamento do processo de reabilitação⁴.

O presente estudo apresenta um recorte de uma pesquisa que se focou não na deficiência em si, mas sim nos profissionais que atuam diretamente com pessoas deficientes físicas em um cenário institucional específico - um Centro de Reabilitação.

O trabalho na instituição estudada é desenvolvido por profissionais de maneira multiprofissional⁴, desenvolvendo atividades em cinco áreas distintas: reabilitação neuroadulto e musculoesquelético; tratamento de espasticidade e distonia com aplicação de toxina botulínica; reabilitação pediátrica; reabilitação cardiopulmonar e programa de órteses, próteses e meios de locomoção auxiliares - OPMAL.

O estudo apresentou como objetivo discutir as principais questões éticas/bioéticas que permeiam o cuidado ao deficiente a partir da experiência dos trabalhadores da equipe de saúde de um centro de referência em reabilitação física. Além disso, buscou identificar a intensidade e frequência de estresse dos participantes no desempenho das atividades diárias no serviço.

O objeto do estudo é constituído na interface entre a experiência dos profissionais e os problemas éticos que podem ser relacionados ao trabalho desenvolvido neste tipo de serviço e junto a usuários deficientes físicos. Tal temática justifica-se pela importância de reconhecer dificuldades e demandas éticas neste trabalho, na medida em que problemas e circunstâncias exigem dos profissionais a capacidade de julgamento e deliberação moral, assim, como ações protetivas dos direitos destes sujeitos e promotoras da qualidade do cuidado.

REFERENCIAL TEÓRICO

Na prática dos serviços de saúde o trabalhador se depara com inúmeros obstáculos os quais se caracterizam como aspectos que dificultam a aplicação de um determinado cuidado. Na vivência dos processos sociais, e em ambientes onde se compartilham saberes e ações, os sujeitos envolvidos emitem opiniões, ideias, iniciam mudanças e organizam as suas concepções de mundo, identificando valores que mobilizam um processo de desconstrução e reconstrução de saberes sobre o próprio sujeito e a sociedade. Proposições críticas sobre o trabalho em saúde impõem a mudança de olhar sobre as práticas e os valores envolvidos, iniciando pela identificação de obstáculos para uma assistência digna e humana, no qual todos os participantes sejam responsáveis por idealizar e implementar estratégias eficazes, buscando uma assistência eficaz, resolutive, de qualidade e humanizada⁵.

Uma vez reconhecida a dimensão ética das práticas profissionais, o conceito de humanização se mostra como um fundamento importante e aplicável em diferentes serviços e campos de atuação da enfermagem. Profissionais da área articulam este conceito à prática multiprofissional e às relações com o cliente, valorizando todos os protagonistas do processo de cuidar, incluindo questões subjetivas, morais, éticas e relacionais, que se alinham aos princípios da Política Nacional de Humanização⁶. Cabe ao profissional analisar e repensar sua prática, habilidades e limitações, buscar teorias, e associar às questões éticas implicadas na garantia dos direitos dos pacientes, para tornar a assistência humanizada e de qualidade⁷.

Na perspectiva adotada, tão importante quanto o foco na ética é o foco na experiência, de modo que a reflexão sobre a dimensão ética das vivências apreendidas não se deu meramente pelas ocorrências ou problemas éticos, mas também pela forma como estes trabalhadores falam sobre o que é o trabalho e como o realizam, as dificuldades que vivenciam e os valores e capacidades que mobilizam. Para subsidiar tal análise foram utilizados conceitos sobre o trabalho em saúde, especialmente da relação entre o de trabalho prescrito e trabalho real, ou seja, da relação dialética entre a face discursivamente anunciada, regulada e institucionalizada do trabalho e sua face singular, subjetiva, que escapa ao controle e a regra^{8,9}. Além disso, a discussão dos resultados empíricos foi apoiada em proposições da bioética relacionadas a vulnerabilidade do deficiente e acessibilidade do mesmo; e em alguns princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), como clínica ampliada, acolhimento, cogestão e gestão participativa¹⁰.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório-descritivo do tipo estudo de caso único, de natureza qualitativa, sendo um estudo desenvolvido em um centro de referência de reabilitação física no estado de Santa Catarina, de caráter público, pertencente à Secretaria Estadual da Saúde (SES).

O estudo foi realizado com 16 profissionais da equipe multidisciplinar sendo: 03 enfermeiros, 03 fisioterapeutas, 03 médicos, 01 educador físico, 01 nutricionista, 01 psicóloga, 01 terapeuta ocupacional, 01 assistente social e 02 técnicos de enfermagem, sendo esses o maior quantitativo de profissionais da equipe multidisciplinar do local estudado. Foi utilizado como critério de exclusão profissionais que exercessem atividades no local a menos de 6 meses ou que estivessem afastados do trabalho. A coleta ocorreu em horário de trabalho dos profissionais, porém agendada conforme a disponibilidade dos mesmos sem prejudicar a assistência aos usuários. O período foi abril e maio de 2013, por meio de entrevista semiestruturada individualizada.

Para organização dos dados qualitativos foi utilizado o software ATLAS-Ti 7.0. A análise dos dados realizou-se por intermédio da transcrição das entrevistas, onde os trechos semelhantes foram agrupados refletindo as principais ideias identificadas na pesquisa.

A proposta de dissertação de mestrado integrou o macro-projeto (financiado pelo Edital PRONEX), "O cuidado a saúde do deficiente físico em Santa Catarina: realidade e desafios. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - CEP UFSC (Parecer nº 216.396 de 11/03/2013), respeitando as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

O perfil dos profissionais entrevistados caracteriza-se por predominância do sexo feminino; idade entre 29 a 57 anos; tempo de atuação em reabilitação física de 8 meses a 20 anos; sendo 6 profissionais de dedicação exclusiva e 8 mantendo outros vínculos; todos ingressaram por concurso público e tiveram formação, majoritariamente, em instituições públicas.

Os resultados são sintetizados em duas categorias principais, inter-relacionadas e que, embora não da mesma forma destacadas nas manifestações dos trabalhadores, recebem similar importância neste estudo. Inicialmente, são apresentadas distintamente, como "o real do trabalho" e "tão real quanto o dito real do trabalho", para serem articuladas no processo de análise.

O real do trabalho

Ao falarem de suas experiências de trabalho é comum que trabalhadores falem não apenas sobre o que fazem, mas como fazem, ou sob que condições. Um elemento importante da organização de trabalho se refere às condições de trabalho, reconhecidas por influenciarem diretamente a assistência prestada e a própria relação subjetiva do trabalhador com sua atividade. Quando os profissionais foram questionados sobre as condições de trabalho, relataram diversos aspectos negativos, principalmente relacionados à:

- a) Estrutura física, pois é antiga e necessita de reforma; apresentam salas improvisadas para atendimento e, mesmo sendo uma instituição de referência para deficiência física, a estrutura não apresenta adaptação em portas ou mobiliário.

A estrutura aqui é ruim, a própria porta para um tetraplégico... Não abre. Isso já foi falado, isso foi pontuado, a acessibilidade para um "tetra", para um "para", para um cadeirante não é boa aqui dentro (P2).

- b) Falta de materiais básicos e equipamentos para atividades diárias com os usuários e ausência de manutenção nos poucos equipamentos que possuem.

O aparelho de ultrassom tem que ficar verificando se a onda sonora do ultrassom está boa ou ruim então frequentemente deve ser realizada essa calibragem falta aqui (P1).

- c) Falta de recursos humanos devido a não reposição de profissionais aposentados ou transferidos; aliada a falta de recursos aparece a sobrecarga de trabalho relatada pelos profissionais que permanecem na instituição e a falta de valorização profissional.

A questão de recursos humanos ela está bem aquém da nossa necessidade, em todos os setores aqui na reabilitação. Nós estamos o tempo inteiro tendo que transferir o funcionário daqui pra lá, por exemplo: nós temos uma enfermeira lá nas contas médicas, nós temos uma técnica de enfermagem aqui no papel, quando poderia ter um administrativo (P5).

Quando questionados sobre as dificuldades que enfrentam no exercício das atividades, foram identificadas questões referentes à:

- a) Condição de trabalho, como dificuldade estrutural, falta de equipamentos e materiais de consumo, falta de exames e recursos humanos e que já foram descritas acima.
- b) Falta de respaldo de chefias no desenvolvimento das atividades, bem como o excesso de vigilância nas atividades desenvolvidas pelos profissionais;

O órgão é muito pequeno, mas apesar disso tem muita vigilância com os profissionais; existe muita vigilância sendo que ninguém é criança, todo mundo é adulto e sabe seus deveres (P2).

- c) Dificuldade de comunicação entre os membros da equipe; falta de discussão de casos/grupos de estudo referente às patologias atendidas na instituição e falta de comprometimento de alguns colegas profissionais;

Acho que algumas relações podiam ser melhores, mas daí serviço público tem uma questão de estabilidade, então acho que as pessoas têm que aprender a conviver com aquelas pessoas e não tem tanta mudança (P13).

Acho que podia se afinar mais a comunicação administrativa e técnica, acho que esse é um grande ponto nosso de poder, tentar atuar e estabelecer uma sintonia maior (P8).

- d) Dificuldade em fornecer alta do serviço ao usuário, bem como empoderar os familiares no cuidado a este usuário, retroalimentando a falta de apoio familiar;

O nosso grande desafio na reabilitação é trazer a família próximo, porque o paciente sozinho não consegue, isso assim tá muito claro, se a reabilitação não for trabalhada junto com o cuidador principal, o familiar que seja, eu não consigo reabilitar o paciente (P5).

- e) Dificuldade de treinamento na admissão de funcionários novos, no qual profissionais não se sentem capacitados;

Acho que eu vou me tornar repetitiva, mas já falei do planejamento, traçar metas, fazer uma previsão que não deve incluir somente a parte operacional mais gerencial, assistencial e também de educação para saúde; coisas que a gente pouco consegue fazer a exemplo, da previsão da entrada de alguns profissionais com concurso, eu tinha previsão de fazer uma capacitação adicional, não conseguimos! (P7).

- f) Dificuldade na organização do agendamento das consultas e na grande demanda burocrática;

É o grande volume de atividades administrativas [...] enquanto instituição deveríamos nos organizar melhor em relação a isso. A gente preenche papel demais, poderia ter uma organização administrativa desse fluxo de papéis e informação do atendimento (P13).

- g) Dificuldade em fornecer transporte para que os usuários possam vir ao CR;

Como a maioria paciente do SUS depende de transporte, então acredito que nosso maior problema é esse. Hoje por exemplo nós tínhamos dois pacientes agendados para curativos e que a gente sabe que precisa e que não vieram porque a gente sabe que a ambulância da prefeitura não trouxe, deu algum problema lá que a ambulância não pôde vir (P14).

- h) Dificuldade em divulgar para os demais serviços de saúde o real papel do CR e as atividades que são desenvolvidas pela instituição.

A questão da reabilitação está muito relacionada à falta de conhecimento dos profissionais de saúde, exceto os fisioterapeutas, com relação ao que é reabilitar. Se existisse esse conhecimento e

que viesse desde a formação profissional talvez a gente tivesse em outra situação hoje (P7).

Tão real quanto o “dito real” do trabalho

Uma dimensão menos visível e falada, mas não menos real, se refere ao que se produz enquanto vivência subjetiva do cotidiano do trabalho, expressa por diferentes formas, entre as quais são destaca.

A percepção acerca das condições de trabalho e se refere à identificação pelos participantes do estresse que sentem ao desempenhar as atividades diárias no serviço. Quando solicitados a indicar a intensidade deste estresse, considerando uma gradação de 1-5 (1: Muito fraca; 2: Fraca; 3: Moderada; 4: Forte; 5: Muito Forte) grande parte dos profissionais sinalizou a percepção de estresse de intensidade 3 e 4 (moderada e forte), totalizando 11 respostas. Enfatizaram que nem sempre a atividade é estressante, mas mesmo em casos pontuais exigem manejo. Apenas um profissional respondeu a opção 5 e o mesmo retornava de uma licença para tratamento de saúde.

Ainda, na mesma escala foram solicitados que respondessem a frequência que sentiam estresse ao desempenhar a atividades diárias no serviço (sendo 1: nunca; 2: raramente; 3: as vezes; 4: quase sempre; 5: sempre). Seis entrevistados responderam a opção 3, e as opções 2 e 4 foram escolhidas por três profissionais cada. O motivo foi o mesmo alegado anteriormente, mesmo que pareça contraditório que frequências como “às vezes” e “quase sempre” (9 respostas) possam ser caracterizadas como “situações pontuais”. O que se mostrou comum nas duas questões foi a dificuldade de relacionar objetivamente as situações desencadeadoras, genericamente denominadas como “pontuais”, ou relacioná-las a muitas das condições antes descritas, como se fossem efeitos relativamente esperados no trabalho que desenvolvem.

Um resultado interessante é que os participantes, quando questionados a respeito de questões éticas, não reconhecem ou lembram a ocorrência de alguma situação ética que tenham vivenciado dentro do serviço. Existiram relatos referentes ao preenchimento de formulários e relatórios burocráticos que foram citados por reduzir o tempo de atendimento ao usuário, causando incômodo ao profissional.

Dilemas éticos, olha eu não lembro de recentemente ter tido um grande dilema ético, não recordo pelo menos aqui dentro (P3).

Olha a única questão que me incomoda bastante essa questão do preenchimento de formulário. Então um efetivo de 40 minutos poderia ser tranquilamente de 45 minutos, ou então em vez de 40 minutos dependendo do paciente, da 35 minutos (P1).

DISCUSSÃO

O real do trabalho como objeto da reflexão ética

Quando se buscou identificar as principais questões éticas presentes na prática assistencial ao deficiente a partir

das experiências dos profissionais, esperava-se encontrar relatos de situações vivenciadas e relacionadas à condição de vulnerabilidade do deficiente, falta de acessibilidade ou então a falta de autonomia do usuário na tomada de decisão¹¹. Ao contrário do que se esperava, predominaram relatos negativos com relação às condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais.

Longe de se constituir em vazio, o silêncio quanto ao tema é muito significativo e pode ser foco de análise, especialmente a partir de conceitos e pressupostos mediadores. Aqui lançamos mão do conceito de trabalho prescrito e trabalho real, de alguns princípios da PNH que se tornam referência para este tipo de serviço/assistência e, também, elementos para uma discussão bioética dos achados.

Para esta discussão, entende-se que o trabalho prescrito é baseado na definição de tarefas (formais e informais) que operacionalizam uma divisão do trabalho, fixa as regras e dita os objetivos qualitativos e quantitativos da produção. O trabalho real comporta a atividade do sujeito⁸. Identificar a atividade significa identificar o trabalho real. As prescrições institucionais devem vir acompanhadas de condições adequadas para serem efetivas e se ocorrer de maneira insuficiente ou inadequada, os meios de trabalho podem dificultar a realização de atividades ou até mesmo impedi-la⁹.

Considerando a necessidade de organizar a assistência em saúde ao deficiente físico, a Portaria n. 818 regulamentou os serviços de assistência ao deficiente com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde⁹. Os serviços podem ser regionalizados e, na ausência destes, deve ser implantado um serviço de referência estadual em medicina física e reabilitação, com instalações físicas adequadas, materiais disponíveis e equipe multidisciplinar especializada no atendimento destes usuários, tanto em atividades ambulatoriais como para acompanhamento e dispensação de Órteses, Próteses e meios de locomoção auxiliares. A partir desta ordenação geral, um trabalho prescrito se constitui, ou seja, uma maneira de a instituição se estruturar com base em regras formais descritas na portaria e com o objetivo de normatizar a assistência ao deficiente físico.

O trabalho real não obedece ou é conduzido pelo descrito acima. O serviço é de caráter público e de referência estadual, não havendo registro de outra instituição que realize o mesmo tipo de assistência. Os encaminhamentos para ingresso na instituição são realizados por meio das Secretarias Municipais de Saúde, porém como a demanda de pessoas que procuram o serviço é grande, existe fila de espera para ingresso. A estrutura física é antiga, necessitando de reformas e adaptações estruturais inclusive para receber o público que é atendido no local. Mesmo possuindo uma instalação grande, a quantidade de salas é insuficiente para os profissionais, que se deparam com problemas de diversas ordens, decorrentes de uma estrutura fragilizada, com fornecimento básico de materiais e equipamentos, porém sem manutenção periódica e/ou preventiva.

Com relação à equipe, esta apresenta composição multidisciplinar, mantém um discurso de assistência coletiva e

interdisciplinar, porém a maior parte das atividades observadas transcorre de maneira individualizada e as reuniões de equipe ou breves discussões de casos para encaminhamentos de setores se caracterizam como momento coletivo. A equipe contempla, minimamente, todos os profissionais que estão descritos na portaria, porém necessita de complementação em função de aposentadorias e afastamentos de funcionários, o que ocasiona sobrecarga nos profissionais que continuam desempenhando as funções na instituição. Além disso, a equipe em sua maioria, com exceção da médica fisiatra e do fisioterapeuta, não possui formação/especialização na área de reabilitação física e aprende com o desenvolver da prática. O serviço ainda possui um setor de Órteses, Próteses e meios de locomoção auxiliares, o qual contempla parcialmente as atividades sugeridas na portaria, ficando fragilizada no acompanhamento dos usuários protetizados que, na realidade da instituição, fica vinculado ao médico fisiatra ou ao laboratório que confeccionou a prótese.

A discrepância evidenciada até aqui sobre o trabalho prescrito e real nos leva a refletir sobre as inúmeras barreiras enfrentadas pelos profissionais e como as diretrizes, que são preconizadas pelo poder público, acabam ficando atreladas à sua própria burocracia. Essa relação contraditória se reflete no fazer dos profissionais, que sabem ou acreditam saber o que é o correto colocar em prática, mas por inúmeras situações não conseguem realizar a ação de maneira prescrita ou desejada.

No entanto, cabe reconhecer que as formas de trabalhar reinventadas na dinâmica dos serviços, sejam adaptações ao limite do possível, sejam resistências a um prescrito ou, ainda, arranjos construídos com maior ou menor acordo entre envolvidos, nem sempre significam prejuízo para o resultado alcançado ou quebra com valores instituídos. Muitas vezes representam alternativas de resguardar valores, privilegiar determinados princípios e lógicas, em detrimento de outras, ou produzir o menor prejuízo possível.

A “atividade”, ou trabalho real, traduz o trabalho realizado e esta deve ser pensada como uma dialética entre o dizer e o fazer, o geral e o singular, o micro e o macro, o local e o global, o objetivo e o simbólico⁸. Logo, o trabalho realizado não pode ser previsto.

Além das questões relacionadas a condições de trabalho, outras foram identificadas nas atividades diárias dos profissionais. Com relação ao fluxo de atendimento, foi evidenciada dificuldade de agendamento gerando duplicidade de horários e a insatisfação dos profissionais frente à grande demanda de preenchimento de formulários durante o atendimento. As dificuldades podem ser relacionadas à sobrecarga de trabalho do profissional acarretando desgaste mental e desatenção, bem como ao remanejamento de funcionários devido a necessidade da instituição, muitas vezes para desempenhar funções para as quais não foram contratados.

No caso de alguns princípios da PNH, acredita-se que não se limitam a novas prescrições a orientar o que fazer e como fazer, como normalmente são tomadas as políticas e normativas, mas remetem a valorização das formas de criação e cogestão que

devem emergir da análise que os próprios trabalhadores fazem do serviço. Como exemplo, poderia ser discutido o acesso dos usuários ao CR, no qual passam por um processo de triagem para ingresso na instituição, não existindo um serviço de acolhimento para recepção dos mesmos. O acolhimento é um importante instrumento sugerido pela PNH que se diferencia da triagem tanto na teoria como na prática. Na triagem há seleção de quem será atendido no serviço, ao passo que no acolhimento todas as pessoas são recebidas/acolhidas, incluindo a escuta qualificada, o atendimento, e, se necessário, o encaminhamento responsável¹⁰.

Com relação ao preenchimento de formulários, os profissionais deveriam possuir um tempo específico para realizar tal atividade, compreendendo a importância dos dados e usando seus resultados e indicadores para qualificar e instrumentalizar o planejamento da assistência. A PNH supõe que na maioria das vezes o trabalhador se submete ao trabalho para realizar os interesses das instituições e esse modelo omite o processo de criação dos profissionais, tornando o trabalho um lugar de repetição, de produção em série, de realização daquilo que foi pensado por outra pessoa¹⁰. Para isso, é sugerida a produção e construção de responsabilidades de forma compartilhada, resultando no aperfeiçoamento da produção de saúde, uma vez que a vontade de participar e desenvolver estará ampliada, reafirmando pressupostos éticos no fazer da saúde.

Considerando que os serviços públicos de saúde ainda apresentam poucos espaços para discussão de experiências e compartilhamento das mesmas, a luta por melhores condições de trabalho é um exercício ético¹⁰. Vale ressaltar que nem sempre o que é prescrito é o ideal, por esse motivo é importante que a equipe esteja atenta e que realize a avaliação da assistência no serviço, identificando a conduta que está sendo implementada e a mais indicada.

Da relação entre trabalho prescrito e trabalho real podem ser apreendidas questões éticas importantes, relacionadas à acessibilidade do usuário, às prioridades e fluxos de atividades diárias dos profissionais, à comunicação entre equipe, ao atendimento a familiares, à alta do usuário e à relação dos profissionais entre si e com a chefia; todas as situações evidenciadas por interferirem na prática assistencial e exigirem a tomada de decisão dos profissionais.

Em relação ao atendimento em saúde, todo cidadão deve dispor de uma rede de atenção à saúde, composta por um conjunto de serviços e equipamentos de saúde organizada em um determinado território geográfico, com serviços de saúde da atenção básica/estratégia saúde da família, próximos às residências; serviços esses articulados para o cuidado segundo necessidades de saúde do usuário¹⁰. Nesse caso, as barreiras identificadas estão relacionadas a problemas de constituição de rede assistencial, pois os usuários do interior não possuem serviços de referência de atendimento mais próximos ao domicílio sem garantia de assistência integral.

Com relação à assistência prestada há relatos de dificuldade na comunicação entre profissionais, com poucas

oportunidades para a troca de saberes, limitadas às reuniões e situações pontuais e não contemplando a educação continuada. Embora não se perceba uma relação de auxílio e solidariedade entre pares, também não foram identificadas manifestações de conflito ou atrito relevantes entre os profissionais.

As políticas atuais de saúde propõem ações multiprofissionais orientadas pela clínica ampliada, na qual os profissionais atendem o usuário levando em consideração atitudes e sentimentos diferentes. Além disso, buscam ajuda em outros setores (intersectorialidade), reconhecem as limitações de conhecimento e das tecnologias empregadas no atendimento, buscando outros conhecimentos e apoios e assumindo um compromisso ético na atividade que está desenvolvendo¹⁰.

Novamente, percebe-se uma lacuna importante entre o prescrito e o real, por relações de equipe fragilizadas. Os integrantes acreditam realizar um trabalho interdisciplinar, mas este se limita a pontuais atividades em grupo. A maioria das ações é individualizada, sem complementaridade de saberes ou interação de equipe, principalmente entre setores diferentes. Dispositivos da PNH seriam aplicáveis aos diversos problemas identificados. A clínica ampliada, por exemplo, promoveria o estreitamento das relações, uma vez que a equipe discute os casos atendidos, colocando em análise o modo de assistir. Também a implementação da cogestão e gestão participativa poderiam levar a discussão, análise, divisão de responsabilidades e consenso, produzindo maior inclusão dos profissionais no desenvolvimento de novas funções e tarefas, bem como compartilhando poder, conflitos e responsabilidades.

Reforça-se a ideia de que o trabalho em equipe é fundamental na reabilitação física com o objetivo de tornar o usuário o mais funcional possível¹¹. A relação de equipe fragilizada pode influenciar de maneira indireta outra dificuldade evidenciada, que é o empoderamento dos familiares junto ao cuidado do usuário e no processo de alta ambulatorial. No trabalho real, os profissionais relatam que a aderência dos familiares é importante, porém na prática realizam apenas atividades de orientação para os mesmos e em situações pontuais. Chama a atenção o fato de a alta de um usuário ser discutida em grupo visto que as atividades realizadas com ele são individuais, bem como o planejamento e avaliação; e esse motivo pode ser um dos fatores que causa insegurança ao profissional no momento de fornecer à alta. A atividade prescrita reforça a importância de ter o familiar como parceiro na reabilitação, pois o dará continuidade ao cuidado no domicílio, como apoiador na recuperação e manutenção do deficiente físico em nível domiciliar.

Questões referentes à coordenação do trabalho surgiram através da falta de respaldo no desenvolvimento de atividades, excesso de vigilância e falta de treinamento a funcionários. No trabalho prescrito, espera-se que a chefia apoie as atividades desenvolvidas, estimulando diálogo aberto e linear com os pares, valorizando os profissionais na prática assistencial, características estas presentes na cogestão ou gestão participativa. Espera-se que a chefia seja parceira, capacitando e orientando funcionários novos, bem como mantendo treinamentos para

funcionários que já trabalham na instituição. Acredita-se que a qualidade da atenção e satisfação dos trabalhadores dependerá da condução dos gestores no facilitar o diálogo, reforçando a interação criativa entre profissionais e serviços de saúde, além de considerar a gestão coletiva como critério fundamental para a promoção de saúde e a prevenção de adoecimento¹⁰. No entanto ainda não há suficientes experiências relatadas ou oferta ampliada de serviços de saúde que funcionam na lógica de espaços coletivos possibilitando a discussão e compartilhamento de experiências.

Todas as questões descritas geram de alguma forma estresse e inquietação nos profissionais do CR e, não sendo objeto do estudo, não foi possível a identificação de suas causas específicas. A percepção do próprio stress vai de encontro a uma avaliação subjetiva, uma vez que o enfrentamento de situações potencialmente estressantes depende da percepção e análise do indivíduo quanto à sobrecarga causada por um estressor¹², logo, questiona-se a eficácia dos profissionais em realizar uma análise subjetiva das atividades que estão desenvolvidas dentro do serviço.

O cuidado prestado às pessoas com deficiência física remete a diversas situações éticas, assim como as experiências destas pessoas apontam problemas ainda não superados, como preconceito, vulnerabilidade e privação de direitos, apesar do que asseguram políticas públicas voltadas à inclusão destes sujeitos. A ética está evidenciada nas atitudes e decisões individuais, incluindo o agir do profissional; influenciando posicionamento frente a direitos e vulnerabilidades reconhecidos ou problemas éticos presentes no cotidiano dos serviços. Conflitos cotidianos vivenciados por enfermeiros demandam deliberação moral e estas são fundamentadas em discursos legitimados pela profissão por argumentos, justificações e valores¹³.

Mesmo diante de todas as dificuldades já discutidas e que os profissionais vivenciam diariamente, os mesmos não percebem o conteúdo ético de suas experiências. Isso pode ser visto como um problema dentro da instituição, como de tantas outras, pois sinaliza que os profissionais não estão tendo a sensibilidade para reconhecer e a competência para lidar com problemas éticos, que se misturam às questões técnicas cotidianas e demandam por deliberação moral.

A sensibilidade moral desempenha um papel importante na tomada de decisão dos profissionais e é necessária para a identificação de dilemas éticos fundamentais, favorecendo a avaliação dos valores apropriados buscando soluções alternativas de resolução. Esta se relaciona com o processo de deliberação que é trazido no estudo de Zoboli e Soares como o processo de autoeducação, quase autoanálise, que visa propiciar a transformação da prática profissional por meio da mudança de atitude. Com isso, amplia-se a compreensão das vivências e experiências, criando-se ambiente favorável para mudanças dos profissionais, em compromisso responsável com a excelência moral e técnica de sua prática e assistência¹³.

Quando o profissional não consegue realizar este exercício, pode indicar uma lacuna importante na capacidade de percepção e problematização, sob o ponto de vista ético, de questões

normalmente reduzidas a uma dimensão técnica ou gerencial nos serviços de saúde. Ainda acredita-se que a discussão coletiva seja o melhor caminho, e pode ser utilizado como estratégia, por estimular a reflexão e identificar problemas institucionais e dos próprios profissionais. Quando os profissionais pautam suas ações em valores reconhecidos como éticos na área da saúde e da enfermagem, parecem estar mais protegidos em suas decisões, o que pode favorecer a si e ao próprio paciente¹⁴. Logo, decisões pautadas na reflexão ética fornecem maior segurança aos profissionais da saúde.

Possibilidades de mudança na qualidade do cuidado e nas relações de poder presentes no trabalho em saúde são relacionadas às formas de resistência e deliberação moral que enfrentem as condições institucionais e relacionais que causam sofrimento moral e perda de autonomia, assim como à estratégias de para o exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro^{15,16}.

Quando se trabalha com demandas de saúde, os profissionais necessitam tomar decisões com responsabilidade e respeito pelos outros, incluindo a equipe que compartilha o mesmo ambiente de trabalho¹⁷. A ausência da discussão ética já é sugestiva do desafio de superar a cisão e isolamento da ética em relação ao raciocínio e julgamento clínico-assistencial. A competência técnica não é divorciada da competência ética e esta exige um novo tipo de compromisso e sensibilidade, que parece ainda ser negligenciado nos processos formativos e de trabalho, especialmente quando a atuação profissional, como no caso da equipe de reabilitação, se volta para pessoas com vulnerabilidades específicas.

Em função de o trabalho ser realizado em um local complexo, caracterizado como único serviço para uma assistência específica dentro do estado, acredita-se que todas as ações dos profissionais, sejam elas assistenciais, técnicas ou de orientação, são passíveis de questionamentos e reflexões éticas e que a não reflexão a respeito dessas práticas pode influenciar no resultado do trabalho desenvolvido por estes profissionais na prática diária. Ainda, vislumbra-se que o trabalho prescrito e o trabalho real possam ser importantes ferramentas de auxílio na compreensão e discussão de problemas éticos e temas bioéticos na atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho conseguiu-se evidenciar dentro de um serviço destinado a usuários com demandas específicas e grande vulnerabilidade social a inexistência de discussões e reflexões éticas. Foi evidente entre os profissionais estudados, a necessidade de desenvolver sensibilidade e competência ética para articular decisão clínica, gerencial e deliberação moral, mesmo quando são capazes de apontar diversas situações e limites que pesam sobre o trabalho que desenvolvem.

Longe de indicar limites ou culpas pessoais cabe reconhecer os efeitos de processos de formação que ainda não valorizaram da mesma forma competências técnicas e éticas; assim, como serviços que não foram capazes de assumir o compromisso com a educação continuada ou com a efetivação de políticas públicas

que resgatam a ética como fundamento das práticas. Existe um grande desafio no sentido da identificação e reconhecimento de situações/problemas éticos por parte dos profissionais e acredita-se que os problemas serão somente percebidos após estimular o diálogo sobre a prática profissional, como em dispositivos promotores da cogestão e valorização do trabalhador.

Ainda, o exercício de refletir sobre o trabalho prescrito e o real desenvolvido na instituição foi interessante, pois possibilitou a percepção de que várias dificuldades verbalizadas são passíveis de ajustes, porém, para que isso aconteça, as equipes devem iniciar com a mudança de atitude e relação entre os próprios membros.

Resalta-se a importância de estudar temas da bioética nos serviços de saúde, ainda distanciados do cotidiano do trabalho, enfatizando que este tema deve permear a prática e o processo decisório de todos os profissionais de saúde com o objetivo de assegurar uma boa prática assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde - OMS. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPcD; 2011.
2. Aragão AKR, Sousa A, Silva K, Vieira S, Colares V. Acessibilidade da criança e do adolescente com deficiência na atenção básica de saúde bucal no serviço público: estudo piloto. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.* 2011 abr/jun; 11(2):159-64.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010a.
4. Portaria n. 818 de 05 de junho de 2001 (BR). Dispõe sobre a organização da assistência a pessoa portadora de deficiência física em serviços de saúde. Disponível: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_818_de_05_06_2001.pdf.
5. Moraes CI, Freitas FDS, Assunção FM. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. *Rev. Bras. Enferm.* 2013 66(4):564-70.
6. Chernicharo IM, Silva FD, Ferreira MA. Caracterização do termo humanização na assistência. *Esc. Anna Nery.* 2014 Jan./Mar.;18(1):156-62.
7. Chernicharo IM, Silva FD, Ferreira MA. Humanization in nursing care in the concept of professional nursing. *Esc. Anna Nery.* 2011 Oct./Dec.;15(4):686-93.
8. Hennington EA. Gestão dos Processos de Trabalho e Humanização em Saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev. Saúde Pública.* 2008;42(3):555-61.
9. Bertocini JH, Pires DEP, Scherer MDA. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. *Trab. Educ. Saude.* 2011;9(1):157-73.
10. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização - o que é e como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010b.
11. Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
12. Oliveira MGM, Cardoso CL. Stress e trabalho docente na área de saúde. *Estud. Psicol.* 2010;28(2):135-41.
13. Schneider DG, Ramos FRS. Moral deliberation and nursing ethics cases: Elements of a methodological proposal. *Nursing Ethics.* 2012;19:764-76.
14. Zoboli ELCP, Soares FA. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2012;46(5):1248-53.
15. Barlem EL; Ramos FR. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nursing Ethics* [on line]. 2014 Nov;[cited 2015, feb 06];3:1-8 [Epub ahead of print]. Available from: <http://nej.sagepub.com/content/early/2014/10/31/0969733014551595.long>
16. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem JGT, Almeida AS et al. Psychometric characteristics of the Moral Distress Scale in Brazilian nursing professionals. *Texto Contexto Enferm.* [on line]. 2014 Sep.;[cited 2015 feb 02];23(3):563-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300563&lng=en.
17. Ramos FRS, Brehmer LCF, Vargas MA, Trombetta AP, Silveira LR et al. Ethical conflicts and the process of reflection in undergraduate nursing students in Brazil. *Nursing ethics.* [on line]. 2014. Available from: <http://nej.sagepub.com/content/early/2014/08/04/0969733014538890.full.pdf+html>