

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Doutorado em Enfermagem

**PROCESSO DE DISTRESSE MORAL DE ENFERMEIROS
INTENSIVISTAS: ENTRE DESAFIOS ÉTICOS, ORGANIZACIONAIS E
IMPLICAÇÕES IDENTITÁRIAS**

GLÁUCIA DE SOUSA VILELA

Belo Horizonte
2020

Gláucia de Sousa Vilela

**PROCESSO DE DISTRESSE MORAL DE ENFERMEIROS
INTENSIVISTAS: ENTRE DESAFIOS ÉTICOS, ORGANIZACIONAIS E
IMPLICAÇÕES IDENTITÁRIAS**

Tese de doutorado apresentada ao programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Menezes Brito

Belo Horizonte

2020

V699p Vilela, Gláucia de Sousa.
Processo de distresse moral de enfermeiros intensivistas [manuscrito]: entre desafios éticos, organizacionais e implicações identitárias. / Gláucia de Sousa Vilela. - - Belo Horizonte: 2020. 110f.: il.

Orientador (a): Maria José Menezes Brito.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Ética. 2. Enfermeiras e Enfermeiros. 3. Unidades de Terapia Intensiva. 4. Cuidados de Enfermagem. 5. Prática Privada de Enfermagem. 6. Dissertação Acadêmica. I. Brito, Maria José Menezes. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 87

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA DE NÚMERO 168 (CENTO E SESSENTA E OITO) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA GLÁUCIA DE SOUSA VILELA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 13 (treze) dias do mês de outubro de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da tese "PROCESSO DE DISTRESSE MORAL DE ENFERMEIROS INTENSIVISTAS: ENTRE DESAFIOS ÉTICOS, ORGANIZACIONAIS E IMPLICAÇÕES IDENTITÁRIAS", da aluna **Gláucia de Sousa Vilela**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Maria José Menezes Brito (orientadora), Flávia Regina Souza Ramos, Kênia Lara da Silva, Heloiza Maria Siqueira Rennó e Sérgio Joaquim Deodato Fernandes, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 13 de outubro de 2020.

Profª. Drª. Maria José Menezes Brito
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Flávia Regina Souza Ramos
(UFSC)

Profª. Drª. Kênia Lara da Silva
(Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Heloiza Maria Siqueira Rennó
(UFSJ)

Prof. Dr. Sérgio Joaquim Deodato Fernandes
(Universidade Católica de Portugal)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 13.10.2020

MODIFICAÇÃO DE TESE**MODIFICAÇÕES EXIGIDAS NA TESE DE DOUTORADO DA SENHORA GLÁUCIA DE SOUSA VILELA.**

As modificações foram as seguintes:

NOMES	ASSINATURAS
Profª. Drª. Maria José Menezes Brito	_____
Profª. Drª. Flávia Regina Souza Ramos	_____
Profª. Drª. Kênia Lara da Silva	_____
Profª. Drª. Heloiza Maria Siqueira Rennó	_____
Prof. Dr. Sérgio Joaquim Deodato Fernandes	_____



Documento assinado eletronicamente por **Kenia Lara da Silva, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 15/10/2020, às 12:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Jose Menezes Brito, Professora do Magistério Superior**, em 19/10/2020, às 09:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Heloiza Maria Siqueira Rennó, Usuário Externo**, em 20/10/2020, às 10:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sérgio Joaquim Deodato Fernandes, Usuário Externo**, em 20/10/2020, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 28/10/2020, às 21:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Regina Souza Ramos, Usuário Externo**, em 05/11/2020, às 15:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0313837** e o código CRC **A29AD76F**.

Referência: Processo nº 23072.229027/2020-96

SEI nº 0313837

HOMOLOGADO em reunião do CPD
Em 03/11/2020

*Aos enfermeiros e enfermeiras,
profissionais da arte de cuidar.
À minha família, Vinicius e Cecília
Aos meus pais, Darci e Eledir*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela vida, por me amar incondicionalmente e por designar Espíritos de Luz para partilharem comigo desta jornada evolutiva que não se encerra aqui.

Aos meus pais, **Darci e Eledir**, que além da vida, deram-me exemplos vivos de valores fundamentais para a construção da minha identidade e me apoiam incondicionalmente em todos os desafios. Ensinararam-me desde cedo sobre a presença de Deus em nossas vidas, a importância do estudo e da educação, da união e do respeito.

À minha família, **Vinicius e Cecília**, e à **Lavínia** que se prepara neste momento para a vida física, vocês são a motivação e o sentido da minha vida! Muito obrigada por serem meu refúgio, minha paz, meu incentivo diário para continuar! **NEOQEAVs!**

Ao meu irmão **Glauter**, por ser presença e exemplo constante, por trazer **Karina e Eva** para nossa família!

Aos meus sogros, **Magda e Edilon**, por toda torcida, orações e apoio!

À querida **Maria José!!!!** Agradeço a você pelo aprendizado, pela partilha, pela possibilidade de crescer com meu esforço, mas sustentada por suas mãos e seu conhecimento! Obrigada pela generosidade, pelo carinho, pela amizade! Sigamos juntas nesta caminhada de construção do conhecimento e fortalecimento da enfermagem!

Aos **pupilos e pupilas**, especialmente Cecília, Daniele, Carol, Lilian, Thais, Natália, muito obrigada pelo apoio, pelas discussões, pela parceria!

E, **Cecília... Dani...** Como expressar minha gratidão? Vocês são meu esteio, minha fortaleza! Em meio a alegrias e ansiedades, ricos debates e construção do conhecimento nossa amizade se fortaleceu! Certamente permanecerá para sempre!

À **Palloma e Mariana** pela parceria e amizade nas disciplinas do doutorado!

À **Escola de Enfermagem da UFMG**, por ser um espaço de aprendizado e construção conjunta do saber. Obrigada, principalmente aos **docentes**, por acolherem-me com tanto carinho.

À **prefeitura de Itatiaiuçu**, por conceder-me jornadas especiais de trabalho para que pudesse conciliar o trabalho e o estudo. Especialmente à comadre **Renata**, irmã do coração!

Aos meus **avós, tios(as), primos(as), amigos(as)** por toda torcida e orações!

Às agências de fomento à pesquisa: **CAPES, CNPq, FAPEMIG.**

Viver é plantar. É atitude de constante semeadura, de deixar cair na terra de nossa existência as mais diversas formas de sementes.

Cada escolha, por menor que seja, é uma forma de semente que lançamos sobre o canteiro que somos. Um dia, tudo o que agora silenciosamente plantamos, ou deixamos plantar em nós, será plantaçoão que poderá ser vista de longe.

(Padre Fábio de Melo)

RESUMO

As experiências ético-morais na prática em saúde são constantes e exigem do profissional habilidade para lidar com elas. Tais experiências compreendem a mobilização de subjetividades, modificando o profissional e produzindo impactos sobre sua identidade. No campo das experiências ético-morais, o Processo de Distresse Moral se configura como um evento complexo que envolve a construção do sujeito ético. Abrange desde a sensibilidade do indivíduo para perceber e reconhecer os problemas morais quando eles surgem na prática, as possibilidades deliberativas em conformidade ou não com seu julgamento moral, até a análise dos impactos dos resultados das deliberações sobre o sujeito. No contexto dos centros de terapia intensiva, a prática do enfermeiro possui características singulares, envolvendo maior proximidade com o paciente e suas necessidades, o que fomenta neste profissional a vivência de experiências ético-morais e do processo de distresse moral. Este estudo objetivou compreender as vivências do processo de distresse moral por enfermeiros que trabalham em um centro de terapia intensiva de um hospital universitário em Minas Gerais. Especificamente buscou-se elucidar os efeitos das vivências sobre a identidade do enfermeiro, sobre a organização e sobre as relações estabelecidas entre a equipe. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com enfoque descritivo, interpretativo e analítico. Utilizou-se a entrevista, com roteiro semiestruturado, como instrumento de coleta de dados e a análise temática de conteúdo como o método de análise dos dados. Participaram 12 enfermeiros que atuavam nos turnos diurnos do centro de terapia intensiva, tendo sido excluídos os enfermeiros licenciados e em gozo de férias ou que atuassem nos turnos noturnos, por se considerar as singularidades do trabalho do enfermeiro em turnos distintos. Os resultados apontaram a vivência do processo de distresse moral na prática do enfermeiro, destacando-se que as experiências que remetem à vivência de distresse moral relacionam-se, majoritariamente, à impossibilidade de cuidar conforme se acredita ser correto. O exercício da advocacia do paciente foi referido como um fator positivo à configuração identitária, desencadeando distresse moral quando não executado. A expressão da ética na UTI relaciona-se com o processo de distresse moral, sendo que a organização do trabalho, as relações de poder existentes e as relações interpessoais são elementos fundamentais para a compreensão deste processo. Sobre as deliberações morais, as obstruções deliberativas propiciam o distresse moral e a estagnação deliberativa. A deliberação conjunta permite ao enfermeiro alcançar a ação moralmente correta conforme seu julgamento moral. Os impactos identitários

da vivência do distresse moral apresentaram-se nos resultados, inclusive com a evidência de rupturas identitárias em face das estagnações. Concluiu-se que o processo de distresse moral apresenta-se na prática do enfermeiro de UTI, com fortes repercussões identitárias ao profissional, sendo fortemente influenciado por fatores organizacionais e relacionais. O fomento de intervenções que vislumbrem práticas mais colaborativas, diálogo, melhores definições das atribuições dos membros da equipe e educação permanente podem influenciar positivamente neste processo, reduzindo vivências de distresse moral e fortalecendo a identidade do enfermeiro.

Descritores: Ética, Enfermeiras e Enfermeiros, Unidades de Terapia Intensiva. Cuidados de Enfermagem. Prática Privada de Enfermagem

ABSTRACT

Ethical-moral experiences in health practice are constant and require professional skill to deal with them. Such situations include the mobilization of subjectivities, modifying the professional and producing impacts on their identity. In the field of ethical-moral experiences, the Moral Distress Process is configured as a complex event that involves the construction of the ethical subject. It ranges from the individual's sensitivity to perceiving and recognizing moral problems when they arise in practice, the deliberative possibilities in conformity or not with his moral judgment, to the analysis of the impacts of the results of the deliberations on the subject. In the context of intensive care centers, the nurse's practice has unique characteristics, involving greater proximity to the patient and his needs, which promotes the experience of ethical and moral experiences and the moral distress process in this professional. This study aimed to understand the experiences of the moral distress process by nurses who work in an intensive care center at a university hospital in Minas Gerais. Specifically, it sought to elucidate the effects of the experiences on the nurse's identity, on the organization and on the relationships established between the team. It is a qualitative research, with a descriptive, interpretive and analytical focus. The interview, with a semi-structured script, was used as an instrument for data collection and thematic content analysis as the method of data analysis. Twelve nurses who worked on the day shifts of the intensive care center participated, and nurses who were licensed and on vacation or who worked on the night shifts were excluded, considering the singularities of the nurse's work in different shifts. The results pointed to the experience of the moral distress process in the nurse's practice, highlighting that the experiences that refer to the experience of moral distress are mainly related to the impossibility of caring as it is believed to be correct. The practice of patient advocacy was referred to as a positive factor in the identity configuration, triggering moral distress when not performed. The expression of ethics in the ICU is related to the process of moral distress, with the organization of work, existing power relations and interpersonal relationships being fundamental elements for understanding this process. Regarding moral deliberations, deliberative obstructions lead to moral distress and deliberative stagnation. Joint deliberation allows nurses to achieve morally correct action according to their moral judgment. The identity impacts of the experience of moral distress were present in the results, including the evidence of ruptures in the face of stagnation. It was concluded that the moral distress process appears in the nurse's practice, with strong identity repercussions for the

professional, being strongly influenced by organizational and relational factors. The promotion of interventions that envisage more collaborative practices, dialogue, better definitions of the team members' duties and permanent education can positively influence this process, reducing experiences of moral distress and strengthening the nurse's identity.

Descriptors: Ethics, Nurses, Intensive Care Units. Nursing care. Private Nursing Practice

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

FIGURA 1: Marco conceitual para análise do processo de distresse moral. Fonte: RAMOS, BRITO, VARGAS, et al; 2016	23
FIGURA 2. Categorização dos dados.....	36
TABELA 1: Disposição e situação dos artigos resultados da Tese. 2020.	37/38
QUADRO 1: Compilação dos principais resultados dos artigos apresentados na Tese. 2020	95-97

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 APRESENTAÇÃO INICIAL	16
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 PROCESSO DE DISTRESSE MORAL	21
2.2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA	25
2.3 O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA	28
3 PERCURSO METODOLÓGICO	30
3.1 O ESTUDO	30
3.2 O CENÁRIO	32
3.3 OS PARTICIPANTES	33
3.4 A COLETA E A ANÁLISE DE DADOS	33
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	37
4 ARTIGOS RESULTANTES	37
4.1 ARTIGO 1: MODELO ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO À BEIRA LEITO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA UMA PRÁTICA INOVADORA	38
4.1.1 Resumo	38
4.1.2 Introdução	38
4.1.3 Método	40
4.1.4 Resultados	41
4.1.6 Discussão	44
4.1.7 Considerações finais	47
4.1.8 Referências	48
4.2 ARTIGO 2: EXPRESSÕES DA ÉTICA E DO DISTRESSE MORAL NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA	49
4.2.1 Resumo	49
4.2.2 Introdução	50

4.2.3 Métodos	52
4.2.4 Resultados	53
4.2.4.1 <i>Expressões da ética: influência dos valores, virtudes, relacionamentos e organização do trabalho</i>	53
4.2.4.2 <i>Distresse moral na prática do enfermeiro intensivista</i>	56
4.2.5 Discussão	57
4.2.6 Conclusão	63
4.2.7 Referências	64
4.3 ARTIGO 3: O PROCESSO DE DISTRESSE MORAL DO ENFERMEIRO EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA	66
4.3.1 Resumo	66
4.3.2 Introdução	67
4.3.4 Métodos	69
4.3.4.1 <i>Tipo do estudo</i>	69
4.3.4.2 <i>Cenário</i>	69
4.3.4.3 <i>População</i>	69
4.3.4.4 <i>Coleta de dados</i>	70
4.3.4.5 <i>Análise e tratamento dos dados</i>	70
4.3.4.6 <i>Aspectos éticos</i>	70
4.3.5 Resultados	71
4.3.6 Discussão	76
4.3.7 Conclusão	78
4.3.8 Referências	79
4.4 ARTIGO 4: IDENTIDADE DO ENFERMEIRO EM FACE DO PROCESSO DE DISTRESSE MORAL	82
4.4.1 Resumo	82
4.4.2 Introdução	82
4.4.3 Métodos	84
4.4.4 Resultados	86
4.4.5 Discussão	89
4.4.6 Conclusão	92
4.4.7 Referências	93

5 DISCUSSÕES	94
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	104

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO INICIAL

Gostaria, primeiramente, de apresentar-me... Sou enfermeira!

Ser enfermeira é cuidar, não somente do outro que se coloca à minha frente, mas cuidar do sistema de saúde, cuidar da pesquisa e da informação. É também assistir, gerenciar, refletir, ouvir, ser ombro amigo, ser curiosa, ser inventiva, ser criativa, ser humana, ser ética! Acredito que tudo aquilo que somos e que modificamos por meio de nossas ações está em permanente construção e reconstrução, mobiliza energia, que por sua vez impacta em outras pessoas em maior ou menor grau. Dessas reflexões surgiu o interesse em estudar identidades, refletir sobre fatores que impactam sobre a construção do sujeito e sobre sua representação no mundo.

Durante o mestrado, analisando a configuração identitária de enfermeiros da estratégia de saúde da família em um município do interior de Minas Gerais, pude compreender o quanto é diferenciado o papel do enfermeiro no contexto das equipes e práticas em saúde e quão rica é a sua identidade, tanto para si mesmo, quanto para seus pares.

No entanto, chamou-me a atenção quanto impacto tem sobre esta identidade a ação moralmente correta! Principalmente, quanto sofrimento é gerado ao enfermeiro quando realiza uma ação que não julga ser a mais adequada.

Percebi que também vivencio, não raramente e com grande incômodo, situações como estas, de não poder agir sempre conforme meu juízo moral em face de obstáculos que se apresentam em meu cotidiano de trabalho. Posso citar como exemplos de obstáculos os interesses políticos, a falta de estrutura para o trabalho, a falta de autonomia para deliberar, dentre outros de menor expressão.

Compreendendo que tudo aquilo que incomoda e que instiga deva ser investigado, compreendido e analisado, busquei o doutorado para avançar nesta jornada de aprendizado e evolução, objetivando compreender a influência do distresse moral na construção identitária do enfermeiro.

No entanto, para que minhas impressões de enfermeira coordenadora da APS não se impregnassem nos resultados do trabalho, em face do rigor exigido para uma tese de doutoramento direcionei meu olhar para o distresse moral e a identidade vivenciado por

enfermeiros que atuam em ambiente hospitalar. Especificamente, a análise se voltou para a relação entre distresse moral e configuração identitária em um CTI de um hospital universitário no qual o modelo assistencial de enfermagem a beira leito foi implantado, reconfigurando a prática do enfermeiro neste espaço.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A dimensão ética do trabalho tem sido objeto de estudo em diferentes contextos, merecendo destaque quando se volta para a área saúde, cujos processos, tecnologias e aspectos ético-morais influenciam e são influenciados pelos modelos assistenciais, de gestão e pelas práticas de cuidado.

No trabalho em saúde a ética é evidenciada na ação do profissional, que expressa tanto as nuances científicas do conhecimento formal adquirido ao longo da formação profissional, quanto nuances individuais que se relacionam à sua personalidade. Tais nuances dizem respeito à construção da identidade do profissional, que ganha novas formas no contato com o ambiente de trabalho. Para Dubar (2012, p. 358), a socialização profissional configura-se como um processo que “conecta permanentemente situações e percursos, tarefas a realizar e perspectivas a seguir, relações com outros e consigo (self), concebido como um processo em construção permanente.” Para este autor, a socialização profissional se define pelo modo com que o indivíduo apreende seu trabalho e conduz sua vida ativa, em um movimento de construção de si, de construção de identidade profissional (DUBAR, 2012).

A identidade é construída permanentemente, ao longo da vida, por meio de experiências de encontro com a família, com a escola, com o trabalho e com a sociedade. Tais encontros fomentam a apreensão da realidade objetiva, que é subjetivada considerando a “bagagem” trazida por si mesmo ao longo da vida.

Para Foucault (2004), quando o sujeito reflete sobre sua vida e sua subjetividade ele se reinventa, estabelecendo uma relação ética consigo mesmo. Refletindo sobre si mesmo, o homem tem a capacidade de libertar-se das formas de poder, conferindo a si próprio regras e normas existenciais nem sempre determinadas por padrões socialmente constituídos. (FOUCAULT, 1988; SANTOS et al, 2005; GALVÃO, 2014).

De tal modo, o movimento de reflexão sobre si mesmo em face das regras e códigos instituídos, transforma e conduz o sujeito à conduta moral (FOUCAULT, 1988; BARBOSA, 2007; CASSIANO, 2015).

É verdade que toda ação moral comporta uma relação com o real na qual se efetua e uma relação com o código a que se refere, mas ela implica também uma certa relação a si. Essa relação não é simplesmente “consciência de si”, mas constituição de si como “sujeito moral” na qual o indivíduo circunscreve a parte dele mesmo que constitui o objeto dessa prática moral, define sua posição em relação ao preceito que respeita e estabelece para si um modo de ser que valerá como realização moral dele mesmo. Para tal, age sobre si, procura conhecer-se, controla-se, põe-se à prova, aperfeiçoa-se e transforma-se (FOUCAULT, 1988, p.28).

É possível compreender, portanto, que a subjetivação da realidade é um complexo processo de produção de si protagonizado por um indivíduo que, inserido na sociedade e em suas normas, reflete sobre si mesmo e sobre suas condutas, conformando-se em um sujeito social que se reconstrói permanentemente (DELEUZE, 1988; FOUCAULT, 1988; MANSANO, 2009).

No trabalho na saúde os profissionais vivenciam, cotidianamente, experiências morais que requerem posicionamento e reflexão contínuos. Tais experiências configuram-se por exercícios éticos que exigem o desenvolvimento de competências e habilidades para lidar com as especificidades deste tipo de serviço e com as questões éticas que as envolvem. Salienta-se que a realização de determinados procedimentos e a adoção de alguns tipos de comportamentos e decisões por vezes se apoiam em argumentos que são contraditórios para o profissional de saúde e tais situações podem se configurar em problemas ético-morais.

Especificamente no campo da enfermagem, a vivência de experiências morais permeia, cotidianamente, a vida profissional e acontece em vários contextos de trabalho abrangendo os diferentes níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde e até mesmo a formação do profissional na graduação (RENNÓ, 2015; CAÇADOR, 2016; CARAM, 2018). Tais experiências podem ainda marcar-se pela ocorrência de problemas morais em seu cotidiano de trabalho sendo geradoras de sofrimento para o enfermeiro (JAMETON, 1984; CORLEY, 1995; LUNARDI et al, 2009; EPSTEIN e DELGADO, 2010; BURSTON e TUCKETT, 2013; RAMOS et al, 2016).

Estudos buscam compreender os problemas morais e o sofrimento, deles advindo, na prática do enfermeiro (CARAM, 2018; BASTOS et al, 2018; TROMBETA, 2017; CAÇADOR, 2016; BARLEM et al, 2013). Estudo desenvolvido por Barlem et al (2013) aponta que, dentre as causas de vivência de problemas morais pela equipe de enfermagem no contexto hospitalar, destacam-se: a execução de prescrições assistenciais inadequadas no que

se refere às necessidades do paciente, o desrespeito à autonomia do paciente, as condições insuficientes de trabalho e jornadas semanais extensas e, ainda, as relações díspares entre os membros da equipe e suas chefias.

Importa considerar que as questões que se conformam por problemas morais para os profissionais da enfermagem requerem a tomada de decisão ético-moral para sua resolução (TROMBETA, 2017). Decidir com base em preceitos morais e a despeito do envolvimento do enfermeiro com os aspectos ético-morais do cuidado exige do mesmo adquirir experiência, aprimorar seu julgamento clínico, desenvolver virtudes e sensibilidade morais para que suas ações repercutam no bem comum (RAMOS et al, 2015; NORA et al, 2016; TROMBETA, 2017; ESCOBAR-CASTELLANOS e CID-HENRIQUEZ, 2018).

Ressalta-se que o exercício da deliberação moral pressupõe ações profissionais eticamente prudentes que considerem a multiplicidade de possibilidades para resolução de questões neste âmbito, bem como conhecimento, capacidade de julgamento e de análise e prudência (NORA et al, 2017; TROMBETA, 2017).

No contexto das práticas profissionais, os hospitais têm sido cenário de processos de racionalização, marcados pela disciplina, regulamentação e controle (JAMRA et al, 2016). Este cenário, para Montenegro (2014), é fecundo para a vivência de problemas ético-morais se considerarmos as possíveis lacunas existentes entre a visão mercantilista, as concepções éticas dos profissionais e as necessidades dos usuários.

Dentre os cenários de atuação do enfermeiro, estudos apontam que é no ambiente hospitalar que mais se expressam problemas éticos. Tal fato se deve a aspectos ligados ao cuidado ininterrupto ao paciente, às tensões e dificuldades para a efetivação deste cuidado e aos conflitos de interesses entre a política institucional e os preceitos morais dos enfermeiros (SILVINO et al, 2016; JAMRA et al, 2016).

Para Caram (2018), especificamente nos setores hospitalares fechados, tais como no Centro de Terapia Intensiva, os problemas éticos se apresentam de forma contundente. Trata-se de um cenário no qual há permanente contato dos profissionais de enfermagem com pacientes críticos, com situações de morte iminente, vivências da dor, ansiedade e angústia compartilhadas com familiares e utilização de tecnologias duras para o cuidado.

Em especial, o estudo de Barlem et al (2013) evidenciou que enfermeiros percebem e vivenciam com mais intensidade os problemas ético-morais e, conseqüentemente, o sofrimento moral quando comparados aos demais membros da equipe de enfermagem no contexto hospitalar. Para os autores, tal evidência pode estar associada à formação acadêmica

do enfermeiro, com maior abrangência e profundidade no que concerne a aspectos ligados à ética, ao cuidado integral, bem como ao direito de acesso dos pacientes aos serviços de saúde, reforçando o posicionamento do enfermeiro como advogado do paciente.

Aliadas às questões postas, Silvino et al (2016) e Bastos et al (2018) apontam que situações nas quais há prática assistencial da enfermagem realizada em condições inadequadas, sob riscos biológicos, químicos e físicos, bem como a ambiguidade de papéis e de relações assimétricas entre os membros da equipe potencializam a vivência de situações estressoras no trabalho. Essas, por sua vez, também atravessam o campo da ética e dos problemas ético-morais, podendo gerar efeitos sobre a saúde mental dos envolvidos.

A ocorrência de problemas ético-morais no cotidiano de trabalho pode culminar na vivência de situações de sofrimento moral pelo enfermeiro. O sofrimento moral se dá quando o profissional se depara com barreiras que o impedem de agir em conformidade com suas concepções ético-morais. Tal definição foi proposta inicialmente em estudos realizados por Andrew Jameton (1984) nos Estados Unidos e vem sendo explorada em estudos desenvolvidos pelo mundo (JAMETON, 1984; CORLEY, 1995; LUNARDI et al, 2009; EPSTEIN e DELGADO, 2010; BARLEM et al, 2012; BURSTON e TUCKETT, 2013; RENNÓ, 2015; CAÇADOR, 2016; RAMOS et al, 2016; SILVINO et al, 2016; TROMBETTA, 2017; RAMOS et al, 2017; CARAM, 2018).

As consequências da vivência do sofrimento moral se estendem sobre o indivíduo que o experimenta. No entanto, potencialmente, os efeitos individuais do sofrimento moral podem repercutir sobre a organização e sobre o cuidado, visto que é o indivíduo afetado pelo sofrimento que executa o cuidado e relaciona-se em equipe multiprofissional no âmbito organizacional.

Revisitando vários estudos, foi notável o entendimento que ao vivenciar o sofrimento moral inicial, que é o sofrimento percebido pelo profissional ao se deparar com obstáculos institucionais ou conflitos de valores na resolução de um problema moral, os enfermeiros se deparam e experimentam sentimentos de angústia, raiva, ansiedade, frustração, dentre outros. Quando não conseguem lidar com os sentimentos oriundos do sofrimento moral inicial, os enfermeiros passam a viver o sofrimento moral reativo, que se caracteriza por efeitos residuais da persistência das sensações advindas do distresse moral cumulativo, gerando rupturas de valores e da identidade no sujeito (RAMOS et al, 2016).

O rompimento da integridade moral e da identidade advindos da persistência da vivência do distresse moral impactam diretamente na perda de autonomia e qualidade de vida

no trabalho, na vivência de processos de adoecimento tais como *Burnout*, e em casos mais graves até no abandono da profissão pelo enfermeiro (RAMOS et al, 2016; TROMBETTA, 2017; CARAM, 2018; BASTOS et al, 2018).

Percebe-se, portanto, que o campo dos problemas éticos no trabalho do enfermeiro carrega complexidade. Os efeitos deletérios proporcionados pelos resíduos morais advindos do distresse moral sobre os indivíduos pode levar ao rompimento da integridade moral do sujeito, com implicações essenciais à sua identidade. E, para Dubar (2005, p.136), a perda da identidade “é sinônimo de alienação, de angústia e de morte” para o sujeito, sendo ela o que de mais precioso tem o indivíduo e a organização (VILELA, 2014).

Considerando ainda que os efeitos deletérios dos resíduos do distresse moral podem comprometer a prática profissional gerando implicações sobre a organização e as relações interpessoais, faz-se necessário proceder investigações acerca da vivência do mesmo por enfermeiros em seu ambiente de trabalho.

O presente estudo tem como objetivo compreender a vivência do processo de distresse moral por enfermeiros que trabalham em um centro de terapia intensiva de um hospital em Minas Gerais, buscando elucidar aspectos e efeitos desta vivência sobre os profissionais e sua identidade. Pretende-se, ainda, compreender os efeitos sobre a organização e sobre o cuidado e buscar estratégias que possam minimizá-lo no contexto do trabalho.

No presente estudo defende-se a seguinte tese: O processo de distresse moral ocorre no cotidiano de trabalho do enfermeiro do CTI, expressa diferentes causas e efeitos, **em mútuas relações com** a identidade social, as deliberações morais, as relações interpessoais, a organização institucional e, conseqüentemente, com o cuidado prestado ao paciente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROCESSO DE DISTRESSE MORAL

Estudos acerca do distresse moral têm sido desenvolvidos mundialmente desde a década de 80. No Brasil, a partir do ano 2000, intensificaram-se as pesquisas abordando esta temática. Tais estudos buscam caracterizar o processo de distresse moral em diferentes cenários de assistência à saúde, destacando-se cenários de trabalho e formação do enfermeiro, evidenciando os modos e a intensidade com que este processo acontece no cotidiano, bem como suas causas e efeitos sobre aqueles que o vivem (JAMETON, 1984; CORLEY, 1995;

LUNARDI et al, 2009; EPSTEIN e DELGADO, 2010; BARLEM et al, 2012; BURSTON; TUCKETT, 2013; RENNÓ, 2015; CAÇADOR, 2016; RAMOS et al, 2016; TROMBETTA, 2017; RAMOS et al, 2017; CARAM, 2018).

Andrew Jameton iniciou nos Estados Unidos as discussões acerca deste tema em 1984, apresentando a definição inicial do sofrimento moral, que se caracteriza pela vivência de situações em que o indivíduo não consegue agir segundo sua consciência, mesmo sabendo a forma correta de ação (JAMETON, 1984). Tal sofrimento pode manifestar-se tanto na esfera pessoal quanto profissional, levando o indivíduo ao desenvolvimento de sentimentos de frustração, raiva, angústia, desmotivação (LUNARDI et al, 2009; EPSTEIN e DELGADO, 2010; BARLEM et al, 2012; CARDOSO, 2015, RAMOS et al, 2016, TROMBETTA, 2017).

Compreende-se que o processo de distresse moral desencadeia-se mediante o estabelecimento de um problema de ordem ético-moral para o indivíduo, exigindo do sujeito deliberações e decisões morais que atendam às concepções dos envolvidos. Para Zoboli (2013), o desenvolvimento das habilidades profissionais para a execução de deliberações éticas é essencial para a qualificação do cuidado, visto que alia competências técnicas e éticas no fazer profissional.

Lunardi (2009, p.600) descreve a classificação dos problemas ético-morais apresentadas por Jameton (1984), quais sejam; incerteza moral, dilema moral e sofrimento moral. A incerteza moral se caracteriza pelo reconhecimento por parte do sujeito de uma situação “inadequada ou incorreta”, na qual ele analisa e apresenta sentimentos negativos sem, no entanto, reconhecê-la como um problema ético. O dilema moral se caracteriza pela única opção de escolha para o sujeito entre possibilidades distintas, no entanto, sem nenhuma delas ser mais correta que a outra, o que pode gerar indecisão frente a “valores contraditórios ou cursos incompatíveis de ação”.

No âmbito profissional, o sofrimento moral pode ainda se manifestar por meio de sentimentos de dor ou angústia que afetam física ou emocionalmente o indivíduo. Além disso, pode se estender às relações interpessoais no ambiente de trabalho, possivelmente apresentando como consequência o isolamento, a insatisfação e o abandono do trabalho impactando negativamente a identidade do profissional (CAÇADOR, 2016).

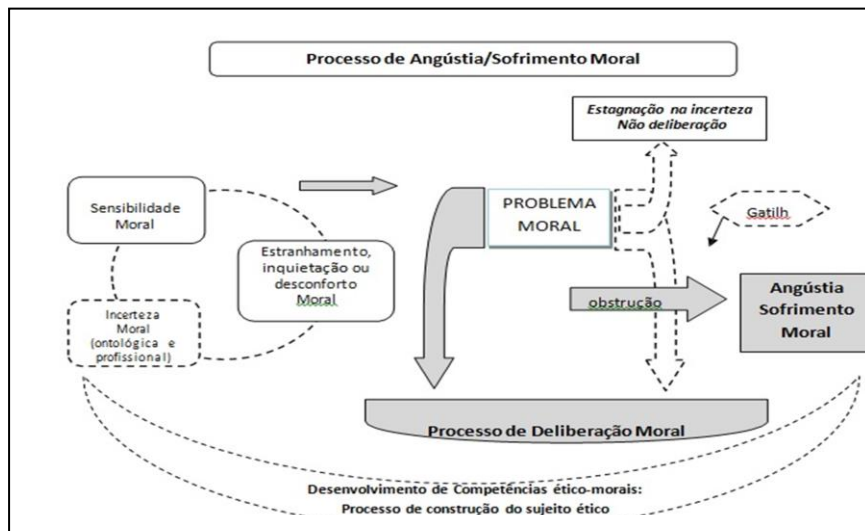
A vivência de sofrimento moral pode produzir efeitos e modificar valores individuais advindos de resíduos morais deixados pela sua experiencição. As marcas de resíduo moral têm a capacidade de promover um rompimento da integridade moral, de suas concepções morais de certo ou errado diante de situações e, considerando que esta integridade é parte da

identidade do indivíduo, esta vivência gera sofrimento moral (LUNARDI et al, 2009; RAMOS et al, 2016).

No intuito de compreender a vivência do processo de distresse moral de enfermeiros do centro de terapia intensiva de um hospital escola de Minas Gerais, utilizou-se o referencial de Ramos et al (2016), que propôs elencar elementos para analisar o fenômeno do distresse moral que se manifesta em diferentes cenários de trabalho do enfermeiro.

Este estudo culminou na elaboração de um marco conceitual (figura abaixo) para a “abordagem do distresse moral como processo que articula variados conceitos ou momentos da experiência moral, como o de incerteza, sensibilidade moral e deliberação moral” (RAMOS et al, 2016, p. 1/10). Tal construto é considerado pelos autores como um processo de desenvolvimento e construção do sujeito ético.

FIGURA 1- Marco conceitual para análise do processo de distresse moral.



Fonte: RAMOS, BRITO, VARGAS, et al; 2016.

O marco conceitual parte do problema moral como o “elemento central do processo de distresse moral”, sendo ele o desencadeador de reflexão moral e questionamento, inclusive de si mesmo. Destaca-se que somente há processo de distresse moral se um problema moral é identificado, e a identificação deste problema bem como as suas formas de resolução consideram as concepções pessoais e profissionais do sujeito frente à situação problema (RAMOS et al, 2016, p.6/10).

Na percepção dos autores, a percepção moral é pre-requisito para a identificação do problema moral e ocorre na singularidade de cada um. Trata-se do exercício de análise crítica

e moral que perpassa a identidade no que tange sentimentos de estranhamento, incerteza, sensibilidade ética (RAMOS et al, 2016), construída ao longo da vida por meio de socializações familiares, comunitárias, estudantis e no trabalho (RENNÓ et al, 2019). A incerteza moral se relaciona à sensibilidade moral e pode ser compreendida tanto no sentido ontológico (relacionando-se à vida) quanto ao sentido profissional (relacionando-se aos conhecimentos do campo da profissão). Tal incerteza é produtiva no sentido em que estimula a sensibilidade e a consciência de si e de seus limites, quando inquieta o indivíduo na reflexão de práticas corriqueiras ou promove estranhamento frente a modos de agir (RAMOS et al, 2016).

A sensibilidade moral é entendida como a “habilidade para reconhecer um problema ético ou a dimensão ética de uma situação” (RAMOS et al, 2016; p. 6/10), podendo ser desenvolvida por meio da vivência de experiências que envolvem aspectos éticos e, neste sentido, não ocorre de modo linear entre os indivíduos.

O marco conceitual desenvolvido por Ramos et al aponta caminhos possíveis de serem percorridos pelo indivíduo a partir do reconhecimento do problema moral: a deliberação moral, que se caracteriza pela decisão frente ao problema e a ação em conformidade com seu julgamento moral; a estagnação na incerteza, que se caracteriza pelo não enfrentamento do problema, com conseqüente não resolução e falta de posicionamento moral; e a incompletude da deliberação moral, caracterizada pela presença de obstáculos ou entraves para a concretização da ação mediante o julgamento moral realizado pelo sujeito, ou seja, o indivíduo não delibera conforme seu juízo moral (RAMOS et al, 2016).

Para as autoras, a incompletude da deliberação é o conceito que mais se aproxima das teorias do distresse moral, avançando no que se refere aos efeitos da não deliberação conforme seu julgamento quer seja a incompletude do processo, a esterilidade do processo ou a afronta moral ao profissional (RAMOS et al, 2016).

As conseqüências da vivência do processo de distresse moral são inúmeras e participam da construção do sujeito ético, destacando-se quando da vivência do sofrimento moral, posto que este se conforma como a representação da ação de modo contrário aos preceitos ético-morais do sujeito impossibilitado de agir de diferente modo por barreiras que se interpõem em seu cotidiano de trabalho. Compreende-se que tais barreiras podem manifestar-se mais ou menos visíveis no ambiente de trabalho e, de tal modo, evidenciar ou não a vivência de sofrimento moral pelo indivíduo. No entanto, conforme descrito por Caçador (2016), face à vivência do sofrimento moral, emergem sentimentos deletérios no

indivíduo que podem levá-lo ao adoecimento no trabalho e ao abandono da profissão, repercutindo diretamente sobre sua identidade.

Entendendo que a construção do sujeito ético é primordial para o trabalho em saúde, especialmente a do enfermeiro, e compreendendo ainda a complexidade de tal construção, salienta-se que a utilização deste referencial teórico possibilita-nos compreender de modo amplo a vivência do processo de distresse moral no cenário enunciado. Conforme apontado por Ramos et al (2016), o marco conceitual permite compreender o distresse moral como um evento singular cotidiano, bem como como um processo complexo de experiência moral, produtivo no que se refere à reconstrução de identidades, avaliação de processos de trabalho e configuração de cenários.

2.2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA

Compreender a construção da identidade de um indivíduo pressupõe reconhecer que se trata de um processo complexo de vida de um sujeito que nasce e vive em um meio social do qual faz parte. Cada sujeito influencia e é influenciado pelo meio social de que participa, por meio de socializações que ocorrem ao longo de sua vida.

Os processos de socialização são definidos por Berguer e Luckmann (1978) como o momento de encontro do indivíduo com a sociedade, no qual este indivíduo apreende pelos seus modos próprios de subjetivação a objetividade expressa no meio social. Para estes autores, esta apreensão subjetiva é capaz de modificar o indivíduo ao longo da vida, quer seja primariamente na infância, no encontro com a família e a escola; ou secundariamente, durante a adolescência e a vida adulta, no encontro com a comunidade e o trabalho (BERGUER E LUCKMANN, 1978).

Para Santos (2005), a socialização fomenta o processo de construção identitária visto que o indivíduo pode negociar e reinterpretar a objetividade expressa no meio social, criando mecanismos individuais de pertença e referência que refletem sobre sua identidade e sobre os modos de interpretação da realidade social. Corroborando, Dubar (2005) acrescenta que pelos mecanismos de pertença, o indivíduo é influenciado em suas condutas, externando atitudes comuns àquele grupo social e, de tal modo, estabelecendo uma identidade que é reconhecida por si mesmo e pelos outros.

Para Dubar (2000, p. 109), a identidade social constrói-se por meio de processos de socialização permanentemente ao longo da vida, envolvendo o indivíduo, com suas

concepções e orientações, bem como envolvendo também o julgamento de si por seus pares. Trata-se de uma construção que possui um caráter “por vezes estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural”.

De tal modo, é possível inferir que a construção da identidade é um processo permanente e inacabado que se reconfigura em face das socializações que o indivíduo participa ao longo de sua trajetória de vida.

Segundo Santos (2005), a reflexividade é uma característica fundamental da identidade, visto que ela exige do sujeito movimentos de reformulação contínuos e o empenho de esforços reconstitutivos permanentes.

A construção social da identidade proposta por Dubar (2005) pressupõe que participam deste construto duas dimensões identitárias. A primeira refere-se à construção de uma “identidade para si”, que é a elaboração mental do próprio sujeito sobre ele mesmo ou sobre quem ele acredita ser. A segunda trata-se da “identidade para o outro”, que se refere à imagem que o sujeito possui aos olhos dos membros da sociedade da qual participa. É na interação entre ambas, denominadas identidade real e identidade virtual, respectivamente, se expressa na identidade social.

Embora haja uma relação inseparável entre elas, é possível que existam dissonâncias neste processo, visto que, nem sempre a percepção que o sujeito tem de si ou que o outro tem do sujeito em questão são idênticas, podendo haver rejeições de ambas as partes (VILELA, 2014).

É preciso compreender que as dimensões da identidade que se apresentam na percepção da identidade para si e da identidade para o outro são inseparáveis e estão ligadas de uma forma problemática. Inseparáveis porque a identidade para si é correlativa do outro e do seu reconhecimento: eu só sei quem eu sou através do olhar deste último. A ligação é problemática porque "a experiência do outro nunca é diretamente vivida por si... de tal forma que nos apoiamos nas nossas ‘comunicações’ para nos informarmos sobre a identidade que o outro nos atribui" (DUBAR, 2005, p.135).

De tal modo, a identidade social assume-se como processo complexo que envolve reconhecimento, confirmação ou não, valorização por si mesmo e pelos outros, em um movimento de negociação subjetiva e objetiva da realidade, culminando na configuração identitária assumida pelo sujeito (SANTOS, 2005).

O campo do trabalho é também produtor de identidade visto que por meio dele se desenvolve um modo específico de subjetivação em que se liga a educação e a carreira.

Acontecendo no interior de organizações e sociedades coletivas que, organizando processos e interações, reconhecem seus membros como profissionais trata-se da construção da identidade profissional (DUBAR, 2012).

Ressalta-se que a identidade profissional expressa a identificação positiva do trabalho desenvolvido pelo sujeito e, neste caso, o trabalho não é reconhecido somente como troca de energia para ganho salarial, mas se conforma como uma forma produtora de obras e serviços úteis ao outro, promovendo, por consequência, reconhecimento social e realização pessoal por aquele que a produz, visto que o sujeito produtor passa a identificar-se e a ser reconhecido socialmente pelo seu trabalho (DUBAR, 2012).

Essa construção identitária ancora-se na criação de um código interno produzido na interação social dos atores do campo profissional, que configuram uma identidade própria de grupo. A interação social supracitada desenvolve-se na prática do trabalho, na qual a comunicação, os sujeitos e os objetos do fazer articulam-se promovendo experiências de socialização que “repercutem em ‘acordos’ ou ‘desacordos’ entre a identidade virtual (proposta ou imposta pelo outro) e a identidade real, interiorizada pelo indivíduo” (SANTOS, 2005).

A partir desta concepção, é possível perceber a relevância da dimensão da identidade profissional para a construção da identidade social.

Santos (2005) afirma que a perda da identidade profissional gera repercussões irremediáveis e profundas sobre a individualidade em face às concepções pessoal e dos demais membros do grupo social sobre o sujeito, impelindo-o à reconstrução identitária pautada em nova história de vida e novas relações sociais (SANTOS, 2005).

Segundo Dubar (2005, p.136), a identidade é o que há de mais precioso para o indivíduo e para as organizações, sendo a sua perda “sinônimo de alienação, de sofrimento, de angústia e de morte”.

Estudo desenvolvido por Brito et al (2006) conclui que a identidade possui reconstrução e reconfiguração contínuas que envolvem a trajetória de vida pessoal e as relações que se estabelecem no contexto da vida social, nelas inseridos os processos de construção de conhecimento e do trabalho, de indivíduos e grupos. Para as autoras, a identidade social tem a capacidade de refletir momentos históricos e de produção da sociedade, mobilizando-se ao longo do tempo e da eminência de novos arranjos organizacionais e de produção de conhecimento, sendo, portanto, um processo dinâmico e permanente.

2.3 O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

O centro de terapia intensiva é uma unidade terapêutica inserida na organização hospitalar que se caracteriza pelo uso majoritário de equipamentos e tecnologia de ponta em seus processos de trabalho, com vistas a oferecer suporte e monitoração avançados e ininterruptos dos pacientes em estado crítico (OUCHI et al, 2018).

O trabalho contínuo e a gravidade dos casos clínicos que se apresentam no cotidiano da terapia intensiva exigem assistência médica e de enfermagem especializada permanentemente (TRETTENE et al, 2018).

Além do elevado nível de conhecimento técnico-científico, a equipe multiprofissional que atua neste cenário deve possuir habilidades específicas, tais como rapidez de raciocínio clínico e capacidade de desenvolver intervenções complexas (PAULINO et al, 2019).

As características do trabalho nesta unidade incluem a presença constante de alarmes e bips sonoros, iluminação artificial, realização de procedimentos invasivos e de alta complexidade. Esses elementos favorecem o estabelecimento de um ambiente estressor, tanto para pacientes quanto para os profissionais envolvidos no cuidado (OUCHI et al, 2018).

Outros fatores estressores relacionados ao trabalho do enfermeiro dizem respeito à rigidez dos processos de trabalho e obediência aos protocolos clínicos, mecanização do trabalho, limitação da autonomia profissional, influência da política organizacional e dificuldades com a supervisão no trabalho. (TRETTENE et al, 2018)

Caram (2018) ainda refere como desafios ao enfermeiro no trabalho em terapia intensiva o convívio com a iminência da morte e com altas taxas de mortalidade, tensão relacionada a presença da dor, tensão nos relacionamentos com familiares dos pacientes críticos.

Para o enfermeiro, o trabalho em Terapia Intensiva é complexo e envolve a utilização de inúmeras tecnologias que demandam amplos conhecimentos para maximizar a capacidade de cuidar neste ambiente. No seu trabalho cotidiano, o enfermeiro alia técnica, tecnologia e humanização para garantir ao paciente o atendimento às suas necessidades básicas (MASSAROLI et al, 2015).

Suas funções são permeadas por atividades assistenciais, gerenciais e educativas, que se desenvolvem junto ao paciente e a sua família, junto à equipe multidisciplinar e à organização, destacando-se a supervisão, a coordenação e o cuidado técnico-especializado (TRETTENE et al, 2018).

Em sua prática cotidiana, o enfermeiro deve conduzir-se pelo respeito à conduta ética, considerando o doente com seus respectivos valores, crenças, princípios éticos e morais e autonomia, atendendo suas necessidades e minimizando sua dor (OUCHI et al, 2018). Embora sua prática seja permeada por inúmeros aparatos tecnológicos, seu fazer não pode ser considerado menos humano ou reflexivo (MASSAROLI et al, 2015).

Estudos (MASSAROLI et al, 2015; PAULINO et al, 2019) apontam que vários fatores interferem no trabalho do enfermeiro nos centros de terapia intensiva, tais como a sobrecarga de trabalho, o sentimento de desvalorização perante à equipe e à organização, os conflitos de função e relações de poder instituídas, as condições incipientes de trabalho, a falta de autonomia para decidir sobre o cuidado a ser prestado, a insipiência de conhecimentos e a falta de educação permanente em serviço, culminando na inadaptação profissional e na percepção negativa do seu trabalho .

Ressalta-se que os fatores intervenientes no trabalho do enfermeiro podem ser influenciados pelos modelos de gestão e de cuidados adotados pela instituição. Os modelos assistenciais geram impactos diretos sobre a organização do trabalho e a prática do cuidado ao demarcarem os valores e a cultura organizacional, nortear a organização hierárquica, dar indícios das relações de poder existentes, estabelecer as atribuições dos membros da equipe multiprofissional (MACEDO et al, 2019).

Cada vez mais os hospitais têm buscado implementar modelos de cuidados de enfermagem, objetivando desenvolver a prática de enfermagem com excelência (RIBEIRO, et al, 2016).

A implantação de modelos de cuidado tende a gerar consequências positivas para os pacientes, para a organização e para os próprios enfermeiros visto que, conforme apresentado por Ribeiro et al (2016), aos pacientes os benefícios relacionam-se à melhoria da promoção da saúde, ao aumento do bem-estar, à redução de complicações e à consequente satisfação com o atendimento prestado. Com relação aos enfermeiros, verificaram-se melhorias referentes à autonomia no trabalho, fortalecimento do trabalho em equipe, maior comunicação e vínculo com a equipe e a organização e maior satisfação com o trabalho.

No CTI onde o presente estudo foi desenvolvido, implantou-se, em 2014, o modelo de cuidados globais de enfermagem como modelo assistencial de enfermagem, reconfigurando o trabalho do enfermeiro para o desempenho de atividades a beira leito do paciente.

O modelo de cuidados globais de enfermagem pressupõe que um enfermeiro dedique-se às necessidades integrais do paciente sob seus cuidados. Neste caso, o atendimento não é

fragmentado aos outros membros da equipe de enfermagem enquanto o enfermeiro está em serviço. De tal modo, o enfermeiro tem a possibilidade de planejar, executar e avaliar o cuidado, mantendo certo poder decisório frente a gestão deste cuidado (COSTA, 2004).

De tal modo, a prática do enfermeiro no contexto da terapia intensiva abrange o cuidar do paciente crítico com condições de recuperação, assistindo a ele em suas necessidades humanas básicas, considerando o trabalho sendo desenvolvido no contexto da equipe multidisciplinar, sob o prisma dos cuidados globais de enfermagem. Esta prática acontece em um ambiente fechado com características singulares.

Cabe ressaltar ainda que, considerando os aspectos éticos do trabalho, estudos apontam que no centro de terapia intensiva, pela singularidade da prática, pela maior proximidade das relações e pela intensidade das experiências, há maior frequência de situações que envolvem conflitos éticos (MONTENEGRO, 2014; CARAM, 2018).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 O ESTUDO

Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa, com enfoque descritivo, interpretativo e analítico, que utilizou a entrevista com roteiro semiestruturado como instrumento para coleta de dados e a análise de conteúdo como método de análise de dados.

A pesquisa qualitativa constitui-se em uma possibilidade de abordagem de pesquisa promissora na investigação científica quando se pretende descrever e/ou explicar fenômenos humanos, que por sua natureza apresentam-se carregados de singularidades, permitindo a atribuição de significados a fatos que podem ser descritos, analisados, mas não mensurados quantitativamente. Essa modalidade de investigação utiliza como estratégia de obtenção de dados o contato direto e interativo do pesquisador com o fenômeno que se pretende investigar. Assim, o pesquisador busca a compreensão dos fenômenos, considerando a perspectiva dos sujeitos sociais envolvidos na situação investigada. O pesquisador é, então, marcado pela realidade social (CHIZZOTTI, 2005, YIN, 2016).

Com relação às características dos estudos de natureza qualitativa ressalta-se a análise integrada, na qual o fenômeno é estudado mediante a compreensão do contexto em que se insere e do qual faz parte. Assim, ao pesquisador cabe ir a campo para investigar minuciosamente o fenômeno, sob a perspectiva dos atores nele envolvidos (GODOY, 1995).

Indo a campo, o pesquisador conecta-se com seu objeto de estudo, de modo que o enfoque interpretativo permita conhecer a construção da realidade social, fomentando maior compreensão da complexidade dos fenômenos humanos a partir da apreensão dos significados a eles atribuídos pelos atores sociais que deles participam (POZZEBON e PETRINI, 2013, LARA e MOLINA, 2015).

Por não exigir a predefinição de hipóteses, a utilização deste enfoque na pesquisa possibilitou que fossem gerados significados aos dados coletados por meio de entrevistas, que são o instrumento de coleta de dados mais adequado para atender a este enfoque de pesquisa (POZZEBON e PETRINI, 2013).

Utilizou-se da análise de conteúdo como método de organização e análise dos dados, considerando que esta técnica de pesquisa permite atingir a compreensão dos significados das mensagens expressas no contexto do qual fazem parte, qualificando as vivências dos sujeitos, as percepções dos fenômenos e dos objetos de análise, desvelando as relações que se estabelecem entre eles no cenário estudado (CAVALCANTE et al, 2014).

O enfoque analítico permite compreender os depoimentos para além do que é descrito, por meio de um caminho sistemático que aponta relações existentes entre os fatores do conjunto de dados da pesquisa. Permite ainda confirmar ou não as questões formuladas, ampliando o conhecimento acerca do tema em investigação (TAQUETTE, 2016).

Dentre as várias técnicas de pesquisa possíveis a partir da análise de conteúdo (OLIVEIRA, 2008), o presente estudo apresenta a análise temática.

A análise temática de conteúdo constitui-se de três etapas de organização dos dados, quais sejam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2016).

Tendo em vista as considerações apresentadas, houve pertinência no uso desse método para o estudo da compreensão do processo de distresse moral no trabalho dos enfermeiros de um CTI de um hospital universitário de Minas Gerais, haja vista ser o tema produto das interações estabelecidas em um dado momento histórico e que se reconstrói permanentemente, rico em subjetividade.

Considerando a necessidade de fornecer uma apresentação completa e transparente dos métodos e dos resultados obtidos neste trabalho, seguiu-se a lista de critérios consolidados para relato de pesquisas qualitativas (COREQ) proposta por Tong et al (2007). Além disso, os princípios de transferibilidade, reflexividade, confirmabilidade e confiabilidade foram seguidos, explicitando o compromisso da pesquisadora com os rigores metodológicos da

pesquisa. Entende-se por transferibilidade, a avaliação crítica dos resultados acerca da sua aplicabilidade em cenários com contextos similares, bem como a avaliação quanto a relevância destes resultados para a área do conhecimento em que se aplica. Por reflexividade entende-se a análise em considerar possíveis vieses na escolha dos métodos da pesquisa, dos participantes, do tema, do tratamento dos resultados ou das avaliações éticas específicas pelos comitês de pesquisa (PATIAS e HOHENDORFF, 2019).

A confirmabilidade expressa que a análise dos dados e sua interpretação seguiram uma lógica analítica, e não a imaginação do investigador. Já a confiabilidade aponta para a consistência da avaliação do fenômeno estudado (MOREIRA, 2018)

3.2 O CENÁRIO DA PESQUISA

Como cenário do estudo, foi escolhido intencionalmente e por conveniência o Centro de Terapia Intensiva adulto de um hospital universitário de Minas Gerais. Tal escolha considerou que os setores hospitalares fechados apresentam singularidades e a proximidade das relações, bem como a gravidade dos casos atendidos neste setor, intensificam a vivência de situações conflituosas e que exigem importantes deliberações morais pelos enfermeiros (CARAM, 2018).

Destaca-se que este hospital é gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEHR) e seu CTI adulto possui 18 leitos de internação SUS. A equipe de enfermagem atuante neste cenário é composta por profissionais aprovados em concurso público, sendo:

- * 1 enfermeiro coordenador, 43 enfermeiros assistenciais intensivistas, dos quais 10 enfermeiros atuantes no período matutino de 7:00 às 13:00; 11 enfermeiros atuantes no período vespertino de 13:00 às 19:00; e 22 enfermeiros atuantes no turno noturno, divididos em regime de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso;
- * 26 técnicos em enfermagem, sendo: 6 TE no período matutino de 7:00 às 13:00, 6 TE no período vespertino de 13:00 às 19:00, 14 TE no turno noturno, em regime de trabalho de 12 horas de trabalho por 60 horas de descanso; 7 técnicos de enfermagem responsáveis pela reposição de material do setor e 2 auxiliares de enfermagem.

Salienta-se que dentre os motivos de escolha deste cenário, apresenta-se a organização do trabalho da equipe de enfermagem, guiada pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Wanda Horta e pelo modelo de cuidados globais, no qual o enfermeiro assume o cuidado integral do paciente ao longo de sua permanência no setor. De tal modo, o enfermeiro

desenvolve cuidados assistenciais diretos ao paciente, tendo o auxiliar de enfermagem como apoiador dos trabalhos. As atividades gerenciais de enfermagem neste cenário são desenvolvidas por um enfermeiro coordenador, especialmente designado pelos gestores hospitalares para esta atividade (MAGALHÃES et al, 2016).

Este modelo assistencial tem sido denominado de modelo “enfermeiro a beira leito”, aplicado especialmente em setores onde há a presença de pacientes em cuidados críticos, pressupondo a aplicação de cuidados privativos do enfermeiro, conforme estabelecido nas normativas da enfermagem (BRASIL, 1986).

3.3 OS PARTICIPANTES

Participaram do estudo, por conveniência, enfermeiros aprovados em concurso público prévio, que atuassem nos turnos diurnos do cenário de pesquisa.

Por considerar que o trabalho noturno possui especificidades em relação ao trabalho diurno que poderiam hipoteticamente comprometer a compreensão do objeto do estudo, destacando-se a organização de escala e quantidade de profissionais no setor, rotinas e práticas diferenciadas em relação às desenvolvidas no turno diurno, foram excluídos deste estudo, por conveniência, os profissionais que atuam neste cenário no período noturno.

De tal modo, foram convidados a participar do estudo 22 enfermeiros, dos quais 12 consentiram participar voluntariamente da pesquisa, 4 enfermeiros não participaram por estarem em período de férias regulamentares e 6 enfermeiros se recusaram a participar sob o argumento de que sua participação na pesquisa não traria melhorias para o serviço.

Os convites aos enfermeiros foram feitos pessoalmente pela pesquisadora, contando com a parceria de um enfermeiro profissional do setor que, gentilmente, estreitou as relações entre ela e os demais profissionais, apresentando-os, sob autorização dos gestores da instituição hospitalar.

3.4 A COLETA E A ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, apresentado aos participantes para conhecimento no ato da entrevista, juntamente com a apresentação oral dos objetivos do estudo, para ciência, aproximação e sensibilização ao tema. A entrevista com roteiro semiestruturado permitiu uma participação ativa do pesquisador, que

pôde ultrapassar o roteiro de questões norteadoras, na perspectiva de evidenciar aspectos subjetivos da vivência profissional de enfermeiros, tais como as relações cotidianas, traços culturais da organização e éticos, uma vez que parte-se da premissa de que esses aspectos influenciam o processo de distresse moral.

Para a concretização desta fase, os enfermeiros foram contatados e convidados a participar do estudo, considerando os critérios de inclusão. Foram ainda esclarecidos quanto aos objetivos do estudo de compreender a vivência do processo de distresse moral entre enfermeiros de um CTI, alertados sobre a inserção da pesquisadora neste campo de pesquisa com vistas a aprofundar seus conhecimentos desenvolvendo o curso de doutorado em enfermagem, bem como construir compartilhadamente o conhecimento acerca do tema com o grupo de pesquisas do qual faz parte, com o intuito de trazer à comunidade científica, aos enfermeiros, às organizações em saúde e à população avanços na área.

Para tanto, a entrevista foi conduzida por uma pesquisadora, enfermeira, mestre e doutoranda em enfermagem e com experiência aproximada de cinco anos em pesquisas, sem vínculo com o CTI cenário do estudo, capacitada individualmente pela coordenadora da pesquisa para a aplicação do roteiro semiestruturado da entrevista.

Os dados foram coletados até o esgotamento da percepção a respeito do fenômeno. A coleta foi realizada em uma sala previamente indicada pelo gestor hospitalar, na qual permaneceram somente a pesquisadora e o entrevistado, preservando a privacidade, assegurando o sigilo dos dados e permitindo maior liberdade aos entrevistados para que se manifestassem em suas respostas.

As entrevistas aconteceram em uma só vez com cada participante, duraram em média 35 minutos, foram gravadas em gravador eletrônico e posteriormente transcritas na íntegra para subsidiar a análise dos dados. Os entrevistados tiveram a oportunidade de ouvir suas próprias entrevistas para, caso houvesse desejo, acrescentar alguma informação ou emitir novo comentário, possibilitando a verificação dos dados informados pelos entrevistados.

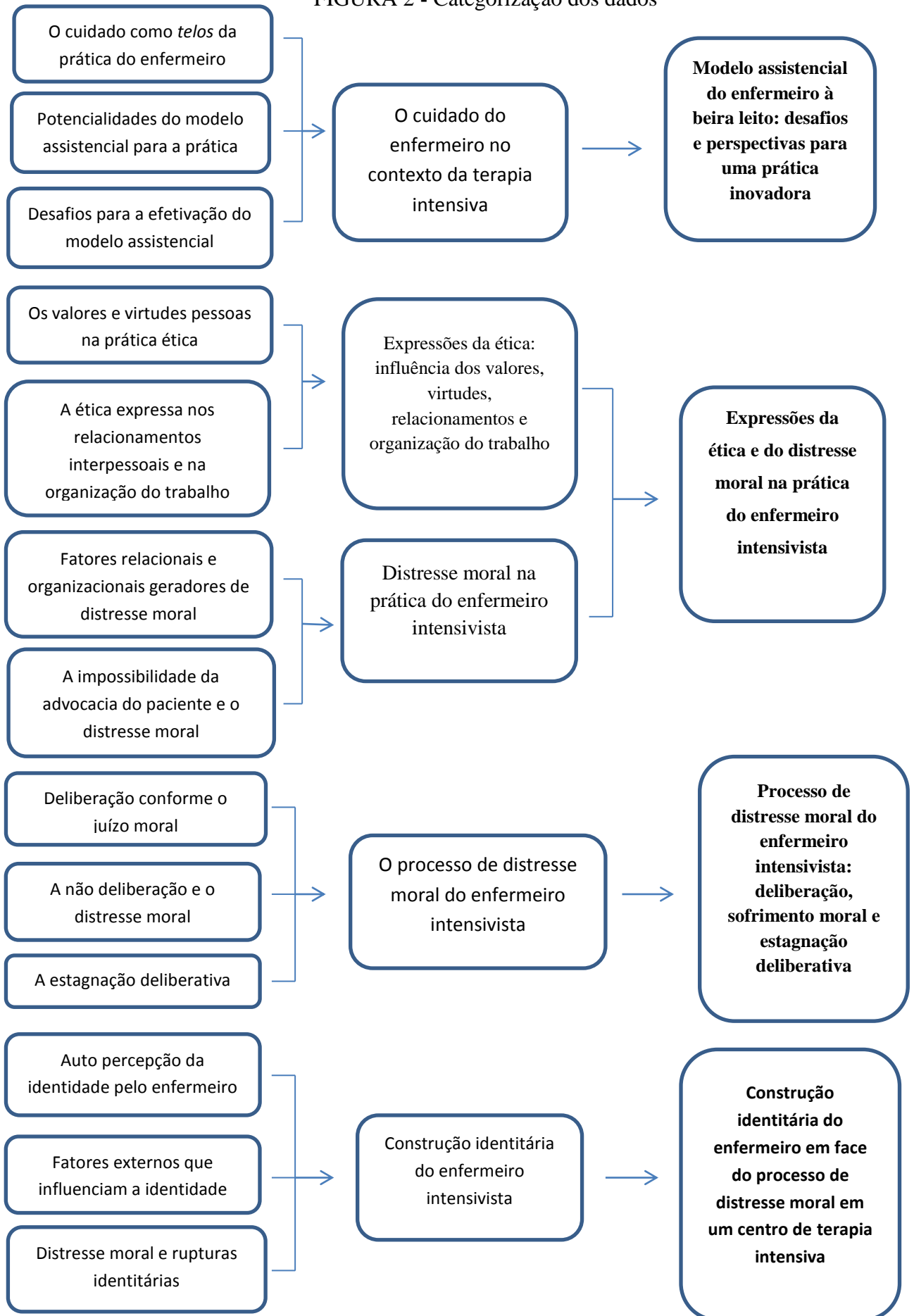
Os dados foram tratados, organizados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (BARDIN, 2016). A análise de conteúdo segundo Bardin (2016) diz respeito a um conjunto de técnicas que de forma articulada permitem analisar as comunicações estabelecidas entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Para tanto, foram realizados procedimentos sistemáticos com intuito de descrever o conteúdo dos enunciados. A análise pode ser tanto dos significados quanto dos significantes. São definidas, a partir de determinadas regras, unidades de codificação as quais foram agrupadas pela

pesquisadora em categorias temáticas, organizadas a partir da análise dos dados provenientes das entrevistas.

A análise de conteúdo considerou três fases específicas de organização quais sejam: pré-análise, que consistiu na leitura das falas com vistas a organizar e sistematizar as ideias afins ou não presentes nos enunciados; exploração do material e tratamento dos resultados, que se constituiu pelo desmembramento do texto em palavras e frases, que por sua frequência ou relevância, oferecem subsídios para a compreensão e análise do material e inferência e interpretação, que se constitui no aprofundamento da análise, de modo a significar e investigar o fenômeno em questão (BARDIN, 2016).

As categorias temáticas analisadas foram agrupadas e apresentadas abaixo a fim de serem discutidas em profundidade. De tal modo, passaram a compor os resultados de quatro artigos científicos que, por sua vez, apresentam-se como os resultados da presente tese.

FIGURA 2 - Categorização dos dados



3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo respeitou os critérios éticos para pesquisa, seguindo a Resolução Conep 466/2012 e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, recebendo parecer de aprovação Coep/UFMG nº 1.237.831.

O anonimato dos participantes foi garantido, expressando-se suas falas nos resultados utilizando-se a sigla Enf, seguida pelo número recebido por cada entrevistado em sequência numérica de entrevistas, por exemplo: Enf 1, Enf 2.

Os participantes da pesquisa foram devidamente convidados a participar deste estudo, consentindo sua participação voluntária e esclarecida, firmada por meio da assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes e pela responsável pela pesquisa.

4 ARTIGOS RESULTANTES

Os dados foram analisados tematicamente, conforme orienta Bardin (2016), à luz do referencial teórico de Distresse Moral proposto por Ramos et.al. (2016).

Apresentam-se como produtos resultados desta tese, quatro artigos constantes à tabela abaixo e apresentados em sua íntegra na sequência deste capítulo.

TABELA 1 - Disposição e situação dos artigos resultados da Tese

Produção	Título	Encaminhamento	Situação
Artigo 1	Modelo assistencial do enfermeiro a beira leito: desafios e perspectivas para uma prática inovadora	Revista Gaúcha de enfermagem	Submetido em 08/05/2020
Artigo 2	Expressões da ética e do distresse moral na prática do enfermeiro intensivista	Acta Paulista de enfermagem	Aceito em 15/09/2020
Artigo 3	O processo de distresse moral do enfermeiro em um centro	Revista da Escola de Enfermagem da	Submetido em 03/07/2020

	de terapia intensiva	USP	
Artigo 4	Identidade do enfermeiro em face do processo de distresse moral	Revista Mineira de Enfermagem	Aceito em 07/08/2020

Fonte: Elaborada para fins deste estudo. 2020

4.1 ARTIGO 1: MODELO ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO A BEIRA LEITO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA UMA PRÁTICA INOVADORA

4.1.1 Resumo

Objetivo: compreender a vivência de enfermeiros acerca do cuidado ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário à luz da ética da virtude. **Método:** Pesquisa qualitativa, exploratória e analítica. Participaram 12 enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário, Minas Gerais, Brasil. A coleta de dados foi realizada em fevereiro de 2016, por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo. **Resultados:** Os resultados revelaram que o modelo assistencial “beira-leito” estimula a prática inovadora, (re)direcionando o enfermeiro na busca do seu *telos*, o cuidado ao paciente. Contudo, emergiram desafios relacionados ao reconhecimento perante a equipe multiprofissional, gerando rupturas identitárias no enfermeiro. **Conclusão:** O modelo assistencial adotado interfere na relação do enfermeiro com o cuidado, sendo o modelo beira-leito um meio de (re)aproximar o enfermeiro do paciente e favorecer a prática inovadora e de excelência.

Palavras-chave: Enfermagem. Ética. Unidades de Terapia Intensiva. Cuidados de Enfermagem. Prática Privada de Enfermagem

4.1.2 Introdução

A enfermagem como ciência e profissão, historicamente, esteve vinculada e comprometida com o cuidado, envolvendo a atuação pautada em conhecimentos científicos, a capacidade técnica e de produzir modelos de trabalho que mostrem suas responsabilidades e potencialidades⁽¹⁾. Considerando a evolução do cuidado ao longo da história, a enfermagem contemporânea pode ser analisada como uma prática composta por padrões de excelência e pela conquista por parte dos profissionais de bens internos e externos à profissão.

Segundo MacIntyre, os bens internos de uma profissão, denominados *telos*, são aqueles que diferenciam as práticas entre si e somente podem ser alcançados por profissionais que possuem competências técnicas e utilizam de virtudes na busca pela excelência de determinada prática. Já os bens externos, para o autor, são comuns a qualquer prática, sendo considerados consequências sociais, tais como prestígio, poder, dinheiro e status⁽²⁾.

É importante destacar que atuar com excelência envolve a ação do profissional por ser o melhor na busca pelo bem interno de sua profissão. Significa, pois, mobilizar atitudes e hábitos, isto é, virtudes, quer sejam elas físicas (competência técnica) ou morais (utilidade para a sociedade), em prol do alcance da prática⁽²⁾. Desta forma, ao realizar a prática com excelência, o profissional, ao mesmo tempo em que a legitima como competência técnica, também alcança sua relevância social.

Ao se considerar o cuidado como *telos* da prática do enfermeiro, assume-se a ética da virtude como perspectiva epistemológica para a discussão, reafirmando o cuidado como o bem interno da enfermagem⁽³⁾. Apesar das múltiplas dimensões do cuidado, apreende-se que a prática do enfermeiro se consubstancia pela interação entre atividades assistenciais e gerenciais, sendo relevante o papel deste profissional na gestão do mesmo.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) destacam-se diferentes desafios relacionados à conquista do bem interno da enfermagem em face das premissas jurídicas, organizacionais, filosóficas e paradigmáticas por ele impulsionadas. O SUS configura-se como um chamamento ético que desencadeou mudanças nas práticas em saúde e na configuração identitária dos profissionais, com deslocamento das práticas curativas para aquelas produtoras de cuidado, cujo foco é o indivíduo compreendido e analisado em seu contexto cultural, simbólico e social⁽⁴⁾.

A realidade dos serviços de saúde revela a adoção de modelos assistenciais que organizam a prática do enfermeiro de modo que, muitas vezes, o afasta da assistência e, por conseguinte, do cuidado direto ao paciente, dando enfoque, majoritariamente, às atividades administrativas. O termo modelo assistencial embora seja considerado um termo polissêmico, em todos os seus aspectos se refere, em um determinado contexto, ao modo como um serviço de saúde organiza suas práticas, bem como aos valores que o orientam⁽⁵⁾.

No entanto, mudanças recentes no trabalho do enfermeiro têm modificado seu fazer cotidiano, aproximando-o do cuidado direto ao paciente. A esse respeito, cabe esclarecer que algumas instituições hospitalares vêm adotando o modelo assistencial denominado “enfermeiro a beira leito”, notadamente em setores hospitalares fechados, voltados ao cuidado

crítico. Neste modelo assistencial, os enfermeiros assumem o cuidado integral dos pacientes sob sua supervisão, enfocando suas ações na assistência direta.

Visto o exposto, surge a questão norteadora do estudo: Como se dá a prática do enfermeiro em uma UTI que adota o modelo assistencial a beira leito? Para fins deste estudo, elegeu-se intencionalmente para análise da prática do enfermeiro, sob o prisma da ética da virtude, uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital escola localizado em Minas Gerais, onde foi adotado o modelo assistencial do enfermeiro à beira leito do paciente.

Parte-se do pressuposto que a prática do enfermeiro tem potencial transformador do trabalho e que modificações no modelo assistencial que centraliza o paciente podem gerar repercussões para uma prática de enfermagem inovadora que resgate o enfoque no cuidado. Portanto, este estudo poderá contribuir para (re)valorização da prática da enfermagem e da promoção do protagonismo e da autonomia do enfermeiro como agente do cuidado.

O objetivo do presente estudo foi compreender a vivência de enfermeiros acerca do cuidado ao paciente em UTI de um Hospital Universitário, à luz da ética da virtude.

4.1.3 Método

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, descritiva, interpretativa e analítica, fundamentado na Ética da Virtude. A pesquisa qualitativa é capaz de expor a complexidade da vida humana e evidenciar significados da vida social. Assume-se como fundamento a existência da relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, a interdependência entre indivíduos e objetos e o vínculo indissociável entre o mundo e a subjetividade do sujeito⁽⁶⁾.

A Ética da Virtude se revela como referencial epistemológico coerente com o objeto do presente estudo por considerar que determinada prática possui o bem interno (*telos*)⁽²⁾, diferenciando-a das demais. Nessa perspectiva, assumir o cuidado como *telos* da enfermagem permite o aprofundamento da análise da prática em um contexto que adota o modelo assistencial, que a caracteriza pelo seu bem interno, isto é, o cuidado.

O estudo foi realizado na UTI de um Hospital Universitário, localizado em Minas Gerais, onde houve a reorganização da prática da enfermagem mediante o modelo assistencial do enfermeiro a beira-leito. Nesse modelo, o enfermeiro, juntamente com o técnico de enfermagem, assume a gestão do cuidado e a assistência direta e integral dos pacientes sob sua supervisão.

Participaram da pesquisa 12 enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão. Os critérios de inclusão foram: serem concursados, haja vista que na instituição coexistem diferentes vínculos empregatícios, e que atuassem nos plantões diurnos. A exclusão de profissionais dos plantões noturnos deveu-se ao fato destes possuírem formas de organização do trabalho diferenciadas, o que poderia ocasionar viés na investigação. Os participantes foram identificados pelo código “ENF” seguido por numeração cronológica de 1 a 12 de acordo com a realização das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada em fevereiro de 2016 mediante entrevista orientada por roteiro semiestruturado seguindo os preceitos definidos pelo *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ). As entrevistas foram realizadas no ambiente de atuação do profissional, gravadas e transcritas na íntegra. Foram abordadas questões relacionadas ao trabalho realizado e ao que o profissional gostaria ou deveria realizar na unidade; aos obstáculos e facilidades enfrentados para desenvolver as atividades; à forma como lidam com os obstáculos encontrados; aos problemas éticos que se apresentam no cotidiano de trabalho e à maneira que lidam com eles; às motivações para continuar trabalhando como enfermeiro e às mudanças propostas para a realização do trabalho.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo⁽⁷⁾. A organização dos dados correu em torno das etapas de pré-análise, de exploração do material e do tratamento dos resultados sob a luz da literatura, inferência e interpretação⁽⁷⁾.

Ressalta-se que todos os preceitos éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram cumpridos (Parecer n.º 1.237.831). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram esclarecidos sobre os termos de confidencialidade e o anonimato das declarações, bem como os riscos e benefícios da pesquisa.

4.1.4 Resultados

Observou-se que a vivência dos enfermeiros no modelo assistencial a beiro leito no ambiente da UTI revela o cuidado como tradução da prática, como *telos* da prática do enfermeiro. O referido modelo propicia melhorias na qualidade assistencial, realocando o enfermeiro em um espaço que lhe é próprio. Contudo, o modelo também produz estranhamentos no reconhecimento do enfermeiro junto à equipe, haja vista as formas de

cuidar instituídas historicamente, deslocando o enfermeiro para atividades de natureza prioritariamente administrativas e, com frequência, dissociadas do cuidado.

Essa retomada do posicionamento do enfermeiro a beira leito, é associada por ENF1 e ENF5 à nobreza. Para esses enfermeiros, é “nobre” a proximidade com o paciente, possibilitando uma assistência de qualidade e segura, com o estabelecimento da relação de confiança entre os pares.

“Meu trabalho é assistência direta ao paciente. É muito nobre estar perto do paciente executando o cuidado” (ENF5).

“O curativo está sendo trocado na técnica correta e eu sei que meus colegas também têm essa preocupação. A gente troca o curativo com a frequência necessária, indica o melhor curativo, muda o decúbito de 2 em 2 horas e avalia o paciente para mudar o decúbito. Então, eu vejo que o paciente está sendo mais bem cuidado” (ENF1).

Os depoimentos apresentados revelam o resgate da identidade, fragilizada em situações nas quais ocorre a desvinculação do profissional das atividades que conferem significado ao seu trabalho. Revelam, ainda, a percepção do enfermeiro sobre seu potencial na transformação da prática, ao considerar o cuidado como próprio do seu fazer. Nesse sentido, ENF8 aponta que a prática está atrelada ao cuidado, considerando-o como “o berço” da enfermagem.

“Eu trabalho diretamente com o paciente, eu consigo resgatar tudo aquilo que a enfermagem coloca como berço, que é o cuidado. A partir do momento que se estabelece um cuidado eu já coloco automaticamente ligado ao enfermeiro” (ENF8).

Questionados sobre os valores que são mobilizados para o alcance da excelência da prática, os enfermeiros apontaram:

“Carinho ao paciente e respeito” (ENF9), “prudência” (ENF3), “conhecimento científico” (ENF1; ENF5; ENF12), “justiça” (ENF4; ENF5; ENF6), “compromisso” (ENF7), “comunicação” (ENF8; ENF11), “empatia” (ENF1; ENF8), “humanização” (ENF8), “responsabilidade” (ENF3; ENF8; ENF12), “paciência” (ENF8), “respeito à legislação” (ENF6) e “princípios da beneficência e não-maleficência” (ENF10).

Esses valores convergem com ética principialista e deontológica e, ainda, com valores básicos do ser humano. A esse respeito, ENF5 aponta o senso de justiça (ética principialista) e o juramento profissional (ética deontológica) como parte dos seus valores. Logo, avança, apontando a dignidade e a nobreza nos relacionamentos (ética da virtude).

“Valor ético é você tratar com justiça cada paciente, ser condizente com o juramento que você fez e garantir tudo aquilo à beira leito. Se você errar, deve ter dignidade para reconhecer seu erro e ser nobre para atuar de forma precisa com o paciente e com a família. A partir do momento em que você é claro com a família e com o paciente a relação melhora muito” (ENF5).

O participante ENF9 relata que, devido ao modelo assistencial adotado, o cuidado está sendo realizado por pessoal com nível de competência técnico-científica elevado (o enfermeiro), revelando assim, a potência desse modelo de organização da prática.

“A capacidade técnica de cada um é maior, não estamos lidando com pessoal técnico na assistência, somos todos de nível superior, a capacidade de conhecimento de todo mundo é maior” (ENF9).

Os depoimentos apontam que o enfermeiro reconhece aspectos positivos da sua proximidade com o paciente e seu potencial de transformação do cuidado em prol da excelência, com repercussões diretas e benéficas ao paciente. Apesar das evidências de melhorias mencionadas, há fragilidades da reorganização do modelo assistencial em questão, bem como desafios que ainda precisam ser vencidos.

“A transição de técnico para enfermeiro foi complexa, porque não houve o discurso da qualificação do cuidado e sim da substituição da mão de obra e isso foi doloroso para o enfermeiro. Minha prática é reducionista. Eu posso muito mais do que eu faço hoje. E não é por causa do banho de leito e dos curativos que faço ou pela fralda que troco. Mas, pela falta de possibilidade de discussão aprofundada de cada caso” (ENF1).

“Na verdade, eu acredito que a proposta poderia ter sido diferenciada. Hoje a gente trabalha na escala de 2 enfermeiros para 1 técnico com 4 pacientes em uma enfermaria. A gente fica muito restrito a um assistencial básico. O diagnóstico, a prescrição, os cuidados de enfermagem, algo direcionado mesmo para a gestão estratégica do enfermeiro para o paciente fica um pouco a desejar” (ENF6).

Embora tenham sido evidenciados aspectos positivos do modelo de organização do trabalho em foco, ENF2 e ENF4 reforçam que atividades próprias do enfermeiro deveriam ser melhor exploradas e poderiam potencializar a qualidade da assistência e a rentabilidade do serviço.

“O trabalho do enfermeiro, nesse modelo de gestão, poderia ter rentabilidade maior se o nosso potencial como enfermeiro fosse explorado. Ele é pouco explorado devido à falta de definições do papel do técnico, do enfermeiro assistencial e gestor” (ENF2).

“Na UTI tem várias coisas que não são implantadas, mas que deveriam ser. Nós não avaliamos na admissão a escala de BRADEN e a carga de trabalho do enfermeiro. São coisas que o enfermeiro deveria fazer. O cuidado ao paciente está interligado com essas coisas que não são feitas, assim decaem indicadores e nós não conseguimos avaliar o cuidado em si” (ENF4).

Outra limitação é a indefinição de papéis, que faz com que o enfermeiro assuma muitas atividades e não consiga aplicar o conhecimento especializado na prática do cuidado. Essa indefinição de papéis tem levado o enfermeiro a realizar atividades anteriormente assumidas pelo técnico de enfermagem, o que, na visão de ENF12, reflete no respeito e no seu reconhecimento por parte da equipe.

“Eu acho que o trabalho que eu deveria realizar é maior. Hoje o meu trabalho é maçante, com carga pesada e que eu uso pouco a mente. É um trabalho mais técnico e menos de reflexão. Não desmerecendo nenhuma função. Mas me vejo tecnicista, exige pouco na parte de pensar. Eu trabalho mecanicamente [...] A equipe multidisciplinar não respeita o enfermeiro. Eu acho que já tinha uma visão que quem está à beira leito é o técnico de enfermagem, com pouca voz. O enfermeiro não tem participação, tentamos inserir o enfermeiro nas discussões dos casos e a equipe não aceita” (ENF12).

4.1.6 Discussão

A adoção do modelo assistencial do enfermeiro a beira leito criou oportunidades para que os enfermeiros resgatassem o cuidado como prática inovadora, com enfoque no paciente. Nessa perspectiva, os participantes do presente estudo assumem o cuidado como *telos* de sua prática, fazendo alusão a ele como sendo o “berço” da enfermagem, bem como reconhecendo a necessidade de aquisição de competências e de valores para executar o trabalho qualificado.

Expressam, pois, a compreensão do *telos* da prática e das virtudes que precisam ser mobilizadas para o alcance da excelência da prática. Ressalta-se que o *telos* é a finalidade própria da prática, a qual, em decorrência de sua construção histórica, de sua especificidade de competências a serem mobilizadas e das virtudes a serem alcançadas em busca da excelência, é única⁽²⁾. Nessa perspectiva, há que se considerar a história da enfermagem e suas bases profissionais, estando o cuidado ligado à proximidade com o paciente e sendo um valor central para a profissão⁽⁸⁾. Ademais, o cuidado refere-se às ações direcionadas para o outro, de modo a atender às necessidades imediatas ou antecipar ações para intervir no processo saúde-doença⁽⁹⁾. Deste modo, o cuidado se materializa na relação entre os enfermeiros e entre eles e os pacientes, fortalecendo os valores da profissão, uma vez que os valores são os meios para que aqueles sejam capazes de alcançar a prática de excelência, facilitada pelo modelo que estimula a relação à beira leito.

Especificamente na UTI, as pessoas estão em constante inter-relação, realizando atividades com alto grau de complexidade e de especialização, o que requer a mobilização de competências diferenciadas para cuidar de pacientes em estado crítico⁽¹⁰⁾. Tal movimentação em prol de prestar o melhor cuidado possível significa a legitimação da prática e o reforço de sua relevância social, sendo o que caracteriza o alcance da excelência.

O cuidado, assumido na perspectiva relacional, é elemento significativo na configuração identitária do enfermeiro, uma vez que essa configuração é pautada em relacionamentos geradores de reconhecimento, tanto do próprio enfermeiro em relação a sua prática, como dos integrantes da equipe, dos pares e superiores, legitimando-a⁽²⁾. Os enfermeiros do presente estudo se reconhecem como competentes e capazes de prestar o cuidado de excelência. Entretanto, há relatos de não reconhecimento pelo outro (equipe multiprofissional), o que é atribuído ao limite tênue entre o trabalho do enfermeiro e do técnico de enfermagem, culminando na fragilização de sua identidade. Percebe-se, pois, a necessidade de se avançar na busca de dispositivos técnicos e gerenciais que potencializem o modelo assistencial a beira leito, de maneira a eliminar o reducionismo técnico.

Os resultados do presente estudo apontaram para a insatisfação dos enfermeiros ao serem comparados com os técnicos de nível médio. Em contrapartida, os técnicos ficam satisfeitos quando não são distinguidos dos enfermeiros devido à distribuição semelhante de atividades entre eles, provocando sentimento de igualdade⁽¹¹⁾. Nesse sentido, pode-se inferir que o enfermeiro se sente desvalorizado por se perceber como substituto do técnico de enfermagem, a despeito de ter formação de nível superior e especialização profissional.

Este trabalho evidencia que as atividades desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros se misturam de tal modo que fragilizam a identificação do escopo das práticas privativas do enfermeiro e que marcam sua identidade como profissão diferente do técnico de enfermagem. Há, dessa forma, sentimento de frustração pelos enfermeiros que se consideram aptos e competentes para desempenhar funções de maior complexidade e que no cotidiano não conseguem desenvolver. A esse respeito, um estudo aponta o instrumento *Practice Environment Scale* como indicador para a qualidade da prática de enfermagem⁽¹²⁾, já que a sua aplicação pode contribuir para as definições de papéis dos profissionais.

Ademais, a frustração vivenciada pela falta de reconhecimento profissional por parte da equipe multiprofissional e dos técnicos de enfermagem, bem como o não compartilhamento do cuidado, remete à reflexão sobre aspectos estruturais, no tocante à organização do processo de trabalho em enfermagem nas instituições de saúde. O distanciamento dos enfermeiros de sua prática era devido aos modelos assistenciais nos quais eles assumiam incumbências de caráter burocrático, delegando o cuidado direto ao técnico de enfermagem em detrimento do enfermeiro.

Embora a modificação do modelo assistencial aproxime o enfermeiro do *telos* de sua prática, ela precisa ser realizada envolvendo a equipe de saúde de forma que as atribuições de cada membro fiquem claras e que elas sejam incorporadas pela equipe e, principalmente, pelos técnicos de enfermagem, para que a assistência seja fundamentada na melhor prática⁽³⁾. Percebe-se que o modelo ainda não foi capaz de incorporar as potencialidades do enfermeiro devido à falta de definições das atividades da equipe de enfermagem.

A despeito das dificuldades e contradições identificadas, o enfermeiro na busca constante pelo *telos* na relação com o outro, discorre sobre a importância de encontrar meios na instituição que sejam compatíveis com a prática, assim como para a mobilização das virtudes, no sentido de que o indivíduo possa concretizar a sua prática com excelência, legitimando-a⁽³⁾. Na perspectiva da ética da virtude, as virtudes são dispositivos que conferem inteligibilidade à prática, guiando o indivíduo para o alcance do bem interno da profissão⁽²⁾. Tais virtudes podem ser físicas, as quais estão relacionadas ao desenvolvimento de competência técnica, bem como morais, relacionadas à utilidade dessa prática para a sociedade⁽²⁾. A esse respeito, cabe ressaltar que elas não são ontológicas, sendo desenvolvidas como hábitos e atitudes durante a formação e a prática profissional⁽²⁾. Portanto, destaca-se a necessidade de refletir sobre o processo formativo dos enfermeiros que estimule virtudes

compatíveis com a prática inovadora de cuidado que reforce e valorize o protagonismo da enfermagem como profissão de relevância social.

Os valores citados como importantes para a execução da prática pelos enfermeiros do presente estudo extrapolam a ética principialista e deontológica, ultrapassando a moralidade do dever. Não se pretende negar a importância da moralidade na execução da prática do enfermeiro, mas considerando a hermenêutica da ética da virtude, aprecia-se também o desejo e a necessidade do sujeito e o reconhecimento como eticamente importante para decidir e realizar a ação por si próprio⁽¹³⁾.

A interação inerente à prática do enfermeiro pode se apresentar de modo instrutivo, seguido de protocolos ou com intenção construtiva produtora de subjetividades⁽¹⁰⁾. Reside aí a potência do enfermeiro na transformação do cuidado, uma vez que, assumindo o cuidado como relacional e como *telos* da prática, aceitam-se as atitudes baseadas em competências técnicas e, sobretudo, em valores humanos promovendo práticas inovadoras. Tais valores, no exercício da virtude, permitem ao indivíduo julgar o certo a se fazer, no lugar, na hora e da forma certa, não sendo apenas um exercício rotinizado pela aplicação de regras e códigos⁽²⁾. Torna-se fundamental que a instituição e a gestão do serviço reconheçam essas questões criando ambientes que estimulem e incentivem a prática do enfermeiro, uma vez que, com condições para buscar o *telos* da sua prática, ele prestará cuidados de excelência e em consonância com o seu julgamento moral.

4.1.7 Considerações finais

A relação do enfermeiro com o cuidado no cenário pesquisado encontra-se relacionada ao modelo assistencial que organiza o trabalho da enfermagem, o qual se revelou como potente para o alcance de uma prática inovadora e de excelência. Nessa perspectiva, o cuidado é assumido pelo enfermeiro como próprio de sua profissão e sua concretização assume o potencial de avanços no campo profissional e na qualidade da assistência prestada. O cuidado considerado como *telos* da prática é evidenciado, estando ancorado no relacionamento entre enfermeiros, pacientes e equipe, bem como em saberes científicos e nas competências mobilizadas, caracterizando uma prática marcada pela excelência.

Cabe salientar que o modelo assistencial apresentado nesta investigação, ao resgatar a prática do enfermeiro a beira leito, revela contradições no que tange ao escopo das ações que são próprias do técnico de enfermagem e aquelas que são próprias do enfermeiro. Assim, são

identificados conflitos profissionais e falta de reconhecimento que geram repercussões na identidade do mesmo, sendo importante trabalhar a divisão das atribuições e competências nos cenários de atuação.

O presente estudo apresenta como limitação o fato de ter sido realizado em um único setor, a Unidade de Terapia Intensiva. Recomenda-se a realização de investigações sobre o tema em diferentes setores, bem como envolvendo a equipe de técnicos de enfermagem. Ademais, a teoria da ética da virtude adotada como referencial epistemológico se mostra como um desafio, uma vez que mobiliza o pesquisador não apenas a analisar o desenvolvimento de uma prática, mas também para a imersão do que compreende essa determinada prática que se diferencia de qualquer outra pelo seu bem interno.

4.1.8 Referências

1. Adamy EK, Zocche DAA, Almeida MAbreu. Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2020; 41(spe): e20190143. 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>.
2. MacIntyre A. After Virtue. 3rd ed. Indiana: Notre Dame Press. 2007. 286p.
3. Caram CS, Peter, E, Brito, MJM . Invisibility of the self: Reaching for the *telos* of nursing within a context of moral distress. Nursing Inquiry, 1:e12269, 2018. DOI: [10.1111/nin.12269](https://doi.org/10.1111/nin.12269)
4. Caçador BS, Ramos FRS, Brito MJM. The process of distress / moral suffering in nurses of Family Health Strategy: subjectivity and identity. Enferm. Foco. [Internet]. 2016; 7(3/4):22-6. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n3/4.910>
5. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 June; 20(6):1869-1878. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.
6. Minayo MC. Scientificity, generalization and dissemination of qualitative studies. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22(1):16-18. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.30302016>.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.
8. Caram CS, Rezende LC, Montenegro LC, Amaral JM, Brito MJ. Ambiguities in the health team's work in the context of an Intensive Care Unit. Rev. Sanare, Sobral. [Internet]. 2016 Jan/Jul [Cited 07 Jan 2012]; 15(1):15-24. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/923/552>

9. Santos et al., Implantation of the reference nurse model in a university hospital implantación del modelo enfermero de referencia en un hospital univervitario. Rev enferm UFPE on line, Recife, 13(1):268-74, jan. 2019
10. Silva RC, Ferreira MA, Apostolidis T, Brandão MAG. A conceptual framework of clinical nursing care in intensive care. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 Sept/Oct [acesso em 19 jul 2018];23(5):837-45. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00837.pdf doi: 10.1590/0104-1169.0501.2622
11. Oliveira EM, Barbosa RL, Andolhe R, Eiras FRC, Padilha KG. Nursing practice environment and work satisfaction in critical units. Rev. Bras. Enfermagem [Internet]. 2017 Jan/Feb;70(1):73-80. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0211.
12. Azevedo Filho FM, Rodrigues MCS, Cimiotti JP. Ambiente da prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Acta Paulista de Enfermagem, 31(2), 217-223, 2018 mar/Abr [acesso em 03 ago 2018] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n2/1982-0194-ape-31-02-0217.pdf>
13. Ferkany M., Newham R. A comparison of approaches to virtue for nursing ethics. Ethical Perspectives, 26(3):427-457, 2019 DOI: 10.2143/EP.26.3.3287351.

4.2 ARTIGO 2: EXPRESSÕES DA ÉTICA E DO DISTRESSE MORAL NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA

4.2.1 Resumo

Objetivo: Compreender as expressões da ética e do distresse moral na prática do enfermeiro intensivista. Métodos: Pesquisa qualitativa, descritiva, interpretativa e analítica, desenvolvida com 12 enfermeiros lotados nos plantões diurnos do CTI de um hospital de ensino em Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado e submetidos à análise de conteúdo. Resultados: Emergiram duas categorias temáticas: Expressões da ética: Influências dos valores, virtudes, relacionamentos e organização do trabalho; e Distresse moral no contexto das expressões éticas. Conclusão: Na prática do enfermeiro intensivista, a ética está relacionada, principalmente, ao exercício da advocacia do paciente. No entanto, lacunas existentes nos relacionamentos com a equipe e na organização do trabalho fomentam situações de conflito geradoras de distresse moral.

Descritores: Enfermeira e Enfermeiro, Ética, Cuidados Críticos, Prática Profissional, Estresse psicológico

4.2.2 Introdução

A prática em saúde abrange dimensões éticas e é influenciada pela complexidade dos processos de trabalho. Nesta perspectiva, a expressão da ética perpassa por um exercício de reconstituição de si pelo sujeito⁽¹⁾, que acontece permanentemente ao longo da vida, tendo especial parcela de importância às experiências vivenciadas no labor.

Neste espaço de socialização, o indivíduo relaciona-se com seus pares e com o mundo, subjetiva a realidade apreendida e ressignifica seus conceitos, o que confere a reconfiguração de si mesmo,⁽²⁾ remodelando os modos de se perceber, de ser e agir no mundo.⁽³⁾

Assim, por meio das subjetivações e da reflexão contínua sobre si, o indivíduo constrói-se como sujeito ético, moldando seu modo de ser e realizando o trabalho moral, mediado por valores, princípios e aspectos culturais.⁽³⁾ Neste sentido, a ética se expressa nas ações e relações do indivíduo consigo mesmo e com o meio que o cerca e, tomando indistintamente os termos ética e moral, considera-se a produtividade da experiência ético-moral “como contínua, infundável e produtiva em termos de subjetividade e identidade”.^(4:4-5)

Considerando que os espaços da prática do enfermeiro são caracterizados pelos encontros e relacionamentos deste profissional com seus pares e pacientes, estão presentes no cotidiano de trabalho experiências ético-morais, resultantes, por exemplo, de dissonâncias e conflitos, principalmente relacionados ao cuidado qualificado.⁽⁵⁾ Estudos evidenciam que, dentre os profissionais da saúde, os enfermeiros são aqueles que experimentam os problemas ético-morais com maior intensidade,^(5,6) partindo da definição de problema moral como um fato ou situação que mobiliza a dúvida no indivíduo quanto ao modo adequado de ação e que lhe exige posicionamento.⁽⁴⁾

Ao lançar um olhar sobre o Centro de Terapia Intensiva(CTI) percebe-se que este é um campo de trabalho do enfermeiro marcado pela intensidade de sentimentos e relações cotidianas que repercutem na prática do profissional, evidenciando aspectos éticos que envolvem o cuidado e as relações interpessoais.⁽⁷⁾ Dentre os fatores que predisõem à vivência de conflitos ético-morais pelo enfermeiro no CTI, destacam-se o contato permanente com pacientes com necessidades de cuidados críticos, a presença da morte iminente, a vivência da dor, da ansiedade, da angústia partilhadas com pacientes e familiares frente à doença grave e a utilização maciça de tecnologias duras para o cuidado.⁽⁷⁻⁹⁾

De tal modo, no cotidiano da terapia intensiva, várias situações se configuram como problemas morais, os quais exigem posicionamento por parte do enfermeiro. Salienta-se,

entretanto, que a emergência de um problema ético-moral no trabalho requer do profissional sensibilidade para percebê-lo, bem como demanda ação resolutiva ou deliberação, estas que se apresentam carregadas de subjetividades, expressando concepções, culturas e valores próprios do enfermeiro. ⁽⁴⁻⁶⁾

A sensibilidade moral é considerada um estado cognitivo que precede o julgamento moral, ⁽¹⁰⁾ e a deliberação, uma conduta que se orienta por métodos, diálogo e raciocínio lógico, que visa resolver a situação problema. ⁽⁴⁾ A deliberação do enfermeiro acontece em meio a um ambiente organizacional que interfere em sua concretude, ⁽⁷⁾ podendo culminar em situações em que deliberar conforme seu julgamento moral não seja possível, desencadeando a vivência do distresse moral no trabalho. ⁽⁴⁾

A vivência do distresse moral (ou sofrimento moral, termos aqui entendidos como sinônimos) no cotidiano de trabalho do enfermeiro é uma experiência que pode gerar marcas deletérias ao profissional, manifestando-se por sentimentos de angústia, sensação de impotência, insatisfação e, em casos reiterados e mais graves, pode ter como consequências desmotivação, apatia, afastamento do trabalho e abandono da profissão. ^(4,11) No entanto, estudos ^(4,12) consideram que a vivência do processo de distresse moral pode ser compreendida para além de uma vivência de sofrimento, consistindo em uma experiência ampla, fonte de resistência e enfrentamento no cotidiano de trabalho.

Vários fatores contribuem para que o distresse moral seja vivenciado no cotidiano e percebido pelo enfermeiro no contexto da terapia intensiva, podendo-se citar: o desenvolvimento de sua sensibilidade moral, a autonomia do profissional, a organização e a estrutura física do espaço de trabalho, bem como as relações de poder existentes. ^(5,7,10) Estes fatores expressam a ética na prática do enfermeiro no que tange aos modos de organização do trabalho e suas relações cotidianas, refletindo experiências morais ricas em significados e subjetividade.

Lançar os olhos sobre a ética e o distresse moral se justifica considerando que as experiências morais são formas de expressão ética na prática do enfermeiro e que ainda podem ser atravessadas pelo sofrimento moral, produzindo efeitos deletérios sobre o profissional. ⁽¹¹⁾ Também entende-se a necessidade de compreender e refletir sobre as expressões da ética e do distresse moral na prática do enfermeiro para que seu potencial produtivo seja abordado, ^(4,12) sendo importante debruçar-se sobre o estudo da expressão da ética e do distresse moral na prática do enfermeiro intensivista.

Em face do problema posto, o presente estudo buscou responder a seguinte questão norteadora: Como a ética e o distresse moral se expressam na prática do enfermeiro intensivista?

4.2.3 Métodos

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, interpretativa e analítica, desenvolvida em um CTI de um Hospital Universitário localizado no estado de Minas Gerais. Os métodos e resultados desta pesquisa apresentam-se seguindo os preceitos definidos pelo *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ).

A escolha do cenário da pesquisa foi intencional e considerou mudanças recentes em seu contexto organizacional, as quais promoveram novos arranjos no trabalho do enfermeiro. Como exemplo, destaca-se a gestão hospitalar desenvolvida pela EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), que instituiu o modelo de cuidados globais como modelo assistencial de enfermagem e o concurso público como forma de admissão no serviço.

A adoção deste modelo assistencial levou o enfermeiro a assumir direta e integralmente a assistência ao paciente, sendo auxiliado pelo técnico de enfermagem, desenvolvendo o cuidado “a beira leito”. Considerando que estudos apontam que enfermeiros que atuam mais próximos aos pacientes tendem a vivenciar situações éticas com mais frequência⁽⁶⁾ e ainda que as mudanças advindas dos novos arranjos organizacionais relacionados ao modelo assistencial de enfermagem impactaram na prática do enfermeiro, justifica-se a utilização deste cenário para este estudo.

Os participantes foram escolhidos intencionalmente, sendo incluídos os enfermeiros que atuavam no turno diurno do CTI e excluídos aqueles que atuavam no turno noturno, estivessem em gozo de férias regulamentares ou licenciados do serviço. A opção pelo turno diurno considerou que há singularidades entre a organização do trabalho diurno e noturno na instituição hospitalar que potencialmente seriam significativas para a análise comum dos dados, podendo resultar em vieses na pesquisa.

Considerou-se inicialmente uma amostra de 20 enfermeiros, dos quais 2 estavam em gozo de férias regulamentares, se enquadrando, portanto, nos critérios de exclusão delimitados para o estudo. Dos demais enfermeiros, após serem convidados, 12 aceitaram participar e 6 recusaram a participação.

Os dados foram coletados em fevereiro de 2016, por meio de entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado, as quais foram realizadas no próprio hospital, em local restrito, em horário previamente agendado, gravadas em aparelho eletrônico, com uma média de duração de trinta minutos. As entrevistas foram conduzidas por pesquisador previamente treinado, que se apresentou, elucidou os objetivos e aspectos éticos, recolhendo a anuência do entrevistado. A entrevista foi disponibilizada para o entrevistado, que pôde ouvi-la, para que, achando necessário, modificasse, excluísse ou acrescentasse alguma informação.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo conforme os pólos cronológicos da pré-análise do material, a exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A fase de pré-análise fundamentou-se na organização e leitura flutuante do material, com a demarcação dos temas centrais. A exploração do material e o tratamento dos resultados permitiu torná-los significativos e válidos. A última etapa consistiu na inferência e interpretação dos dados à luz da literatura adequada.⁽¹³⁾

A pesquisa desenvolveu-se em conformidade com os princípios éticos expressos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Brasileiro número 466 de 2012, foi submetida à apreciação ética e aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer nº1.237.831. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, expressando sua anuência em participar do estudo e a consciência sobre os desconfortos, riscos e benefícios da pesquisa. Com vistas a garantir o anonimato, os depoimentos foram codificados como Enf, seguido do número da respectiva entrevista.

4.2.4 Resultados

Da análise dos resultados, emergiram expressões da ética e do distresse moral, sendo delimitadas duas categorias analíticas.

4.2.4.1 Expressões da ética: influência dos valores, virtudes, relacionamentos e organização do trabalho

Os enfermeiros acreditam que a humanização pode evocar a responsabilidade e a empatia, sendo estes valores e virtudes fundamentais para o exercício do cuidado ético.

“Primeiramente, humanização que está junto da empatia, que são os valores primordiais que eu acredito, a responsabilidade, empatia, humanização... eu acredito que também paciência” (Enf8).

“Ser ético, ser humano, tentando proporcionar ao paciente e as pessoas um determinado conforto. Ser educado, saber até onde você pode ir, ir com delicadeza, com educação, com respeito ao momento que a pessoa está vivenciando. Eu acho que a ética abrange tudo. Tentar dar uma assistência de qualidade, dentro do conhecimento que eu tenho. Fazer para o outro aquilo que eu gostaria talvez que fizessem por mim” (Enf 2).

Para os participantes o fazer ético deve basear-se também nos códigos e normas da profissão, que estabelecem direitos e deveres profissionais frente ao cuidado.

“Tentando ser o mais justo possível, muitas vezes não pautado no que eu acho que seja justo, mas pautado no que a gente tem hoje palpável de legislação, de direitos, de deveres” (Enf6).

A ética se expressa no contexto do CTI, suportada pelos valores morais e virtudes e pelo código de ética profissional, sofrendo interferências de fatores relacionais e organizacionais que, em muitas vezes, oferecem obstáculos para o seu exercício pelo enfermeiro. Dentre estes obstáculos, os enfermeiros apontam que os desequilíbrios nas relações de poder entre membros da equipe multidisciplinar inviabilizam a prática autônoma da enfermagem, fomentados principalmente pela maior valorização do saber médico.

“O hospital deste estudo é, dos lugares que eu já trabalhei, o lugar mais médico centrado que eu já conheci na minha vida. Tudo aqui é muito médico centrado, tudo gira em torno de um conhecimento médico. E por mais que tenha o discurso de que o enfermeiro aqui tem autonomia, nossa autonomia é para fazer curativo e para gerir nossa escala, o resto, a nossa autonomia é muito pequena” (Enf1).

Para os enfermeiros, a maior valorização do saber médico no contexto das práticas lhes imputa uma posição muitas vezes invisibilizada e desvalorizada, submissa às determinações médicas. Inclusive, para Enf9, há valorização diferenciada no trabalho desenvolvido pelo enfermeiro assistencial e supervisor no contexto das relações interprofissionais, atribuindo sentido ao desequilíbrio na relação médico-enfermeiro existente neste espaço, em decorrência da mudança do modelo assistencial de enfermagem proposto pela EBSEH.

“A questão médica aqui, que eu vim de outra instituição também, o “Hospital X” o tratamento médico e enfermeiro é diferente, apesar de serem dois hospitais escolas, o tratamento é completamente diferente. Eu acredito que lá, como nós éramos enfermeiros supervisores, a forma do médico ouvir o que a enfermagem tinha a dizer sobre a evolução daquele paciente era visto de uma forma, nós aqui continuamos sendo enfermeiros de nível superior da mesma forma, só que a nossa fala sendo enfermeiro assistencial não tem o mesmo valor” (Enf9).

“Aqui o médico não avalia o paciente, não faz exame físico. Toda a avaliação do paciente é feita pelo enfermeiro, é o enfermeiro que passa as informações. E mesmo com nossa preocupação eles não valorizam em nada o nosso conhecimento. A maior parte das vezes que o paciente sofre uma intervenção médica, ele só sofreu intervenção médica porque houve antes um reconhecimento da necessidade por um enfermeiro” (Enf1).

Os enfermeiros atribuem ainda a invisibilidade de sua prática à ausência de definição das atribuições da equipe de enfermagem e a sensação de não pertencimento à equipe multidisciplinar.

“Eu acho que o enfermeiro tem que ter um espaço como enfermeiro, profissional de uma equipe porque até então não tem! Quais são as funções do enfermeiro, qual a importância dele na equipe? Porque a equipe ainda não aceita como um profissional” (Enf11).

Para os enfermeiros, a falta de comunicação constitui outra barreira importante à prática ética. Dentre as situações apontadas pelos enfermeiros, cita-se a ausência de comunicação entre membros da equipe quer seja oral ou escrita e a organização.

“A dificuldade eu acho que é essa, a questão da comunicação interna que uma das seis metas da segurança do paciente que tem no hospital, é comunicação efetiva, e o hospital não comunica efetivamente” (Enf3).

“A gente tem muitos erros de residentes, muitos erros médicos. Prescrições erradas, por exemplo, são problemas que a gente tem o tempo todo, prescrições verbais que muitas vezes não são registradas, o que acaba caindo sobre a equipe de enfermagem” (Enf6).

Os participantes apontam para a falta de comunicação da equipe com os pacientes, destacando as situações de omissão de iatrogenias, a discussão sobre a limitação terapêutica e a despersonalização do paciente que acontece durante a “corrida de leito”. Ressalta-se que o

termo “corrida de leito” refere-se à visita do profissional de saúde ao paciente que se encontra restrito ao leito hospitalar, realizando a avaliação e o planejamento do cuidado.

“O paciente vai para o bloco cirúrgico entubado e sedado para uma cirurgia de emergência. Eu acho que é ser ético com o paciente perguntar se a família desse paciente está ciente que ele está indo para o bloco. Porque já aconteceu de mudar o horário da cirurgia cardíaca de um paciente que seria à tarde, mudaram o horário para de manhã e ninguém prestou atenção nisso. Na hora que a família chegou para visitar o paciente e aí, cadê o paciente? Já está lá no bloco. A irmã dele questionou: Gente, se o meu irmão morrer? Não tive nem oportunidade de me despedir e nem falar nada” (Enf2).

“A iatrogenia ou a limitação do cuidado, como que isso é estabelecido em relação de trabalho. Como isso deve ser tratado com a família e com a sociedade? Deve constar no prontuário, mas na maioria das vezes vai ser abafado no ambiente intra-hospitalar. São questões éticas que eu considero importantes serem discutidas” (Enf8).

“O que mata, o que nos incomoda muito é a relação deles (médicos) com os pacientes. Durante a corrida de leito tem 12, 15 pessoas fazendo corrida de leito com o paciente consciente, falando do exame, e aí às vezes eles estão falando do exame do paciente do 305 na frente do 308. O paciente arregala o olho! Aí você tem que falar para ele: não fulano, calma, não é do senhor que ele está falando” (Enf1).

4.2.4.2 Distresse moral na prática do enfermeiro intensivista

Os resultados apontam que há momentos em que o enfermeiro se depara com situações com as quais não concorda e não tem condições para modificá-las, experienciando, de tal modo, o distresse moral.

“Por exemplo, um paciente que tem uma prescrição de laxante. Informei que o paciente evacuou a noite, quatro vezes. E vem lá na prescrição de novo um laxante! Então para que você está ali? Ninguém está nem aí para essa informação! Você não tem nem uma oportunidade de falar isso ali na passagem de plantão! Quem está lá na beira do leito é o enfermeiro! O médico não te escuta, e aí depois tenho que ficar correndo atrás dele: ‘olha aqui médico! Circula aqui esse laxante porque ele já não está precisando mais!’” (Enf 12).

“Você não tem uma coordenadora, nada. Ninguém que te escute. A pessoa te escuta e fala assim “ah tá, nós vamos resolver...”, mas parece que ela está falando o que você quer ouvir, mas na verdade não vai ter resultado. É tapar um

sol com a peneira! Mas não resolve nada, é como se tivessem dois ouvidos, um pra entrar e outro pra sair. Às vezes você observa alguma coisa em relação a escala, ao serviço e consegue refletir, mas e daí?! O quê que você vai fazer com aquilo? Ninguém te escuta, a equipe multidisciplinar não te escuta! Você tenta fazer um trabalho e ninguém quer te ouvir, então, tanto faz né?!” (Enf 12).

A evidência do distresse moral manifestou-se nas falas dos enfermeiros quando da impossibilidade de desempenharem a advocacia do paciente, quer seja em face da ausência do cuidado necessário, como afirma Enf11, ou em situações de obstinação terapêutica, conforme exemplifica Enf8.

“Quando peguei plantão a paciente já estava com queixa de dor intensa, sem acesso venoso. A gente tentou sem sucesso um acesso para a medicação! Comunicamos da necessidade de um acesso central nela, mas os médicos foram para a corrida de leitos e não fizeram o procedimento. Discuti com um colega porque eles acham que precisam discutir os casos todos antes de resolver os problemas dos pacientes. Eu lembro de trocar ela com dor, aspirar, dar banho e ela gemia! Eu fui ficando muito angustiada, eu saí daqui muito angustiada! Foi uma situação de bastante conflito, angústia, frustração! Saí frustrada porque não fiz para a paciente o que podia! Pedi medicação intramuscular, mas ele falou que ela poderia esperar o procedimento. Então eu virei nada, porque eu falava, a paciente piorava e nada era feito” (Enf 11).

“O paciente foi diagnosticado em cuidado limitado. Então nós não vamos tomar providências muito exageradas quanto a esse paciente, só manter a dignidade dele. Ele apresentou hipotensão e o médico pediu pra correr volume e providenciar material para o acesso central. Questionei se trocaria o acesso mesmo com diagnóstico limitado. O médico disse que sim. É uma medida que eu não concordo! Se o paciente está limitado, e já tem um acesso central com foco infeccioso e se não vai investir mesmo, por que trocar o acesso central? É um gasto a mais, um sofrimento a mais, uma exposição a mais a invasão! Aí eu fiz, porque eu estou subordinado a prescrição médica. A decisão da conduta é dele! Eu argumentei, ele viu que eu senti, eu transpareci para ele que eu não concordava, e mesmo assim ele quis manter a conduta” (Enf 8).

4.2.5 Discussão

Os resultados deste estudo demonstram que as expressões da ética se relacionam à prática do enfermeiro, considerada uma ação moral que visa alcançar o cuidado ao paciente pelo atendimento de suas necessidades.⁽¹⁴⁾

Os dados apontam que os enfermeiros são sensíveis moralmente às questões éticas cotidianas, relacionam a existência de problemas morais a situações inerentes ao contexto das

relações em equipe, ao relacionamento com a própria instituição, com os pacientes e familiares e também ao exercício da advocacia do paciente.

A sensibilidade moral pode ser tratada como um atributo ou habilidade individual para detectar e reconhecer em uma situação seu aspecto ético-moral. Há evidências de que a percepção dos enfermeiros sobre os aspectos ético-morais envolvidos no cuidado, bem como o modo como estes enfermeiros lidam com as questões éticas no trabalho tem influência multifatorial, expressando-se diferentemente em cada nação.^(7,10) Tal evidência apoia-se na fundamentação de que a sensibilidade moral relaciona-se com a cultura, com a formação profissional, com a religião, com as experiências na ação reflexiva sobre si, sobre o outro, sobre normas e instituições e com as subjetivações possíveis ao longo da vida.^(4,7,10,14)

O desenvolvimento da sensibilidade moral é contínuo, progressivo⁽¹⁴⁾ e fundamental para a identificação das questões éticas que se apresentam no contexto do trabalho do enfermeiro em terapia intensiva, oferecendo ferramentas para a definição de problemas morais, bem como para subsidiar as deliberações em face do problema posto.⁽⁷⁾ De tal modo, a sensibilidade moral configura-se como atributo essencial ao trabalho do enfermeiro nos centros de terapia intensiva, visto a necessidade do profissional ser permanentemente reflexivo sobre a melhor conduta a ser tomada para atingir o cuidado. No âmbito da terapia intensiva prescinde ao enfermeiro agir clínica, crítica e eticamente em um ambiente emocionalmente carregado pela gravidade dos casos clínicos, pela alta tecnologia exigida para o cuidado e pela complexidade da assistência prestada.^(5,15)

Estudo⁽⁵⁾ identificou que a sensibilidade moral de enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva pode ser estratificada por seus componentes em três categorias: consciência moral, percepção moral espontânea e motivação benevolente. A consciência moral compreende a ciência pelo enfermeiro dos princípios éticos expressos no código de ética profissional, que se torna o instrumento norteador do diagnóstico de problemas éticos no trabalho e guia da ação ética sobre estes problemas. A percepção moral espontânea reflete a capacidade de reconhecimento pelo enfermeiro das questões éticas que envolvem dada situação, como a definição do problema ético, os sentimentos dos envolvidos nesta situação e, os impactos das ações sobre os envolvidos. Da motivação benevolente participa a vontade do enfermeiro em fazer aquilo que acredita ser correto visando o bem do paciente, sensibilizando-se a partir de valores pessoais.⁽¹⁶⁾

Estes achados corroboram os resultados do presente estudo, no qual também foi possível perceber que os fundamentos da ética benevolente se aplicam à sensibilidade moral

da prática do enfermeiro. Valores e virtudes pessoais que compõem traços da sua identidade foram apontados como norteadores da prática ética, podendo-se citar o respeito, a empatia, a vontade de fazer ao outro como gostaria que fosse feito a si mesmo, e são considerados como um guia para a prática com excelência.⁽¹⁷⁾ Os valores aplicados na ação moral caracterizam o cuidado ético e ainda influenciam sobremaneira as deliberações.^(6,8,18)

A sensibilidade para problematizar as situações que envolvem aspectos éticos aliando valores e virtudes pessoais, os saberes profissionais, estrutura organizacional, relacionamentos em equipe, protocolos, normas e os códigos de ética tornam-se elemento fundamental para a deliberação moral.⁽¹⁵⁾ Tal articulação entre consciência moral, percepção moral espontânea e motivação benevolente permite ao enfermeiro deliberar, traçando soluções prudentes e responsáveis para determinado problema moral⁽¹⁵⁾. Além disso, permite ao profissional transcender os problemas éticos de modo que eles não constituam barreiras ao exercício do cuidado.⁽⁵⁾ Este estudo sobre a sensibilidade moral na prática de enfermeiros de unidade de internação evidenciou a relevância da formação profissional pautada no desenvolvimento de competências e habilidades que permitam aos enfermeiros mobilizar e articular saberes e valores para as tomadas de decisões em seu cotidiano de trabalho.⁽¹⁹⁾ A importância da formação ética do enfermeiro intensivista com vistas a desenvolver competências, valores e sensibilidade moral também foi evidenciada na literatura.⁽⁵⁾

O compromisso ético do enfermeiro em garantir o cuidado e a defesa do paciente expressou-se em sua prática. Estudos apontam que, relacionando-se ao cuidado e à defesa do paciente em suas singularidades, o papel principal do trabalho do enfermeiro tem, em sua essência, relação direta com a moral e a atividade fundamental da enfermagem pode ser vista na defesa do paciente.^(20,21)

O exercício da advocacia do paciente expressa a ética neste cenário, e se configura como um objetivo do trabalho do enfermeiro frente ao cuidado.⁽²²⁾ A advocacia se constitui por um conjunto de práticas que envolvem esforços do profissional para garantir os interesses dos pacientes, no âmbito dos seus direitos, no acesso à informação para tomada de decisões sobre sua saúde, no alcance de bens e serviços necessários ao seu cuidado.^(15,21,23) A defesa do paciente com dor, ou em cuidados paliativos, como apontado nos resultados deste estudo, foi relacionada como campo de práticas de advocacia pelo enfermeiro também em outro estudo.⁽²⁰⁾

Esta ação potencializa-se por meio do modelo de cuidados de enfermagem adotado, que aproxima o enfermeiro da assistência e do reconhecimento das necessidades dos pacientes

sob seus cuidados, contribuindo ainda com o desenvolvimento da sensibilidade moral destes enfermeiros.

No entanto, os dados apontam que não basta somente a vontade do enfermeiro para concretizar o trabalho da forma que julga mais adequada. Fatores inerentes ao relacionamento interpessoal e à organização do trabalho atravessam a prática, muitas vezes oferecendo barreiras para as deliberações conforme seu julgamento moral, culminando na vivência de distresse moral pelo enfermeiro⁽⁷⁾.

O distresse moral acontece em meio a “microespaços de poder em que a prática profissional é desenvolvida”,^(21:4) ambiente em que se dão as relações e onde os sujeitos envolvidos têm a possibilidade de deliberar sobre problemas morais cotidianos. Nestes microespaços oportunizam-se situações conflituosas que se relacionam à dinâmica do trabalho no contexto organizacional, capazes de fragilizar as práticas éticas no contexto do trabalho.⁽⁷⁾

Tendo em vista os depoimentos, emergiram situações conflituosas que fragilizam as práticas éticas e ampliam os desequilíbrios nas relações de poder entre os membros da equipe (principalmente entre médicos e enfermeiros), a indefinição das atribuições da equipe de enfermagem e a ausência de comunicação efetiva no contexto do trabalho. Isoladas ou em conjunto, percebeu-se que estas barreiras inviabilizam o exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro, sendo esta uma situação geradora de distresse moral.⁽²¹⁾

No campo dos desequilíbrios das relações de poder, os enfermeiros afirmam que o saber médico norteia o cuidado no CTI deste estudo, razão pela qual se percebem submissos ao trabalho médico. Relatam ainda ter sua autonomia e seu conhecimento científico cerceado e seu trabalho reduzido ao cumprimento de prescrições, o que é apontado como situação não ética pelos enfermeiros e geradora de distresse moral.^(7,9,10) Constrói-se na disputa de poder um campo de conflitos éticos,^(7,24) posto que nem todos os saberes dos membros da equipe são valorizados nas deliberações dos problemas ético-morais emergentes.

No entanto, vale ressaltar, conforme apontado em estudo sobre deliberações morais do enfermeiro frente a internação por ordem judicial⁽¹⁵⁾, que há diferenças na natureza do trabalho médico e de enfermagem. A prática médica direciona-se ao que deve ser feito para a cura da doença, utilizando-se de todas as possibilidades terapêuticas. Já a prática da enfermagem, direcionada ao cuidado e ao atendimento das necessidades do paciente, volta-se ao relacionamento, à proximidade e à advocacia e, muitas das vezes, oferece subsídios para a discussão de até onde deve ir o investimento terapêutico, sem que haja obstinação⁽¹⁵⁾.

Os dados revelados nesta pesquisa corroboram com o que foi elucidado em outro estudo⁽¹⁵⁾ sobre a natureza do trabalho dos enfermeiros. Foi possível perceber que a insensibilidade para o reconhecimento da natureza das profissões limita a autonomia delas e o impedimento de os enfermeiros se manifestarem por meio do diálogo com a equipe, gera distresse moral em face da impossibilidade de agir conforme seu julgamento moral. A disputa de poder é geradora de conflitos éticos e pode ser mobilizada pela falta de coesão entre a equipe e pelo desconhecimento do papel do outro no contexto do trabalho.⁽²⁴⁾

Ressalta-se que exercer a advocacia pressupõe assumir uma posição que pode ser geradora de conflitos entre os membros da equipe, uma vez que potencialmente desvela diferentes opiniões acerca do melhor cuidado ao paciente, desequilibrando relações de poder, “especialmente entre a medicina e a enfermagem”.^(23:3)

Os enfermeiros deste estudo referem que desempenham atividades assistenciais diretas a beira leito do paciente, conforme estabelecido pela reorganização do modelo assistencial de enfermagem proposto pela EBSEH e percebem que esta posição qualifica o cuidado e potencializa o exercício da advocacia do paciente. No entanto, também percebem que os demais membros da equipe não reconhecem as atividades assistenciais a beira leito que desenvolvem como diferenciais para o cuidado qualificado, relacionando-a a atividades menores, que em outros tempos eram realizadas somente por técnicos de enfermagem.

Neste caso, a divisão do trabalho gerencial e assistencial do enfermeiro ganha aspectos sociais e políticos, visto que alcança a dimensão da autonomia profissional.⁽²⁵⁾ Aos enfermeiros que exercem atividades majoritariamente assistenciais não é acessível a participação nas discussões em equipe, o que gera sentimentos de invisibilidade e desvalorização. Tal invisibilidade torna sua prática desacreditada perante à sociedade e seus pares, influenciando a qualidade do cuidado, a ética e a motivação dos enfermeiros.⁽⁹⁾

Aliada a este fato, há a manifestação pelos enfermeiros entrevistados da percepção da ausência do papel da coordenação na defesa dos enfermeiros e de sua autonomia. De tal modo, percebem-se deslocados da prática, limitados para interferirem nos processos deliberativos que envolvem o cuidado, havendo indícios de que suas deliberações morais sobre os problemas definidos no cotidiano permaneçam estagnadas ou não se concretizem.

A autonomia do enfermeiro deve ser garantida na prática, tendo em vista que a enfermagem é uma profissão legitimada pelas leis de exercício profissional nas quais se pode citar a Lei 74.98/86 e o Decreto 94.406/87, e pela construção histórica e social da profissão, pautada em formação científica sólida, robusta, crítica e reflexiva.⁽²⁵⁾

A percepção de invisibilidade do trabalho pelo enfermeiro manifesta-se em outro obstáculo à prática ética, apontado nos resultados, que se refere à falta de comunicação efetiva entre os membros da equipe multiprofissional, bem como entre a equipe e os pacientes e familiares.

Destacam-se situações nas quais informações essenciais aos pacientes não são comunicadas, principalmente quando do planejamento do cuidado ou da limitação da assistência terapêutica pela gravidade e irreversibilidade do quadro clínico. Especialmente essas situações são geradoras de distresse moral ao enfermeiro, pois, reconhecendo-as como problema moral, não conseguem intervir nelas como julgam correto devido à barreira comunicativa existente.

No campo das comunicações, os resultados evidenciam a presença de prescrições médicas que acontecem verbalmente e a omissão das iatrogenias do cuidado, julgadas como práticas não éticas pelos enfermeiros. A falta de comunicação, dentre outros fatores, é apontada em estudo⁽²¹⁾ como situação cotidiana no trabalho do enfermeiro que reflete na vivência de sentimentos deletérios, tais como a impotência em atender às necessidades dos pacientes, culminando na sensação de angústia e insatisfação.

Fica claro que o conjunto das barreiras organizacionais, de relacionamento e de comunicação que se apresentam no trabalho geram dificuldades para o enfermeiro deliberar em conformidade com seu julgamento moral em sua prática, gerando distresse moral neste profissional, principalmente quando da impossibilidade de exercer a advocacia do paciente.

Importa destacar a relevância da organização institucional no que tange aos resultados deste estudo. É papel da organização delinear o curso do trabalho das equipes profissionais, oferecendo suporte para a redução dos agentes estressores, fomento da autonomia e do diálogo, garantia de estrutura e insumos suficientes para a prática, mobilizando a coesão da equipe em prol do cuidado qualificado.⁽²⁶⁾ Pelos resultados, percebeu-se que há lacunas na organização do trabalho do enfermeiro que fomentam a emergência de problemas morais advindos das tensões concorrentes entre a lógica da prática do enfermeiro e a lógica institucional que ainda supervaloriza o saber médico na condução terapêutica dos casos clínicos.

Os achados deste estudo corroboram os dados apontados por outro estudo que menciona que dentre as principais barreiras organizacionais para o exercício da advocacia pelo enfermeiro destacam-se a relação com a equipe médica, falta de tempo pela elevada

carga de trabalho, comunicação inefetiva com o paciente ou com a equipe multiprofissional, impotência e falta de autonomia do enfermeiro.⁽²³⁾

Os sentimentos manifestos pelos enfermeiros que se relacionam à vivência do distresse moral no trabalho, tais como incômodo, frustração, angústia, invisibilidade, expressam a insatisfação do profissional frente ao trabalho e, portanto, remetem à importância de se buscar alternativas para o enfrentamento do distresse moral por meio da construção de espaços de práticas éticas mais expressivas neste cenário.

Neste sentido, os resultados permitiram reafirmar que o fortalecimento de discussões sobre prática ética em momentos de educação em serviço, bem como a sua ampliação durante a graduação é uma estratégia positiva para o reconhecimento de situações éticas no cotidiano, desenvolvimento de valores morais, qualificação das condutas profissionais e enfrentamento ao distresse moral, refletindo positivamente sobre o cuidado prestado pelo enfermeiro em centros de terapia intensiva.⁽²²⁾

Portanto, sugere-se a adoção de momentos de discussão entre os profissionais, com o objetivo de estreitar vínculos, fomentar o diálogo entre a equipe, a gestão e os usuários do serviço. Tais atitudes podem repercutir positivamente sobre o cuidado prestado, bem como reduzir o sofrimento moral entre os profissionais, culminando em um espaço de maior expressão ética.

Ainda, é preciso desenvolver estratégias para aproximar os valores profissionais aos valores organizacionais, de modo que a vivência do cuidado pelo enfermeiro aconteça em um espaço mais ético, que considere a excelência da prática e as subjetividades que envolvem o ato de cuidar.⁽¹⁷⁾

Os resultados deste estudo possibilitaram explorar um fenômeno específico relacionado a enfermeiros de um centro de terapia intensiva de um único hospital que adota o modelo global de cuidados como modelo assistencial de enfermagem. Deste modo, mais estudos devem ser conduzidos para que estas questões também possam ser exploradas em outros espaços de trabalho do enfermeiro. Salienta-se, no entanto, que, considerando a ética como inerente à prática do enfermeiro, os resultados desta investigação podem aplicar-se, subsidiando discussões acerca da construção de relações éticas que vislumbram o cuidado ao paciente considerado como o objetivo do fazer em saúde.

4.2.6 Conclusão

O estudo permitiu compreender as expressões da ética e do distresse moral na prática do enfermeiro intensivista, relacionando-se principalmente ao cuidado e às relações que se estabelecem no contexto do trabalho.

A advocacia do paciente se mostrou como a forma mais expressiva da ética no trabalho do enfermeiro, denotando seu compromisso perante o cuidado de excelência e com a defesa das necessidades do paciente. Em contraponto, notou-se que fatores intervenientes como a falta de clareza quanto à natureza do trabalho e às atribuições de cada membro da equipe multiprofissional, os desequilíbrios nas relações de poder, bem como a falta de comunicação entre a equipe multiprofissional, desencadearam um ambiente propício à emergência de problemas morais, cujos desfechos apontaram para lacunas na prática ética.

Importa considerar que, principalmente em face da impossibilidade de exercer a advocacia do paciente, foram reveladas situações de vivência de distresse moral pelos enfermeiros, inclusive com marcas residuais desta vivência sobre eles próprios.

4.2.7 Referências

- 1 - Foucault M. [The ethics of self-care as a practice of freedom]. In: [Sayings & Writings V - Ethics, Sexuality, Politics]. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. Portuguese.
- 2- Berger PL, Luckmann T. [Society as a reality]. In [The social construction of reality treatise on the sociology of knowledge]. Petrópolis, Editora Vozes, 1973. Portuguese.
- 3 – Pivoto FL, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Silva PA. [Organization of work and the production of subjectivity of the nurse related to the nursing process]. Esc Anna Nery. [Internet]. 2017 [Cited 2020 Apr 19];21(1):e20170014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eann/v21n1/1414-8145-eann-21-01-e20170014.pdf>. Portuguese.
- 4 - Ramos FRS, Barlem ELD, Brito MJM, Vargas MAO, Schneider DG, Brehmer LCF. [Conceptual framework for the study of moral distress in nurses]. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2016 [Cited 2020 Jan 15]; 25(2):e4460015. Available from: https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-4460015.pdf. Portuguese.
- 5- Schallenberger CD, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Rocha LP, Dalmolin GL, Pereira LA. [Moral sensitivity components identified among nurses from Intensive Care Units]. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2019 [Cited 2020 Mar 12];72(Suppl 1):4-11. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Portuguese.
- 6 - Nora CRD, Deodato S, Vieira MMS, Zoboli ELCP. [Elements and strategies for ethical decision-making in nursing]. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2016 [Cited 2020 Mai 05]; 25(2):e4500014. Available from:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200503. Portuguese.

7 - Lluch-Canut T, Sequeira C, Falcó-Pegueroles A, Pinho JA, Rodrigues-Ferreira A, Olmos JG et al. Ethical conflicts and their characteristics among critical care nurses. *Nursing Ethics*. 2019;1–17.

8 - Nascimento ERP, Gulini JEHMB, Minuzzi AP, Rasia MA, Danczuk RFT, Souza BC. [Intensive care unit nursing relationships in the view of Paterson and Zderad]. *Rev enferm UERJ*. 2016; 24(2):e5817. Portuguese.

9 - Caram CS, Peter E, Brito MJM. [Invisibility of the self: Reaching for the telos of nursing within a context of moral distress]. *Nursing Inquiry*. 2018;e12269.

10 - O'Connell CB. [Gender and the experience of moral distress in critical care nurses]. *Nursing Ethics* 2015; 22(1):32–42.

11 - Ramos FR, Barth PO, Schineider AMM, Cabral AS, Reinaldo JS. [Effects of moral distress on nurses: integrative literature review]. *Cogitare Enferm*. [Internet] 2016 [Cited 2020 Apr 29]; 21(2): 01-13. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45247/28569>. Portuguese.

12 - Ramos FRS, Barth PO, Brito MJM, Caram CS, Silveira LR, Brehmer LCR et al. [Sociodemographic and work-related aspects of moral distress in Brazilian nurses]. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2019 [Cited 2020 Apr 29]; 32(4):406-15. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v32n4/1982-0194-ape-32-04-0406.pdf>. Portuguese.

13 - Bardin L. [Content analysis]. Lisboa: Edições 70. 2016. Portuguese.

14 - Amiri E, Ebrahimi H, Vahidi M, Jafarabadi A, Areshtanab N. [Relationship between nurses' moral sensitivity and the quality of care]. *Nurs Ethics*. 2018; 26 (4):1265-1273.

15 - Luz KR, Vargas MAO, Barlem ELD, Schineider DG, Neves FB. [Moral deliberation of nurses facing hospitalization by court order]. *Rev. Enferm. UFSM*. [Internet]. 2019 [Cited 2020 Apr 28]. 9(e27):1-20. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/35033/pdf>. Portuguese.

16 - Boonyamanee B, Suttharangsee W, Chaowalit A, Parker ME. [Exploring moral sensitivity among Thai psychiatric nurses]. *Songklanagarind J Nurs* [Internet]. 2014 [Cited 2020 Apr 24]; 34(1):35-43. Available from: <https://www.nur.psu.ac.th/journal/file/98file2733.pdf>.

17 - Caram CS, Brito MJM, Peter E. [Hospital accreditation: excellence as a source of moral distress for nurses]. *Enferm. Foco* [Internet] 2019 [cited 2020 jul 18]; 1 (1): 31-35. Available from: [file:///C:/Users/user/Downloads/1868-7235-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/1868-7235-1-PB%20(2).pdf). Portuguese.

18 - Barlow NA, Hargreaves J, Gillibrand WP. [Nurses' contributions to the resolution of ethical dilemmas in practice]. *Nursing Ethics*. 2017. 25 (2): 230-242.

- 19 - Moreira DA, Ferraz CMLC, Costa IP, Amaral JM, Lima TT, Brito MJM. [Professional practice of nurses and influences on moral sensitivity]. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet] 2019 [Cited 2020 Apr 26]; 40:e20190080. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/99807/55893>. Portuguese.
- 20 - Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Ramos AM, Santos JM. [Actions of nurses in the exercise of patient advocacy: an Integrative review]. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2018 [Cited 2020 Mai 18]; 27(2):e0730014. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000200501&script=sci_arttext&tlng=en. Portuguese.
- 21 - Barlem ELD, Ramos FRS. [Constructing a theoretical model of moral distress]. *Nurs Ethics.* 2014; 22 (5): 608-15.
- 22 - Monroe HA. [Nurses' professional values: Influences of experience and ethics education]. *J Clin Nurs.* 2019; 28:2009–2019.
- 24 – Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Ramos AM, Piexak DR. [Patient advocacy in nursing: barriers, facilitators and possible implications]. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2017 [Cited 2020 Jan 12]; 26(3):e0100014. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e0100014.pdf>. Portuguese.
- 25 - Montenegro LC, Rennó HMS, Caram CS, Brito MJM. [Ethical issues in the practice of health professionals in a school-hospital]. *Av. Enferm.* [Internet] 2016 [Cited 2020 Apr 14]; 34(3):226-35. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n3/v34n3a03.pdf>. Portuguese.
- 26 - Bellaguarda MLR, Padilha MI, Pereira Neto AF, Pires D, Peres MAA. [Reflection on the legitimacy of the autonomy at nursing in the field of the health professions in the light of Eliot Freidson's ideas]. *Esc Anna Nery (impr.)*. [Internet]. 2013 [Cited 2020 Apr 12]; 17 (2):369 – 374. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a23.pdf>. Portuguese.
- 27 - Ferreira GB, Aragão AEA, Oliveira PS. [Burnout Syndrome in hospital/intensive nursing care: what do the studies say?]. *Sanare* [Internet]. 2017 [cited 2020 jul 17]; 16(1): 100-108. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1100/611>. Portuguese.

4.3. ARTIGO 3: PROCESSO DE DISTRESSE MORAL DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA: DELIBERAÇÃO, SOFRIMENTO MORAL E ESTAGNAÇÃO DELIBERATIVA

4.3.1 Resumo

Objetivo: Compreender o processo de distresse moral vivenciado por enfermeiros intensivistas de um hospital universitário em Minas Gerais. Método: Pesquisa qualitativa,

descritiva, interpretativa e analítica. Contou com 12 enfermeiros de um Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário em Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, analisados por meio de análise temática de conteúdo. Resultados: Os enfermeiros são sensíveis às questões éticas envolvidas na prática, as quais culminam com o distresse moral e a estagnação deliberativa. Nas oportunidades de concretização da deliberação em conformidade com seus julgamentos morais, estas ocorreram em um processo deliberativo coletivo. Conclusão: As experiências morais integram o trabalho do enfermeiro intensivista, sendo necessário o desenvolvimento de destreza e habilidades específicas por esses profissionais. Fatores protetivos à ética podem ser conduzidos no contexto, tais como a prática colaborativa, visando a aproximação dos membros da equipe multidisciplinar, a discussão para fomento de deliberações morais conjuntas e a redução de situações produtoras de distresse moral e de estagnação deliberativa no enfermeiro.

Descritores: Enfermeiras e Enfermeiros; Ética; Deliberações; Prática profissional

4.3.2 Introdução

O trabalho do enfermeiro em Centros de Terapia Intensiva (CTI) é marcado por singularidades que envolvem o exercício profissional desenvolvido em um ambiente fechado, permeado pela tensão relacionada à iminência de morte, à complexidade dos processos de cuidado, à densidade do conhecimento específico necessário para lidar com os casos clínicos⁽¹⁾.

Neste cenário, as experiências que envolvem questões ético-morais são frequentes e intensas, considerando os aspectos de emergência, gravidade e imediatismo⁽²⁾, exigindo do profissional o desenvolvimento de habilidades para o reconhecimento destas situações e destreza para lidar com elas⁽³⁾.

Ressalta-se que cada pessoa percebe de forma distinta os aspectos ético-morais envolvidos em uma situação e, por consequência, respondem diferentemente à ela⁽⁴⁾. No entanto, responder a uma situação que gera desconforto ético-moral exige do indivíduo um processo reflexivo e deliberativo que busca elencar soluções prudentes e responsáveis para resolver o problema posto, que nem sempre podem ser classificadas como maneiras certas ou erradas, mas sim alternativas possíveis que minimizem danos e maximizem condutas éticas e seguras⁽³⁾.

Trata-se, portanto, de compreender que diante de diferentes percepções sobre um problema ético-moral, diferentes também podem ser as deliberações para a sua resolução, o que pode impactar em conflitos éticos entre os envolvidos, em face da concretização ou não das deliberações éticas individuais.

No percurso da deliberação moral, muitas vezes, o profissional se depara com barreiras que impedem sua atuação em conformidade com seu julgamento moral. Neste contexto, da não concretização da deliberação individual, é possível a existência de sofrimento moral^(5,6).

O conceito de distresse moral foi inicialmente abordado em pesquisas nos Estados Unidos⁽⁶⁾. No Brasil, estudos sobre o tema foram intensificados a partir dos anos 2000, principalmente nos serviços de saúde, em especial no que tange o trabalho do enfermeiro^(4-5,7-12). Estudos apontam que este profissional vivencia com mais intensidade os problemas morais nos serviços de saúde em virtude do contato ininterrupto com o paciente⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Um grupo de pesquisadores brasileiros debruçou-se sobre o tema do distresse moral e desenvolveu um marco conceitual para elucidar a compreensão deste complexo processo que participa da construção do sujeito ético⁽⁵⁾. Para os autores, compreender o processo de distresse moral pressupõe analisá-lo em sua completude, considerando os elementos que se relacionam à identificação de um problema ético, a deliberação moral (ou sua ausência devido a obstáculos diversos) e as consequências da concretização ou não da deliberação sobre o indivíduo⁽⁵⁾.

O processo de distresse moral, deve ser analisado em profundidade e não somente como fenômeno episódico das experiências morais⁽¹¹⁾. O referido processo é produtivo, expressa mecanismos de poder e resistência, permite reflexão, construção e reconstrução permanente de sujeitos, subjetividades e identidades⁽⁴⁾.

Nesta perspectiva, emerge a importância de compreender a vivência do processo de distresse moral nos serviços de saúde, visto que este ambiente é marcado por questões éticas e a prática ética dos profissionais de saúde é prerrogativa essencial para o exercício profissional⁽²⁾.

Portanto, torna-se primordial desvelar o processo de distresse moral nos cenários de trabalho do enfermeiro para que, de fato, profissionais e organizações reflitam sobre suas práticas e encarem os problemas éticos e o distresse moral em sua produtividade, construtora de sujeitos, organizações e relações mais éticas.

O presente estudo busca, à luz de um marco conceitual⁽⁵⁾, compreender o processo de distresse moral vivenciado por enfermeiros do CTI de um hospital universitário de Minas Gerais.

4.3.4 Métodos

4.3.4.1 Tipo do estudo

Pesquisa de abordagem qualitativa, com enfoque descritivo, interpretativo e analítico.

4.3.4.2 Cenário

O cenário deste estudo foi um Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário localizado no estado de Minas Gerais, Brasil. Este cenário foi escolhido intencionalmente, considerando-se as importantes mudanças promovidas no contexto de trabalho do enfermeiro, destacando-se a gestão hospitalar desenvolvida pela EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), que instituiu o modelo de cuidados globais como modelo assistencial de enfermagem e o concurso público destinado a enfermeiros especialistas como forma de admissão no serviço. Com a adoção deste modelo assistencial, o enfermeiro assume integralmente a assistência ao paciente, permanecendo auxiliado pelo técnico de enfermagem, desenvolvendo ininterruptamente o cuidado assistencial direto ao paciente, “a beira leito”. Considerando que estudos apontam que enfermeiros que atuam mais próximos aos pacientes tendem a vivenciar situações éticas com mais frequência,⁽¹⁵⁾ e ainda, que a dinâmica do trabalho do enfermeiro em terapia intensiva pode influenciar e ser influenciada pelos problemas morais⁽¹⁶⁾ a utilização deste cenário justifica-se para fins deste estudo.

4.3.4.3 População

A escolha dos participantes considerou as singularidades existentes entre a organização do trabalho diurno e noturno na instituição hospitalar, definindo-se, portanto, que fossem incluídos no estudo somente enfermeiros que atuassem nos turnos diurnos no CTI. A amostra total contou com 20 enfermeiros que trabalhavam nos períodos diurnos no CTI, dos

quais, 12 enfermeiros aceitaram participar do estudo. Entre aqueles que não participaram do estudo, 6 enfermeiros negaram sua participação após o convite e 2 enfermeiros estavam em gozo de férias regulamentares no período de coleta de dados e, portanto, não foram convidados à participação no estudo.

4.3.4.4 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu em fevereiro de 2016, por meio de entrevista orientada por roteiro semiestruturado, conduzida por pesquisador previamente treinado, que se apresentou ao entrevistado, e elucidou os objetivos, aspectos éticos, e recolheu a anuência. As entrevistas foram realizadas no próprio hospital, em local restrito, em horário previamente agendado, gravadas em aparelho eletrônico e com duração média de trinta minutos. Finalizada a entrevista, o entrevistado pôde ouvi-la na íntegra, para que, achando necessário, modificasse, excluísse ou acrescentasse alguma informação. As entrevistas foram transcritas na íntegra e com vistas a garantir o anonimato dos participantes os depoimentos individuais foram codificados com a sigla Enf, seguido do número da respectiva entrevista – Enf1, Enf2...Enf12.

4.3.4.5 Análise e tratamento dos dados

Os dados foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo⁽¹⁷⁾, considerando os pólos cronológicos da pré-análise do material, a exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A fase de pré-análise consistiu na organização e leitura flutuante do material, com a demarcação dos temas centrais. A exploração do material e o tratamento dos resultados permitiu torná-los significativos e válidos. A última etapa tratou da inferência e interpretação dos dados⁽¹⁷⁾.

Os resultados foram organizados considerando três categorias temáticas: deliberação moral, vivência do distresse moral e estagnação deliberativa. Após sua exploração, foram organizadas em uma única categoria apresentada nos resultados deste estudo.

4.3.4.6 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos expressos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466 de 2012, foi submetida à apreciação ética e aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer nº1.237.831, de 21 de setembro de 2015. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo participar do estudo, cientes dos possíveis desconfortos, riscos e benefícios da pesquisa.

4.3.5 Resultados

Os resultados apontaram que a compreensão de uma situação como problema ético é complexa e envolve vários fatores, tais como a reflexão sobre aspectos legais do cuidado, das necessidades de saúde e dos valores pessoais do paciente e do cuidador.

“Quando você vê um adolescente com leucemia, precisando de hemotransfusão e é Testemunha de Jeová. Eu não sei se entra na questão ética, entendeu?! A lei fala que não podemos interferir no que a mãe quer, ou o paciente, porque sendo menor são os pais que decidem. Pensando na medicina científica, sim tem que transfundir. Pensando na questão do religioso, dos valores morais da pessoa, do próprio paciente, não” (Enf 4).

Embora nem sempre o enfermeiro tenha clareza dos aspectos éticos que configuram a prática, a oferta do melhor cuidado ao paciente se configura como fator motivador de suas deliberações éticas.

“Eu procuro, dentro do meu conhecimento, fazer o melhor para o paciente, desde as coisas básicas como a lavagem de mãos. O que às vezes eu não tenho conhecimento, vou atrás de alguém para pedir orientação, não faço nada sem ter segurança do que eu estou fazendo!” (Enf 2).

“Todo dia tento de alguma forma garantir para o outro que está sofrendo, que depende de mim, o cuidado integral” (Enf 5).

Para tanto, é preciso que o processo deliberativo aconteça considerando a reflexão e a ponderação sobre o caminho mais prudente de resolução do problema moral. Há situações em que a deliberação acontece conjuntamente, por meio da discussão do problema juntamente com a equipe.

“Em uma paciente menor foi constatado abuso físico no domicílio. A gente não deixou que o suposto pai abusador viesse visitar. A equipe se juntou e decidiu para que ele não subisse para a visita. Porque era uma situação de abuso físico e ela tinha doze, treze anos! A equipe concordou que não iria liberar a visita dele e não liberou” (Enf 10).

“Em um tratamento de ferida, por exemplo, eu acho que tem que colocar tal coisa e o colega acha que tem que colocar outra. Às vezes eu aceito, outras vezes penso que não caiu bem do jeito que ele disse, aí ele mesmo tira. Eu fico incomodado, mas, dependendo eu aceito porque muitas vezes não vai ser prejudicial. A gente conversa e faz o que precisa” (Enf 3).

A deliberação moral também se configura como processo no campo individual, no qual o enfermeiro busca alternativas para a consecução da prática do cuidado, dentre as alternativas que lhe são possíveis em face de limitações que se apresentam no cotidiano. Conforme relatado por Enf 2, a busca por alternativas possíveis para conseguir realizar o procedimento necessário se dá a despeito de estar ciente de que a conduta não seja a indicada por protocolos.

“Procuro fazer dentro daquilo que eu acho que não vai infringir demais, embora infringir não pode ser demais ou de menos, é uma infração! Mas, por exemplo, você tem que passar uma sonda nasoesférica, precisa de xilocaína geléia, mas não tem mesmo! E tem uma vaselina estéril ou uma ampolinha de soro fisiológico estéril. Você usa no lugar da xilocaína para hidratar, para ajudar. Então eu não estou deixando de fazer, estou burlando a rotina ideal. Mas dentro da impossibilidade, eu uso outras maneiras que não são as mais adequadas, mas não tem outro jeito. A gente faz isso para fazer a coisa acontecer dentro do que seria, pelo menos, o próximo do ideal” (Enf 2).

Deliberar em favor de seus princípios exige esforço por parte do profissional, implica em discordar, reafirmar, posicionar-se firmemente de modo a alcançar a ação almejada. E nem sempre tem como consequência os resultados esperados.

“Geralmente quando eu não concordo com uma conduta, eu não faço. Já perdi vários cargos e outras coisas por isso, então é questão ética e de valores mesmo! Mas não faço! Se eu não concordo eu tento discutir, tento colocar o meu ponto de vista e se ele não é aceito eu tento mudar e posso até perder algumas coisas por isso” (Enf 5).

No entanto, nem sempre é possível deliberar conforme seu julgamento moral devido a barreiras que se apresentam no processo deliberativo. Conforme mencionado por Enf 10, a

barreira organizacional referente à falta de leitos frente à demanda de pacientes, associada à verticalização da deliberação sobre a remoção dos pacientes entre setores hospitalares inviabiliza o cuidado em conformidade com o modo que acredita ser correto.

“Eles querem subir logo com o paciente só que eu não tenho leito próprio e sabem o paciente mesmo assim. Cria uma situação! Não é porque eu não quero receber ele, mas não tenho leito, então não posso receber! É todo um sistema que às vezes te deixa um pouco estressada” (Enf 10).

O campo das deliberações é também marcado pelas relações de poder desiguais presentes na equipe multidisciplinar. Conforme mencionado por Enf 8, os desequilíbrios nesta relação envolvem a relação médico e enfermeiro e se configuram como barreira para que as deliberações ligadas ao cuidado pelo enfermeiro não se concretizem, possibilitando vivências do sofrimento moral.

“Eu estava recebendo uma paciente jovem no pós operatório imediato, com sonda vesical de demora, em jejum e consciente. O técnico de enfermagem queria colocar a fralda nela, mas eu disse que não precisava. Perguntei para a paciente e ela concordou em não colocar e que se precisasse evacuar pediria a comadre. Outro enfermeiro veio me ajudar e disse que colocaria a fralda, mesmo assim. Nesse período de discussão entre o enfermeiro e eu o médico chegou e perguntou qual era a dúvida. Expusemos a situação e o médico ordenou colocar a fralda. Eu questionei novamente. Aí para não perder a razão, falei que então colocasse a fralda que eu conversaria com ela. Eu era novo na instituição, estava em período de experiência e não sentia autonomia como enfermeiro para poder peitar e falar. Fiquei muito triste, me senti muito desvalorizado nesse ponto, só que eu sabia que aquilo era uma ignorância daqueles profissionais ali” (Enf 8).

Os enfermeiros buscam defender os direitos e atender às necessidades dos pacientes, mas se percebem sem voz no contexto das deliberações da equipe multiprofissional e, portanto, invisibilizados neste cenário.

“Uma vez, o paciente estava com o membro cianótico, má perfusão por trombose, mas ele não tinha a princípio esse diagnóstico. Estava com o membro inferior enfaixado com algodão ortopédico. Tirei o algodão e vi que o paciente estava sem pulso e com o membro muito frio. Chamei o plantonista e passei a situação, e ele me disse para enfaixar o membro novamente. Eu disse que não era só enfaixar, que ele precisava ver o paciente! Ele foi, apalpou, virou as costas e saiu. Eu fui atrás dele no corredor e questionei. Ele disse que chamaria um ultrassonografista para ver. Em menos de uma hora esse paciente estava no bloco cirúrgico para amputar a perna. Passaram dois dias, na corrida de leito, o chefe daqui elogiou o

médico, parabenizando pela mania de ficar fuçando o paciente e descobrir as coisas. Em nenhum momento houve reconhecimento que ali tinha um enfermeiro que identificou uma necessidade, que buscou solucionar o problema do paciente! Essas coisas vão te deixando cada vez mais desmotivado, e as críticas são sempre ruins, nunca há uma crítica construtiva, nunca houve aqui uma crítica construtiva por parte deles e as críticas são sempre destrutivas. Isso é um problema, a gente é invisível” (Enf 1).

A insatisfação frente à desvalorização do trabalho é reforçada por Enf 12, face às reações negativas que, muitas vezes, a equipe médica manifesta por meio das considerações clínicas feitas pelos enfermeiros.

“A fala que a gente ouviu: ‘enfermeiro vem toda hora aqui interromper essa passagem de plantão’ ou então as discussões dos casos aqui, a gente está tentando fazer as evoluções, vocês vêm aqui toda hora por nada!’ Será que não posso comunicar que uma paciente está com diarreia, que está toda assada? Vou ali falar porque precisa! Você vai ouvir um não! Você não quer ouvir um não toda hora, você não quer ouvir um ‘espera um pouco’, tenho coisa importante para falar! Então, acho que fui ali porque é preciso ser falado” (Enf 12).

Os enfermeiros acreditam que o modelo assistencial de enfermagem neste cenário corrobora para que os demais membros da equipe multidisciplinar desvalorizem seu saber, pois desenvolvendo um trabalho majoritariamente técnico que é percebido como menor aos olhos da equipe, não participam com igualdade das discussões, planejamentos e avaliações do cuidado.

“Tem a questão de estarmos à beira do leito fazendo funções que deveriam estar com outro profissional porque são muito básicas. Você gasta o seu tempo com coisas muito básicas e acaba que não tem como estar implantando outra coisa! Então, vou dar um exemplo básico, a higiene bucal do paciente o enfermeiro tem que fazer conforme está no protocolo. Esse pequeno procedimento poderia estar outra pessoa fazendo e nós estarmos, por exemplo, implantando um programa de humanização da assistência de enfermagem, discutindo com a equipe os casos, gerenciando o cuidado! Acaba que a gente fica muito frustrado com isso, porque a gente vira muito operacional, muito fazedor de tarefas e ninguém valoriza a gente por isso. Essas coisas que a gente aprendeu lá na faculdade que são tão essenciais e importantes no serviço, a gente não consegue implantar, porque não tem tempo nem de tomar um café, muito menos de parar para pensar e colocar num papel os projetos e programas necessários” (Enf 11).

Para os enfermeiros, seu trabalho poderia ser melhor, menos automatizado e mais comunicativo.

“Eu acho que o trabalho do enfermeiro poderia ser melhor, é aquela coisa muito corrida, muito no automatismo. Às vezes a pressão de que você precisa liberar o paciente rápido, daqui a pouco tem outro para entrar, então essa pressão que muitas vezes que até é por uma falta de organização, falta de comunicação” (Enf 2).

“Eu deveria ter um olhar mais científico, porque na prática do dia a dia a gente esquece um pouco isso. A gente fica tão atarefado, tão automatizado, que esquece um pouco de olhar por completo a situação” (Enf 10).

Os dados apontam que o sofrimento moral experimentado pelo enfermeiro em face da impossibilidade de agir conforme seu julgamento moral manifesta-se de vários modos, desde a angústia, a insatisfação, a frustração, até em formas mais graves como choro e isolamento.

“Já aconteceram várias situações de colega sair daqui chorando ou entrar no banheiro e ficar chorando cinquenta minutos por ter sido humilhado, por ter sido destrutado no meio de várias pessoas, porque isso é uma questão, uma falta de ética profissional. Quando a gente fala para conversar, a gente vê que é muito devido a essa centralização da assistência em um profissional, então ele tende a humilhar, destratar os outros profissionais, porque ele acha que é o pico da atenção e que os outros não tem importância nenhuma, os outros estão ali por acaso e ele está ali porque ele é o mais importante, ele que vai resolver tudo mesmo, só ele sabe como cuidar do paciente. Não adianta a gente falar, ou querer participar! Essa equipe já sofreu muito, alguns expressam isso no local de trabalho, outros não, expressam fora né, em confraternizações, reuniões” (Enf 11).

Nos depoimentos emergiram sinais da estagnação deliberativa pelo enfermeiro, que podem estar relacionados à intensidade e frequência das vivências de sofrimento moral.

“Hoje em dia, eu costumo dizer que a gente se acostumou, mas se acostumou de uma forma muito negativa, porque se no princípio a gente queria participar das discussões clínicas, discutir com o médico e mostrar a que viemos e que nosso foco principal era de fato o paciente, hoje a gente prefere se afastar. Você é um beija flor carregando água no bico para apagar o fogo. Esses beija flores uma hora eles vão cansar” (Enf 1).

“Quando eu cheguei aqui, cheguei com muitas expectativas! Hoje eu vou ser sincera com você eu não tenho feito nada para mudar isso, porque eu já estou tão cansada vendo que nada deu resultado, que aí, agora, também tanto faz” (Enf 12).

Para eles, é preciso que o enfermeiro se reconheça como profissional, bem como os demais membros da equipe reconheçam o papel que ele desempenha para que haja maior valorização do trabalho neste cenário.

“Como enfermeiro é o posicionamento da gente que eu acho que pode trazer mudanças. É a gente se ver como profissional, como o médico é um profissional, o fisioterapeuta, eu também sou um profissional, independente do que eu faça. Se eu sou um assistencial, se eu sou um gestor, eu sou um profissional enfermeiro! Eu tenho um conhecimento e estou aqui por minha capacidade para cuidar do outro! Tenho que ter esse papel definido e reconhecido” (Enf 2).

4.3.6 Discussão

Situações que exigem o posicionamento ético do enfermeiro são constantes no cotidiano de trabalho em saúde. Portanto, é necessário que o profissional seja sensível, reconheça e identifique estas situações, mobilizando sentimentos de estranhamento e inquietação quanto à forma mais correta de agir em face do problema ético-moral⁽⁵⁾.

Conforme relatos do presente estudo percebeu-se que os problemas morais vivenciados pelos enfermeiros têm origem multifatorial, e relacionam-se com as condutas assistenciais, bem como com os desequilíbrios nas relações de poder entre os membros da equipe. Ademais, a defesa do cuidado é motivadora de deliberações por parte do enfermeiro. Ao buscar a melhor técnica para o procedimento, ao tentar garantir a integralidade da assistência em face da necessidade de saúde do paciente, ao exigir a avaliação médica diante de alterações clínicas detectadas, dentre outros exemplos citados pelos participantes do estudo, o enfermeiro reafirma seu compromisso ético como cuidado de excelência, advogando em favor do paciente.

A advocacia do paciente feita pelo enfermeiro é descrita na literatura como o exercício da defesa dos direitos dos pacientes, garantindo-lhe o cuidado de qualidade que atenda às suas necessidades, sendo ainda concebida como um dos principais componentes da prática de enfermagem^(13, 18-19).

No entanto, nem sempre é possível exercer esta advocacia, devido aos desequilíbrios nas relações de poder existentes neste cenário, destacando-se o que ocorre entre médicos e enfermeiros. Neste aspecto, evidenciou-se que este desequilíbrio se manifesta por uma estrutura hierárquica verticalizada, na qual o saber médico define os rumos dos processos de cuidado no contexto da equipe multiprofissional, fragmentando as ações, desnivelando

planejamento e execução do cuidado, bem como distanciando os profissionais que participam de cada etapa desses processos.

Evidências encontradas na literatura especializada coincidem com os achados do presente estudo quando afirmam que o desequilíbrio nas relações de poder e relações majoritariamente hierárquicas no contexto de trabalho em equipe são geradoras de sofrimento moral, ampliando sentimentos de invisibilidade e falta de autonomia para tomada de decisão⁽¹⁴⁾.

Os enfermeiros deste estudo acreditam que a organização do trabalho da enfermagem contribui para esta situação. Se por um lado a assistência à beira do leito aproximou o enfermeiro da apropriação do cuidado por meio do conhecimento das necessidades de saúde do paciente, por outro lado afastou-o do fazer crítico e analítico. Isto porque, desempenhando atividades assistenciais majoritariamente técnicas e, como consequência da grande demanda de atividades, realizam seu trabalho com automatismo, sem o devido tempo de cumprir as atividades que lhes são privativas relacionadas à gestão do cuidado e sem participar ativamente das discussões em equipe.

Deste modo, a sobrecarga de trabalho, com conseqüente automatização dos processos, se conforma como barreira para o exercício do trabalho pelo enfermeiro conforme acredita ser correto. Estes dados sugerem a existência do distresse moral entre os enfermeiros, que se manifesta na expressão de desmotivação, frustração, angústia, tristeza, sensação de invisibilidade, corroborando com os achados sobre as manifestações do distresse moral em outros estudos^(4-5,20).

Emergiram ainda, nos resultados, indícios da estagnação dos processos deliberativos pelos profissionais, que podem estabelecer-se por consequência da vivência do sofrimento moral acumulado ao longo do tempo de trabalho⁽⁴⁾.

A estagnação deliberativa é improdutiva e produz repercussões identitárias importantes sobre o indivíduo, visto que este se afasta do pensar o fazer, mantendo-se acrítico e reproduzindo condutas automatizadas⁽⁴⁾. Esta estagnação deliberativa deve ser combatida na organização, buscando-se estratégias de enfrentamento a ela e ao distresse moral.

No entanto, é relevante considerar os processos deliberativos relatados pelos enfermeiros nos quais a discussão do caso foi considerada para a concretização do cuidado, possibilitando aos envolvidos a exposição de suas concepções acerca da situação, viabilizando a reflexão e o diálogo.

Compreendendo o processo de distresse moral como processo formador do sujeito ético, considera-se que este pode ser produtivo e fonte de resistência, haja vista que estimula a reflexão e a deliberação moral em face das situações vivenciadas no cotidiano⁽⁴⁾.

Apreende-se, portanto, que um fator protetivo às deliberações é a prática compartilhada, no qual cada membro da equipe, com sua visão de mundo e sensibilidade, expõe seu ponto de vista e, conjuntamente, são estabelecidos caminhos possíveis e prudentes de resolução do problema posto.

Este comportamento se aproxima da definição teórica da deliberação moral que a considera como processo intelectual, racional, que visa buscar decisões concretas pautadas na prudência, que se caracteriza pela valorização daquilo que envolve o problema, buscando soluções razoáveis⁽²¹⁾.

A deliberação moral pode conduzir-se coletivamente, não sendo somente um atributo individual⁽²²⁾. Para tanto, deve-se considerar o compartilhamento de concepções morais e o pensamento conjunto para se construir coletivamente uma conduta eticamente prudente e responsável⁽²³⁾.

Deliberar exige o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes éticas que envolvem o respeito, empatia, saber ouvir e analisar os diversos pontos de vista envolvidos. Inclusive, trata-se de um movimento que requer o desenvolvimento de autoanálise e autoconhecimento^(15,21).

De tal modo, fomentar a prática colaborativa no trabalho, que se caracteriza por uma ação interprofissional compartilhada, na qual os valores, conhecimentos e pontos fortes de cada profissional são considerados a fim de qualificarem a deliberação, buscando promover melhorias nos resultados de saúde e excelência no cuidado prestado, qualifica-se como ferramenta de enfrentamento ao sofrimento moral⁽²⁴⁾, e pode ser de extrema relevância neste contexto para dirimir as ambiguidades do trabalho neste cenário.

Acredita-se que, por meio do desenvolvimento da prática colaborativa, condições de enfrentamento à estagnação deliberativa e ao distresse moral seriam fomentadas no espaço de trabalho. A colaboração promoveria também a participação mais ativa dos profissionais nas discussões para as tomadas de decisão em equipe, o aumento da percepção sobre a finalidade das estratégias terapêuticas e maior autonomia profissional⁽¹⁶⁾.

4.3.7 Conclusão

As experiências morais apresentam-se cotidianamente no trabalho do enfermeiro no centro de terapia intensiva, exigindo do profissional o desenvolvimento de habilidades para lidar com elas e com os problemas morais inerentes a estas experiências.

A capacidade deliberativa do enfermeiro é influenciada por vários fatores, sendo eles internos, relacionados à sua identidade e formação moral, bem como por fatores externos, que se relacionam à organização, às relações interpessoais e de poder. Neste campo, evidenciou-se que nem sempre é possível ao enfermeiro deliberar em conformidade com seus preceitos ético-morais, principalmente no tocante ao impedimento do exercício da advocacia do paciente e aos desequilíbrios nas relações de poder no contexto do trabalho, desencadeando-se a vivência do sofrimento moral.

Acredita-se que a prática colaborativa pode se constituir como uma ferramenta para a mitigação das barreiras deliberativas desencadeadoras do sofrimento moral, por permitir que se construa um ambiente dialógico, subsidiado pela política organizacional, de respeito entre os profissionais, de valorização dos saberes e práticas e compartilhamento de informações.

De tal modo, seriam possíveis deliberações compartilhadas entre os membros da equipe multiprofissional, considerando possibilidades mais prudentes, corresponsáveis e éticas neste contexto. Salienta-se que a identificação do problema moral é um processo individual, no entanto, a deliberação moral pode conduzir-se individual ou conjuntamente, vislumbrando o melhor curso de ação possível.

Entende-se que ao deliberar conjuntamente, permitir-se-ia o desenvolvimento de um ambiente favorável ao exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro, refletindo positivamente nos sentimentos de pertença e visibilidade deste profissional perante a equipe, reduzindo os danos advindos do sofrimento moral da impossibilidade deliberativa.

Como limitações deste estudo, ressalta-se a impossibilidade de replicação dos resultados para além do presente cenário, considerando a natureza qualitativa da pesquisa abordada, bem como as condições da organização do trabalho do enfermeiro evidenciadas neste espaço. Talvez cenários em que os arranjos organizacionais do trabalho do enfermeiro estruturarem-se de modo diferente oportunizem diferentes resultados acerca do tema.

4.3.8 Referências

- 1 - Page P, Simpson A, Reynolds L. Bearing witness and being bounded: The experiences of nurses in adult critical care in relation to the survivorship needs of patients and families. *J Clin Nurs.* 2019; 28:3210–3221. DOI: 10.1111 / jocn.14887
- 2 – Luz KR, Vargas MAO, Barlem ELD, Schneider DG, Neves FB. Deliberação moral de enfermeiros frente à internação por ordem judicial. *Rev. Enferm. UFSM - REUFSM.* 2019; 9(27):1-20. DOI: 10.5902/2179769235033
- 3 - Zoboli ELCP; Schveutzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2019 Nov 14]; 21(3):695-703. Available at: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf
- 4 – Ramos FR, Barth PO, Brito MJ, Caram C, Silveira LR, Brehmer LC, et al. Sociodemographic and work-related aspects of moral distress in Brazilian nurses. *Acta paul. enferm.* 2019; 32(4):406-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900056>
- 5 - Ramos FRS, Barlem ELD, Brito MJM, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LCF. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. *Texto contexto enferm.* 2016;25(2):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004460015>
- 6 - Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issues.* Prentice-Hall: EnglewoodCliffs; 1984.
- 7 - Barth PO, Ramos FRS, Barlem ELD, Dalmolin GL, Schneider DG. Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018;26:e3010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2227.3010>
- 8 - Schaefer R, Zoboli ELCP, Vieira M. Sofrimento moral em enfermeiros: descrição do risco para profissionais. *Texto Contexto Enferm.* 2018; 27(4):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004020017>
- 9 - Ramos FRS, Barlem EL, Brito MJM, Vargas MAO, Schneider DG, Brehmer LCF. Construção da escala brasileira de distresse moral em enfermeiros – um estudo metodológico. *Texto Contexto Enferm.* 2017; 26(4):e0990017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000990017>
- 10 - Silvino MCS, Wakiuchi J, Costa JR, Ribeiro AL, Sales CA. Vivências do sofrimento moral na equipe de enfermagem. *Rev enferm UFPE.* 2016;10(3):1054-62. DOI: 10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201615
- 11 - Ramos FR, Barth PO, Schneider AMM, Cabral AS, Reinaldo JS. Effects of moral distress on nurses: Integrative literature review. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2016 [cited 2020 mai 12]; 21(2):01-13. Available at: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/686/45247-182430-1-pb.pdf>
- 12 - Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2009; 62(4):599-603. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400018>

- 13 - Barlem ELD, Ramos FRS. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nursing Ethics*. 2014. 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733014551595>
- 14 - Prompahakul C; Epstein EG. Moral distress experienced by non-Western nurses: An integrative review. *Nursing Ethics*. 2019; 20(10): 1-18. DOI: 10.1177 / 0969733019880241
- 15 – Nora CRD, Deodato S, Vieira MMS, Zoboli ELCP. Elements and strategies for ethical decision-making in Nursing. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(2):e4500014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- 16 – Lluch-Canut T, Sequeira C, Falcó-Pegueroles A, Pinho JA, Rodrigues-Ferreira A, Olmos JG, et al. Ethical conflicts and their characteristics among critical care nurses. *Nursing Ethics*. 2019;1–17. DOI: 10.1177/0969733019857785
- 17 - Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.
- 18 – Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Ramos AM, Piexak DR. Advocacia do paciente na enfermagem: barreiras, facilitadores e possíveis implicações. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(3):e0100014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201700010001>
- 19 - Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Ramos AM, Santos JM. Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*. 2018; 27(2):e0730014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000730014>
- 20 - Costa MR, Guimarães ITR, Baliza MF, Bousso RS, Poles K. Moral suffering of nurses, in end-of-life situations, in intensive therapy units. *Rev enferm UFPE*. 2017; 11(Supl. 9):3607-16. DOI: 10.5205/reuol.10620-94529-1-SM.1109sup201714
- 21 - Zoboli E. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. *Revista Bioethikos* [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 15]; 6(1):49-57. Available from: http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Varias_Diversidade.pdf
- 22 – Pose C. *Lo bueno y lo mejor: introducción a la bioética médica*. Madrid: Editorial Triacastela; 2009.
- 23 – Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 18-23. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)71998-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71998-7)
- 24 - Caram CS, Rezende LC, Brito MJM. Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. *REME – Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 20]; 21:e-1070. Available at: [file:///C:/Users/SAUDE03/Downloads/e1070%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/SAUDE03/Downloads/e1070%20(1).pdf)

4.4 ARTIGO 4: CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DO ENFERMEIRO EM FACE DO PROCESSO DE DISTRESSE MORAL EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

4.4.1 Resumo

Objetivo: compreender a construção identitária do enfermeiro em face do processo de distresse moral, na perspectiva de enfermeiros intensivistas. Métodos: Estudo qualitativo, descritivo, interpretativo e analítico, desenvolvido em 2016 em um Centro de Terapia Intensiva de um hospital universitário. Participaram da pesquisa 12 enfermeiros do turno diurno. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas orientadas por roteiro semiestruturado e os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo. Resultados: Na perspectiva dos enfermeiros, a relação entre a configuração identitária e o distresse moral se deu mediante vivências de situações no cotidiano do trabalho no CTI que os impedem de exercer a prática conforme acreditam ser o modo correto, provenientes de fatores como: o modelo assistencial de organização do trabalho; o desenvolvimento de atividades técnico-assistenciais em detrimento da gestão do cuidado; o trabalho mais mecânico do que intelectual; o não pertencimento à equipe de saúde e aspectos organizacionais como as escalas de trabalho intensas, o relacionamento com a coordenação e as dificuldades em implantação de melhorias no processo de trabalho. Considerações finais: Concluiu-se que o trabalho do enfermeiro é permeado por vivências de problemas morais que influenciam na sua construção identitária e no seu compromisso ético em prestar o cuidado que julga ser o adequado ao paciente crítico. Isto porque a identidade constrói-se a partir da percepção de si e do seu trabalho, e é influenciada pelos relacionamentos interpessoais, pela organização do trabalho e suas vivências no cotidiano.

DESCRITORES: Enfermagem. Identificação Social. Moral. Ética em Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva.

4.4.2 Introdução

A construção identitária decorre de processos de socialização que se somam durante todo o processo de desenvolvimento humano. Em meio a estes processos, o trabalho exerce posição central, pela qual o homem se (re)constrói¹ em virtude de vivências, desafios e das relações estabelecidas.

O trabalho se configura como um meio de “ser” e de “estar com o outro”, tendo como consequência um complexo de experiências, que podem levar ao enfrentamento de problemas éticos. Nesse sentido, as vivências no contexto de trabalho podem redefinir a percepção sobre si mesmo e, conseqüentemente, influenciar a construção da identidade profissional.

No que concerne ao trabalho de enfermeiros em Centros de Terapia Intensiva (CTI), percebe-se uma atuação marcada por particularidades expressas, entre outros aspectos, pela rigidez dos processos, pela tensão emocional e pela constante tomada de decisão.² Portanto, o trabalho no CTI não acontece de modo linear, sendo construído a cada dia, vivo em ato e integrado ao uso de diversas tecnologias.³

Os aspectos supracitados, inerentes ao CTI, associados à proximidade das relações entre profissionais, pacientes e familiares, favorecem a ocorrência de vivências de problemas morais.^{2,4} Deste modo, a fim de embasar o processo de deliberação moral, o enfermeiro precisa julgar os problemas que se apresentam, de forma consonante com seus conhecimentos técnico-científicos e com sua concepção ético-moral.

Agir e deliberar perpassam pelo movimento de reflexão sobre si mesmo e sobre a situação problema, elegendo a conduta mais adequada de resolução, que nem sempre condiz com “receitas” previamente estabelecidas.⁵ Nesse sentido, as vivências de problemas morais por enfermeiros envolvem a reflexão sobre si mesmo, influenciando a construção identitária do profissional.⁶

Portanto, apreende-se que no processo de construção da identidade do enfermeiro participam, além da formação profissional advinda da graduação, as experiências em diferentes contextos e espaços de socialização, aqui compreendido também o de trabalho, no qual se externalizam crenças, atitudes, normas e valores que irão compor o arcabouço da identidade.⁷ Este processo não se restringe à transmissão de normas, de condutas, de valores individuais ou modos de agir, mas compreende um complexo campo de representações que envolve as relações de identificação e de pertencimento do sujeito.⁶ Neste campo, as vivências de problemas éticos integram o processo de construção identitária e ética do sujeito.

Contudo, no contexto de trabalho, o enfermeiro tem encontrado obstruções para atuar em consonância com seu julgamento, seja por questões institucionais e/ou relacionais^{4,8} caracterizando então o processo de sofrimento moral.

O sofrimento moral é desencadeado pelo reconhecimento de um problema de ordem ético-moral, vivenciado pelo indivíduo, o qual exige julgamento. No entanto, o julgamento em si, nem sempre leva à ação desejada, haja vista que barreiras podem se interpor no processo deliberativo, impedindo que o indivíduo exerça sua função em conformidade com seu julgamento moral. Neste caso, desencadeia-se a vivência do sofrimento moral pelo indivíduo, com consequências tais como: angústia, isolamento, insatisfação e, em casos mais graves, adoecimento e afastamento do trabalho.⁵

As marcas deixadas pelas vivências do sofrimento moral são capazes de promover o rompimento da integridade moral do sujeito.^{5,9} Para o enfermeiro, agir ou não em conformidade com suas concepções ético-morais repercute individualmente na construção de sua identidade e coletivamente no espaço organizacional, pois a expressão de sua concepção moral e de sua prática apresenta-se na deliberação. Ademais, as vivências dos enfermeiros promovem rupturas identitárias, uma vez que ferem seus valores, causando sofrimento, insegurança e perda de seu protagonismo, além do desenvolvimento da imagem negativa de si mesmo.⁴

Considerando que a socialização se concretiza nas relações do profissional consigo mesmo, com o outro e nas expectativas e realidades relacionadas às atividades desempenhadas,⁶ indaga-se: Como se dá a construção identitária do enfermeiro em face ao processo de distresse moral?

O objetivo do presente artigo, portanto, foi o compreender a construção identitária do enfermeiro em face ao processo de distresse moral, na perspectiva de enfermeiros intensivistas.

4.4.3 Métodos

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, interpretativa e analítica, desenvolvida em um Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário localizado no estado de Minas Gerais, Brasil.

A escolha intencional do cenário considerou que mudanças importantes no contexto organizacional promoveram novos arranjos no trabalho do enfermeiro, destacando-se a gestão hospitalar pela EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), a qual instituiu o concurso público como forma de admissão e a adoção do modelo de cuidados globais como modelo assistencial de enfermagem. Por meio deste modelo, o enfermeiro

passou a assumir, integralmente, a assistência ao paciente, auxiliado pelo técnico de enfermagem, desenvolvendo o cuidado “a beira leito”. Mudanças organizacionais e dos arranjos do trabalho tem grande potencial para promover (re)construções identitárias, motivo pelo qual a escolha deste cenário adequou-se aos objetos do estudo em questão.

A escolha dos participantes foi intencional e considerou que há singularidades entre a organização do trabalho diurno e noturno na instituição hospitalar, definindo-se como critério de inclusão a participação de enfermeiros que atuassem somente no turno diurno no CTI. De tal modo, considerou-se uma amostra total de 20 enfermeiros. Participaram do presente estudo 12 enfermeiros que concordaram livre e espontaneamente. Dentre os não participantes, 2 enfermeiros estavam em gozo de férias regulares por ocasião da coleta de dados e 6 se recusaram a participar.

Os dados foram coletados em fevereiro de 2016, por meio de entrevistas orientadas por roteiro semiestruturado, as quais foram realizadas no próprio hospital, em local restrito, em horário previamente agendado. Estas foram gravadas em aparelho eletrônico e duraram, em média, trinta minutos. As entrevistas foram conduzidas por pesquisador previamente treinado, que se apresentou ao entrevistado e elucidou os objetivos e aspectos éticos, recolhendo a anuência do entrevistado. Após a entrevista, o entrevistado pôde ouvi-la em sua íntegra, para que, achando necessário, modificasse, excluísse ou acrescentasse alguma informação.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo, conforme os pólos cronológicos da pré-análise do material, a exploração do mesmo, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A fase de pré-análise fundamentou-se na organização e leitura flutuante do material, com a demarcação dos temas centrais. A exploração do material e o tratamento dos resultados permitiu torná-los significativos e válidos mediante a análise de duas categorias temáticas, sendo elas: a identidade do enfermeiro e a vivência do distresse moral. A última etapa consistiu na inferência e interpretação dos dados, na qual as duas categorias temáticas iniciais foram relacionadas e apresentadas como síntese.¹⁰

A pesquisa desenvolveu-se em conformidade aos princípios éticos expressos na Declaração de Helsinque e na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Brasileiro número 466 de 2012, foi submetida à apreciação ética e aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer nº1.237.831, em 21 de setembro de 2015. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

expressando sua anuência em participar do estudo e a consciência sobre os desconfortos, riscos e benefícios da pesquisa. Com vistas a garantir o anonimato, os depoimentos codificados como Enf, seguido do número da respectiva entrevista.

4.4.4 Resultados

A construção identitária perpassa a compreensão do sujeito sobre si e as expectativas e vivências que ele possui em relação ao trabalho. Na perspectiva dos enfermeiros, a relação entre a configuração identitária e o distresse moral se deu mediante vivências de situações no cotidiano do trabalho no CTI que os impedem de exercer a prática conforme acreditam ser o modo correto, desconfigurando a profissão.

Enf 8 ressalta a enfermagem como pilar de sustentação de sua configuração identitária no âmbito pessoal e profissional.

“Ser enfermeiro, para mim, significa sustento, uma das estruturas pessoais que é a profissão. Ser enfermeiro é um pilar da minha vida” (Enf 8).

Enf 9 e Enf 1 destacam a importância da organização do trabalho na construção identitária. A esse respeito, os participantes fizeram referência ao modelo assistencial adotado no CTI, denominado “enfermeiro a beira leito”, o qual prioriza as atividades voltadas para a assistência direta ao paciente, provocando estranheza no que se refere às atividades gerenciais serem relegadas a segundo plano. Sendo tal estranheza o gatilho para que o enfermeiro possa vivenciar o processo de distresse moral.

“Aqui no CTI nós somos enfermeiros assistenciais. Então é um pouco diferente! Diverge bem daquela prática dos outros serviços, em que nós éramos gestores, enfermeiros supervisores, a gente supervisionava o serviço do técnico. Aqui a gente faz um serviço mais técnico mesmo, mais direto de cuidado, que é muito nobre também” (Enf9).

“Aqui foi nossa primeira experiência como enfermeiro assistencial, muito embora eu considere o nome equivocada pelo que eu faço, acho que todo enfermeiro é assistencial e acho até que o nome, a terminologia, ela acaba fazendo do enfermeiro assistencial como se ele fosse menor que outro enfermeiro, por exemplo, o gestor” (Enf1).

Segundo Enf 1, o desenvolvimento exclusivo de atividades técnico-assistenciais limita a prática direcionada para ações privativas do enfermeiro, ligadas à gestão do cuidado. Nesse sentido, o enfermeiro reconhece que tal prática não condiz com aquela que ele julga ser a correta, manifestando insatisfação quanto à desorganização do trabalho e à impossibilidade de aplicar escalas e indicadores de enfermagem que eles consideram ser de sua responsabilidade na gestão do cuidado.

“O enfermeiro poderia ser mais gerenciador do cuidado, eu não acho que o enfermeiro aqui gerencia o cuidado e esse é um problema. Aí evidencia, mais uma vez, uma desorganização da enfermagem, porque num CTI que a gente tem 12 enfermeiros para 16, 14 pacientes por dia, 12 enfermeiros mais 5 técnicos, não tem uma escala de Nursing Activities Score aplicada. Não tem um Therapeutic Intervention Scoring System aplicado, não tenho avaliação de indicadores por úlcera por pressão, indicador de infecção por corrente sanguínea, não tem indicador de nada” (Enf1).

A respeito de não realizarem a prática condizente com a que acreditam, Enf 12 e Enf 1 relatam que realizam um trabalho mais mecânico do que intelectual, sentindo-se como substitutos dos técnicos de enfermagem, o que gera rupturas na construção identitária e distresse moral.

“Eu acho que o trabalho que eu deveria realizar na verdade é muito maior, mas menos maçante. Hoje o meu trabalho é um trabalho pesado, uma carga pesada. E eu vou falar com você, eu uso pouco a minha mente. Eu acho que é um trabalho mais técnico, é um trabalho de um desenvolvimento mais pesado, mais braçal e menos de reflexão” (Enf 12).

“Nós viemos, na nossa ideia, para qualificar o cuidado e aqui fizeram meio que questão de nos colocar no lugar do técnico” (Enf 1).

Outro aspecto que interfere na construção da identidade profissional e gera distresse moral no enfermeiro é referente ao pertencimento à equipe de saúde. A esse respeito, Enf 2 reflete que o desafio para realizar o cuidado como julga ser o correto está na falta de compartilhamento das informações entre membros da equipe, inviabilizando a avaliação clínica e a conduta adequada pelo enfermeiro. Já Enf 11 menciona que a ausência de autonomia e integração entre os demais membros da equipe multiprofissional limita o agir do enfermeiro em seu campo do saber, impedindo-o de agir conforme sua prática.

“Quando você vai fazer um diagnóstico do paciente você vai colocar ‘risco de sangramento’, mas como eu vou colocar um risco para sangramento se eu não sei o tempo de protrombina do paciente, se eu não sei o tempo de protrombina ativada do paciente? Então quando a gente consegue pegar isso, e, dependendo de quem é o plantonista, ele repassa isso tudo certinho. Mas a gente não consegue fazer porque tem profissional que não compartilha os dados, aí eu não consigo trabalhar certo” (Enf2).

“Não adianta uma escala boa se a equipe é fechada para enfermeiro agir. Tem que ser um trabalho conjunto com os outros profissionais para abrir o campo do enfermeiro e podermos trabalhar do jeito certo. Aqui tem um problema de status, então, enquanto não tiver essa assistência horizontal de uma equipe multiprofissional, e não uma equipe médica e o enfermeiro trabalhando para o médico, não vamos melhorar isso aqui” (Enf 11).

Outra obstrução nos modos de agir do enfermeiro em consonância com sua intenção diz respeito aos aspectos organizacionais representados por situações como as escalas de trabalho intensas, a dificuldade de relacionamento com a coordenação e as dificuldades em implantação de melhorias no processo de trabalho.

“A gente está com déficit de profissionais, dificultando nosso trabalho. Eu não tenho quantitativo profissional para suprir a demanda. A escala é extremamente agressiva, talvez até desumana. O profissional que trabalha em terapia intensiva tem um sábado e um domingo de folga em trinta dias de trabalho, é muito pouco!” (Enf 6).

“Então você fica exposto ao sofrimento do outro, a esse lugar fechado, frio, cheio de estresse, de profissionais, com todas as angústias que a gente vive desse modelo assistencial que mudou e a gente não pode fazer as coisas como deve ser. É muito complexo. Então as pessoas estão realmente adoecendo emocionalmente aqui, não tem tempo para família, folga” (Enf 1).

Diante de todas as situações apresentadas anteriormente, que geram descontentamento inerente ao fato de não agirem do modo como gostariam, os enfermeiros vivenciam o sofrimento moral e demonstram que tais vivências repercutem negativamente em suas construções identitárias. Enf 10 e Enf 09 expressam essa situação com depoimentos que questionam a escolha da profissão e a motivação para desempenhá-la.

“Eu acho que é muito desgaste, eu gosto do que eu faço, mas se fosse para eu escolher não sei se eu faria de novo, entendeu?! É desgastante, é estressante” (Enf 10).

“Tem que gostar para fazer enfermagem, não tem outro jeito não. Porque a gente não é valorizado, não tem valorização da equipe médica, não tem valorização financeira, nem da instituição. Então assim, para estar aqui com o paciente, cuidando do outro, dar o seu tempo, o seu conhecimento, seu cuidado, seu carinho para outra pessoa sem ser enfermeiro como se deve, tem que gostar muito mesmo, porque senão a gente não faz” (Enf 9).

4.4.5 Discussão

Os achados do presente estudo apontam para a complexidade da atuação do enfermeiro no CTI e para o fato de que a construção da sua identidade se dá na articulação da tríade entre a percepção do eu (ser), as influências do ambiente de trabalho e as relações interpessoais. O significado de “ser enfermeiro” caracteriza a identidade assumida pelos participantes, sendo fundamental para o exercício da prática profissional, ao passo que a configuração organizacional e da equipe são decisivas para seu reconhecimento considerando sua expectativa profissional. É nessa relação que as vivências no cotidiano do trabalho no CTI que impedem o enfermeiro de exercer a prática conforme acreditam ser o modo correto podem gerar rupturas identitárias e distresse moral.

É importante considerar que as identidades dos indivíduos se constroem também por meio do trabalho, o qual passa a ter importância para o reconhecimento social e pessoal. Sob este prisma, a identidade do enfermeiro é construída, em parte, pela identidade profissional,^{6,11} estabelecida durante a graduação, num processo de socialização profissional⁸ em que a profissão é apresentada ao indivíduo formalmente e ele atribui sentido às informações recebidas, subjetivando-as e as aplicando no cotidiano de trabalho. Como apresentado nos resultados, a enfermagem é considerada parte da identidade do sujeito em seu âmbito pessoal e profissional.

A socialização profissional é parte integrante da construção da identidade, visto que é por meio dela que o indivíduo vivencia experiências, acumula novas informações e, refletindo sobre si mesmo, constrói-se como sujeito. Em pensamento análogo, é por meio das experiências morais de socialização que se desenvolve no indivíduo a reflexão e o agir com bases morais, em um movimento de construção do sujeito ético.¹² Percebe-se que o mesmo processo que configura a identidade do indivíduo também o constrói em suas experiências no reconhecimento de problemas morais no ambiente de trabalho, sendo um processo em constante transformação. Dessa forma, percebeu-se pelos resultados do presente

estudo que as situações que os enfermeiros vivenciam, ao mesmo passo que constroem e fortalecem a identidade são também fontes de sofrimento moral para eles, corroborando com os achados de outros estudos.^{12, 13}

O enfermeiro, como sujeito ético, externa suas concepções ético-morais referentes ao cuidado que deve oferecer ao paciente por meio das deliberações cotidianas¹³, de modo que a forma de cuidar marcou-se como um identificador do trabalho do enfermeiro nesse cenário. No entanto, nos achados desse estudo há apontamentos feitos pelos enfermeiros de que eles não conseguem prestar o cuidado da forma como acreditam ser a adequada e baseada em concepções tecno-científicas da sua área de conhecimento. Os obstáculos que os impedem de deliberar de acordo com a ação moralmente correta referem-se: aos aspectos organizacionais como as escalas de trabalho intensas, o relacionamento com a coordenação e as dificuldades em implantação de melhorias no processo de trabalho; ao modelo assistencial de organização do trabalho; ao desenvolvimento de atividades técnico-assistenciais em detrimento da gestão do cuidado; ao trabalho com enfoque mais mecânico do que intelectual; ao não pertencimento à equipe de saúde.

No que concerne às limitações organizacionais percebeu-se que elas são uma obstrução para que o profissional desempenhe suas atividades de acordo com o que julga ser coerente com seus valores ético-morais. A este respeito, estudos apontam que situações ético-morais que resultam na não execução do cuidado em conformidade com o que o profissional acredita ser adequado potencializam a vivência de sofrimento moral no trabalho.^{4,5,14-16} Esta experiência relaciona-se sobremaneira com os modos de organização do trabalho do enfermeiro,¹⁷ os quais se conformam como barreiras para a concretização das deliberações profissionais.

No campo da organização do trabalho, tal como o modelo assistencial, o excesso de atividades técnicas, as escalas de folgas reduzidas e a impossibilidade de aplicar escalas e indicadores de enfermagem que são considerados de sua responsabilidade na gestão do cuidado, potencializa o distanciamento entre o cuidado prestado na prática, do cuidado entendido como adequado ao paciente. Tal realidade repercute diretamente na qualidade do trabalho executado⁴ e na concepção do “ser enfermeiro”¹³, isto é, na sua configuração identitária e em vivências de distresse moral. Nesse sentido, resultado similar foi identificado em estudo que apontou que situações próprias do cotidiano da organização e o acúmulo de tarefas inviabilizavam o desenvolvimento de atribuições específicas do enfermeiro, comprometendo o cuidado ao paciente¹⁷ e gerando insatisfação e sofrimento no

profissional. Ressalta-se que situações conflituosas do cotidiano de trabalho, que se traduzem em vivências de sentimentos contraditórios, frustração, desmotivação são desencadeadoras de processos de distresse moral.^{14,16,18}

O desenvolvimento de atividades técnico-assistenciais em detrimento da gestão do cuidado se refere à contradição relacionada ao desempenho das atividades gerenciais e assistenciais, principalmente quando estas se apresentam polarizadas, sendo que, na verdade, se consubstanciam pela complementaridade.¹⁹ Face a essa polarização explicitada no depoimento dos enfermeiros, emergiram sentimentos negativos relacionados à falta de reconhecimento e valorização diferenciada do trabalho entre os enfermeiros supervisores e assistenciais. Isto porque o enfermeiro não consegue deliberar em conformidade com o que julga moralmente adequado no que diz respeito à gestão do cuidado, o que fragiliza a percepção de si mesmo como enfermeiro e caracteriza vivências de distresse moral.²⁰

Já na questão relacionada ao pertencimento do enfermeiro à equipe de saúde, os achados revelam as dificuldades do enfermeiro em exercer sua prática no âmbito da equipe, seja por falta de reconhecimento, pela cultura médico-hegemônica que imputa ao enfermeiro a subordinação de sua prática ao trabalho médico, ou por falta de uma prática colaborativa entre os membros. Frente a estas barreiras relacionais, o enfermeiro não consegue concretizar sua ação, haja vista que ele entende que sua prática precisa ser conjunta e colaborativa com os demais membros da equipe multiprofissional. Ao não encontrar ressonância para realizá-la conforme o seu julgamento, a sua prática fica prejudicada no que concerne às ações voltadas para as necessidades dos pacientes. Assim, percebe-se o cerceamento da autonomia profissional, já descrito por pesquisadoras como também gerador de sofrimento moral.^{13,21}

O sofrimento moral gera impactos identitários quando o profissional não consegue lidar com o sofrimento inicial, desencadeando a vivência do sofrimento reativo, o qual é capaz de propiciar o rompimento com a integridade moral do indivíduo.⁵ Há, na integridade moral, a relação indissociável entre as esferas pessoal e profissional, aludindo-se, assim, que a ruptura da integridade moral, influenciada pela vivência de distresse moral pelos enfermeiros, possui relação com sua configuração identitária.¹⁸

O sofrimento moral vivenciado pelos enfermeiros tem contribuído para a ocorrência de crises identitárias, manifestas, principalmente, na fragilidade da percepção de si e de seu trabalho, corroborando com que pesquisadores definiram como *invisibility of the self*, isto é,

a invisibilidade que o enfermeiro possui de si mesmo quando não se percebe como tal no cotidiano, questionando a si mesmo e ao seu trabalho.¹³

O presente estudo permitiu compreender que a configuração identitária é mutável e processual, bem como a experiência moral, sendo estas permeadas por questões institucionais, relacionais, pelos saberes e práticas. Não obstante, a vivência do distresse moral é produtiva no sentido de manter a reflexão dos enfermeiros para o envolvimento das questões morais no cotidiano de trabalho.^{5,18}

É importante ressaltar a limitação do estudo no que concerne à sua realização em um único hospital, assumindo que algumas particularidades são inerentes ao cenário. Ainda, é importante refletir sobre as implicações da escolha do marco conceitual para análise do distresse moral, ao qual os pesquisadores precisaram se ater. Esse referencial requer atenção especial para a complexidade que envolve o problema moral, sendo que os desfechos possíveis da análise desse problema são muito específicos, dentre eles o sofrimento moral.

4.4.6 Conclusão

Apreendeu-se pelo estudo que o trabalho do enfermeiro no CTI é permeado por problemas morais que influenciam em sua construção identitária e em seu compromisso ético de prestar o cuidado que julga adequado ao paciente crítico, podendo culminar com vivências de distresse moral.

Neste compromisso, cabe ao enfermeiro deliberar em face aos problemas cotidianos, considerando como eixo norteador seus preceitos ético-morais construídos ao longo da vida, partindo da formação familiar, das socializações, das normas e da formação profissional. No entanto, o processo deliberativo nem sempre é realizado, culminando em vivências de sofrimento moral e rupturas identitárias, fomentados muitas vezes por questões que tangem a organização institucional e as relações interpessoais no contexto do trabalho.

É importante ressaltar a aderência da metodologia adotada para a realização da presente investigação, a qual permitiu compreender a vivência do processo de distresse moral e sua interferência na construção identitária do enfermeiro do CTI.

É preciso o fomento de estudos e a exposição destes resultados para serviços de saúde, possibilitando reflexões por parte de enfermeiros e das organizações sobre a construção da identidade profissional e do sujeito ético e sua relação com a conduta moral perante problemas ético-morais que envolvem e exigem o seu posicionamento, fortalecendo

processos deliberativos com vistas a minimizar o sofrimento moral no trabalho e suas consequências.

Agradecimentos: CAPES, FAPEMIG, NUPAE.

4.4.7 Referências

- 1 Souza DO, Mendonça HPF. Work, social being and health care: an approach from Marx and Lukács. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):543-52.
- 2 Massaroli R, Martini JG, Massaroli A, Lazzari DD, Oliveira SN de, Canever BP. Nursing work in the intensive care unit and its interface with care systematization. *Esc. Anna Nery [Internet]*. 2015 June;19(2):252-258. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150033>
- 3 Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde*. [Internet]. 2014. Available at: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf> Access in: 16/06/2019.
- 4 Caram CS, Brito MJM, Peter E. Acreditação hospitalar: a excelência como fonte de sofrimento moral para enfermeiros. *Enferm Foco [Internet]*. 2019. 1(1):31-35. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n1.1868>
- 5 Ramos FRS, Barlem ELD, Brito MJM, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LCF. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. *Texto contexto enferm* 2016;25(2):1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004460015>
- 6 Dubar, C. A crise das identidades: A interpretação de uma mutação [The crisis of identities: The interpretation of a mutation]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.
- 7 Spudeit D, Cunha MV. O processo de socialização na construção da identidade dos bibliotecários de Santa Catarina. *Em Questão*. 2016 set/dez; 22(3):56-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.19132/1808-5245223.56-83>
- 8 Peter E. Guest editorial: Three recommendations for the future of moral distress scholarship. *Nursing Ethics*. 2015; 22(1):3–4. DOI: 10.1177/0969733014553156
- 9 Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS. Moral distress and the ethical dimension in nursing work. *Rev. bras. enferm.* 2009; 62(4): 599-603. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400018>
- 10 Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.
- 11 Dubar C. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. *Cadernos de Pesquisa* 2012 maio/ago;42(146):351-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742012000200003>

- 12 Rennó HMS, Caram CS, Rezende LC, Montenegro LC, Ramos FRS, Brito MJM. Processo de socialização profissional na enfermagem: demandas éticas e políticas na vivência do estágio curricular. In: Elisa Miranda Costa. (Org.). Bases conceituais da saúde. 1ed. Ponta Grossa: Atena, 2019, v. 1, p. 1-265.
- 13 Caram CS, Peter E, Brito MJ. Invisibility of the self: Reaching for the telos of nursing within a context of moral distress. *Nurs Inq* 2019; 26(1):e12269. DOI: <http://dx.doi.org/doi:10.1111/nin.12269>
- 14 Schaefer R, Zoboli ELCP, Vieira M. Sofrimento moral em enfermeiros: descrição do risco para profissionais. *Texto Contexto Enferm* 2018; 27(4):1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004020017>
- 15 Silvino MCS, Wakiuchi J, Costa JR, Ribeiro AL, Sales CA. Vivências do sofrimento moral na equipe de enfermagem. *Rev enferm UFPE online* 2016 mar;10(3):1054-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300021>
- 16 Ramos FR, Barth PO, Schneider AMM, Cabral AS, Reinaldo JS. Effects of moral distress on nurses: Integrative literature review. *Cogitare Enferm* 2016 Abr/jun; 21(2):01-13.
- 17 Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº. 564 de 2017. Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem. *Diário Oficial da União* 6 nov. 2017.
- 18 Ramos FR, Barth PO, Brito MJ, Caram C, Silveira LR, Brehmer LC, et al. Sociodemographic and work-related aspects of moral distress in Brazilian nurses. *Acta paul. enferm.* 2019; 32(4):406-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900056>
- 19 Mororó DDS, Enders BC, Lira ALBC, Siva CMB, Menezes RMP. Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *Acta paul. enferm.* 2017; 30(3):323-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- 20 Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. *RevEscEnferm USP.* 2012; 46(3):734-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300028>
- 21 Caram CS, Rezende LC, Brito MJM. Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. *REME – Rev Min Enferm [Internet]*. 2017; 21:e-1070. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170080>

5. DISCUSSÕES

Os resultados da presente tese foram organizados no formato de quatro artigos, em conformidade com a Resolução 035/2018 de 20 de dezembro de 2018, do Colegiado de Pós-graduação em enfermagem da UFMG, conforme anteriormente apresentados, analisados à luz

dos referenciais teóricos do processo de distresse moral, da ética e da identidade do enfermeiro.

No presente capítulo, buscou-se a articulação analítica dos artigos que compuseram os resultados da tese, com vistas a realizar a lógica de construção e a síntese de suas principais evidências, conforme apresentado no Quadro 1:

QUADRO 1 - Compilação dos principais resultados dos artigos da Tese.

Artigo	Título	Principais evidências
Artigo 1	Modelo assistencial do enfermeiro à beira leito: desafios e perspectivas para uma prática inovadora	<ul style="list-style-type: none"> ● O cuidado considerado como <i>Telos</i> da prática, elemento essencial do fazer do enfermeiro; ● O reconhecimento e o desenvolvimento de valores e virtudes para alcançarem a excelência da prática; ● A capacidade de o enfermeiro alcançar o <i>Telos</i> da prática por meio do modelo assistencial de enfermagem implantado, sendo este um fator positivo à sua configuração identitária. ● As fragilidades do modelo assistencial no que tange à indefinição dos papéis dos membros da equipe de enfermagem e à invisibilidade do trabalho pelo não reconhecimento por seus pares.
Artigo 2	Expressões da ética e do distresse moral na prática do enfermeiro intensivista	<ul style="list-style-type: none"> ● A presença da sensibilidade moral entre os enfermeiros, capacitando-os para o reconhecimento e a reflexão das questões éticas em sua prática e sendo uma expressão da ética no cenário; ● A advocacia do paciente, considerada expressão da ética e compromisso do enfermeiro para o cuidado

		<p>de excelência;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A potencialidade do modelo assistencial de enfermagem implantado para o exercício da advocacia, em face da proximidade do enfermeiro às necessidades do paciente; ● Fragilidades apontadas na prática que evidenciam situações não éticas, relacionadas principalmente aos desequilíbrios nas relações de poder entre os membros da equipe, à ausência de diálogo e à invisibilidade do trabalho do enfermeiro; ● A evidência de barreiras relacionais e organizacionais para a concretude da deliberação moral pelo enfermeiro; ● A vivência do distresse moral em face da impossibilidade pelo enfermeiro de desenvolver a advocacia do paciente.
Artigo 3	O processo de distresse moral do enfermeiro em um centro de terapia intensiva	<ul style="list-style-type: none"> ● O cuidado como o principal motivador das deliberações morais pelo enfermeiro; ● A constatação de situações em que se percebe a deliberação, a incompletude e a estagnação deliberativa pelo enfermeiro; ● A manifestação do distresse moral entre os profissionais, principalmente em face de barreiras relacionais e organizativas que se interpõem à deliberação pelo enfermeiro; ● A possibilidade do exercício do diálogo e reflexão conjunta entre enfermeiros e demais membros da equipe

		<p>como mecanismo potencializador da deliberação;</p> <ul style="list-style-type: none"> • A prática colaborativa e a deliberação conjunta como ferramentas de enfrentamento ao distresse moral.
Artigo 4	<p>Construção identitária do enfermeiro em face do processo de distresse moral em um centro de terapia intensiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A construção da identidade do enfermeiro se dá a partir da percepção sobre si mesmo e seu trabalho, associada ao reconhecimento que tem de seus pares; • Fatores organizacionais e relacionais têm impactado negativamente na construção identitária do enfermeiro, que se percebe invisibilizado e sem voz no contexto da equipe multidisciplinar; • O desenvolvimento de atividades assistenciais menos complexas em alta demanda pelo enfermeiro e a falta de definição das atribuições dos membros da equipe de enfermagem são definidas como situações que impedem o enfermeiro de exercitar o cuidado conforme acredita ser correto; • A impossibilidade de exercer a enfermagem conforme julgam ser correto gera nos enfermeiros sofrimento, que repercute negativamente em sua identidade. • Há manifestação de rupturas identitárias em face da invisibilidade do trabalho pelos demais membros da equipe e também em face do que acreditam que deveria ser o trabalho do enfermeiro.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo. 2020

No artigo 1 são apresentados os resultados da categoria: O cuidado do enfermeiro no contexto da terapia intensiva; que agrupou as sub-categorias: O cuidado como telos da prática do enfermeiro; Potencialidades do modelo assistencial para a prática e; Desafios para a efetivação do modelo assistencial.

No artigo 2 são apresentados os resultados das categorias: a) Expressões da ética: influência dos valores, virtudes, relacionamentos e organização do trabalho; com suas subcategorias: Os valores e virtudes pessoas na prática ética e; A ética expressa nos relacionamentos interpessoais e na organização do trabalho. b) Distresse moral na prática do enfermeiro intensivista; com suas subcategorias: Fatores relacionais e organizacionais geradores de distresse moral e; A impossibilidade da advocacia do paciente e o distresse moral.

No artigo 3 são apresentados os resultados da categoria: O processo de distresse moral do enfermeiro intensivista, com suas subcategorias: Deliberação conforme o juízo moral; A não deliberação e o distresse moral e; A estagnação deliberativa.

No artigo 4 são apresentados os resultados da categoria: Construção identitária do enfermeiro intensivista, com suas subcategorias: Auto percepção da identidade pelo enfermeiro; Fatores externos que influenciam a identidade e; Distresse moral e rupturas identitárias.

Os resultados evidenciaram que o enfermeiro reconhece no cuidado a essência da sua prática, o *telos* da profissão. Defender e alcançar esse *telos* impulsiona o enfermeiro no cotidiano do trabalho, constituindo-se por um compromisso moral assumido pelo profissional, traço fundamental de sua identidade.

Sensíveis às questões morais que se apresentam na prática, os enfermeiros reconhecem os espaços de ações mais ou menos éticas que se apresentam no cotidiano. A partir do reconhecimento das situações, identificam fatores que potencializam ou dificultam o exercício ético do cuidado em conformidade com seus preceitos morais.

Destacam-se, dentre os fatores potencializadores da prática ética identificados nos resultados deste estudo, o modelo assistencial de enfermagem implantado no centro de terapia intensiva e a capacidade técnico-científica dos profissionais.

O modelo assistencial de cuidados globais permitiu ao enfermeiro, estando à beira do leito, maior proximidade com o paciente e seus familiares, favorecendo o reconhecimento das reais necessidades de saúde daqueles que estão sob seus cuidados, bem como permitindo que as ações de enfermagem fossem executadas por profissionais qualificados e especializados no

cuidado intensivo. A possibilidade de assistir o paciente à beira do leito apropriou o enfermeiro do cuidado direto, considerado por ele a essência da profissão, fortalecendo sua identidade.

A capacidade técnico-científica dos enfermeiros além de qualificar suas ações, fornece subsídios teórico-práticos para o exercício do cuidado conforme acreditam ser correto e, ainda, subsidiam a compreensão de que fazem parte de uma profissão regulamentada, autônoma, possuidora de saberes que lhe credenciam ao trabalho multidisciplinar em saúde.

O reconhecimento de si como profissional competente para o cuidado credencia o enfermeiro para a advocacia dos direitos do paciente, destacando-se que a defesa do paciente foi demarcada neste estudo como uma expressão da ética no trabalho do enfermeiro.

Já no campo dos fatores dificultadores do exercício ético na prática, sobressaíram as questões relacionadas à organização do trabalho, que dizem respeito à indefinição das atribuições do enfermeiro no cenário, ao desequilíbrio das relações de poder entre os membros da equipe e à ausência de comunicação efetiva no contexto do trabalho.

Os enfermeiros, principalmente em face da indefinição de suas atribuições no contexto do trabalho, percebem-se desempenhando majoritariamente atividades técnicas de menor complexidade que acreditam poder ser desempenhadas por técnicos de enfermagem.

A sobrecarga por atividades menos complexas muitas vezes inviabiliza o trabalho em conformidade com o que acreditam ser sua atribuição específica. Em decorrência desta situação, percebem-se substitutos do trabalho técnico, deslocados da equipe multiprofissional e da gestão dos cuidados. Tal percepção faz emergir nos enfermeiros sentimentos negativos sobre o trabalho, tais como frustração, ansiedade, desmotivação, invisibilidade.

Isoladamente ou em conjunto, os fatores dificultadores expressos pelos enfermeiros fomentam a ocorrência de práticas não éticas no cotidiano, geradoras de sofrimento moral e de estagnação deliberativa, com a conseqüente repercussão sobre sua identidade.

Analisando os resultados à luz teórica do processo de distresse moral proposto por Ramos et al (2016) é possível perceber que os fatores facilitadores da prática ética constituem-se por elementos que fomentam a sensibilidade moral dos enfermeiros, a detecção dos problemas morais no cotidiano, bem como mobilizam a deliberação moral. Já os fatores dificultadores se conformam como elementos que afetam a sensibilidade moral e que muitas vezes oferecem barreiras para a deliberação conforme o julgamento moral do enfermeiro.

No tocante às barreiras deliberativas existentes na prática do enfermeiro, os resultados mostraram a vivência do distresse moral pelos participantes do estudo, manifesta pela

referência a sentimentos de invisibilidade, desvalorização, frustração, angústia relacionados principalmente à não concretização da advocacia do paciente. Mesmo diante da vivência do distresse moral, os enfermeiros expressam sua resistência, refletindo sobre a situação, buscando soluções e, de tal modo, estabelecendo uma relação ética consigo mesmos.

No entanto, merece destaque que, dentre os sentimentos apontados que se relacionam à vivência do sofrimento moral, emergiram também sentimentos relacionados à ausência de expectativa de mudanças positivas no panorama de trabalho, que sugerem a estagnação moral do sujeito, com especial impacto sobre a construção identitária destes enfermeiros. Neste campo, destacam-se principalmente os sentimentos relacionados à desesperança em relação a tornar-se valorizado, atuante em uma prática autônoma, defensor do cuidado e dos direitos do paciente e pertencente à equipe multiprofissional.

Compreende-se que o impacto da estagnação moral não é positivo ou produtivo, mas distancia o enfermeiro de sua identidade e torna-o indiferente às questões éticas existentes no cotidiano.

Os relatos de desesperança e desejo de abandono da profissão nos sinalizam quanto à importância de discutir mais amplamente, nos cenários de atuação do enfermeiro, as questões morais relacionadas à prática e a identidade profissional, visto que são indissociáveis uma da outra. Segundo Foucault (1988), é refletindo sobre si mesmo e sobre sua prática que o sujeito estabelece relação ética consigo mesmo.

Sob o prisma da construção de identidades, é fundamental reconhecer que a identidade do enfermeiro marca o processo de distresse moral ao mesmo tempo em que é também produto deste processo. Isto porque assume-se que as concepções morais do enfermeiro são traços identitários do sujeito e manifestam-se em sua prática por meio de suas atitudes. Ao mesmo tempo, a experiência de socialização apreendida pelo sujeito pela vivência do processo de distresse moral influencia em sua reconfiguração identitária. Pode-se concluir, portanto, que são processos contínuos e complementares que acontecem sob a interferência do meio no qual se desdobram.

Um indivíduo, inserido em um meio de experiências morais nas quais a ética se expressa em maior ou menor grau, tem a possibilidade de modificar-se, exercitando sua sensibilidade moral, sua deliberação e, por sua vez, modificar o ambiente por meio de sua prática, modificando-se também como sujeito.

Deste modo pode-se concluir que os valores ético-morais do indivíduo são traços identitários que se mobilizam no contato com experiências morais e espaços nos quais

acontecem experiências éticas. Tais valores subsidiam o julgamento moral do indivíduo, norteando a ação moralmente correta em face de problemas éticos que surgem no cotidiano. Ao mesmo tempo, tais valores modificam-se ao longo da vida e das experiências morais vivenciadas, de modo positivo ou não, em conformidade com a subjetivação da realidade possível em cada experiência, com conseqüente impacto sobre a identidade do sujeito.

No campo da ação moralmente correta, importa discorrer sobre as deliberações morais percebidas neste estudo. Foram evidenciadas situações em que o enfermeiro conseguiu deliberar conforme seu juízo moral e situações em que foi impedido de deliberar. Destaca-se, dentre as situações em que a deliberação em conformidade ao seu julgamento moral foi atingida pelo enfermeiro, que esta ocorreu num contexto de discussão e partilha coletiva do caso entre os membros da equipe multidisciplinar.

Ramos et al (2016) aponta que a deliberação pode ocorrer de modos distintos, embasados por várias teorias e, ainda, que é preciso, no contexto do distresse moral, aprofundar as análises sobre o processo deliberativo.

Neste sentido e, considerando o alcance da deliberação moral pelo enfermeiro por meio da ação partilhada, suscita-se que esta situação aproxima a prática das teorias sobre deliberação moral que propõem a deliberação como um procedimento para a tomada de decisão que considera o pensamento conjunto e a partilha de concepções morais para se construir, conjuntamente, uma conduta prudente e responsável (GRACIA, 2001). Trata-se de compreender, portanto, a deliberação como prática coletiva, e não só atributo individual (POSE, 2009).

Tratando a deliberação como procedimento organizado, compreende-se que, a partir da evidência de um problema moral, será deliberado sobre o fato, sobre os deveres e sobre os valores relativos a este problema. O fato trata da exposição objetiva do problema, perceptível por qualquer indivíduo; os valores referem-se aos juízos morais atribuídos ao fato, relacionando-se a juízos de valor que são intuídos individualmente e construídos socialmente; o dever é o aspecto formal da obrigação moral (Zoboli, 2013).

A deliberação coletiva multidisciplinar pode, portanto, se configurar por uma estratégia de qualificação deliberativa com potencial para reduzir o distresse moral entre os profissionais. Por meio dela, o problema moral é exposto para análise coletiva, os juízos morais são atribuídos ao fato e o dever moral de cada membro da equipe é levantado. Mobilizam-se, por meio desta ação, a corresponsabilização, a colaboração e a reflexão em face da deliberação prudente.

O consenso se fez entre os participantes de que estratégias tais como a educação permanente da equipe, maior comunicação entre os profissionais, melhor definição das atribuições dos membros da equipe de enfermagem e a horizontalização das relações profissionais podem se constituir como ferramentas importantes para que a deliberação moral pelo enfermeiro se concretize.

Acredita-se que fomentando a deliberação moral, possibilita-se a construção de espaços mais éticos no trabalho, de produção de sujeitos e identidades, de prática colaborativa entre os membros da equipe e, conseqüentemente, de redução das vivências de sofrimento moral e estagnação deliberativa.

Neste sentido, é possível a redução do distresse moral por meio da deliberação coletiva, visto que quando um problema moral é identificado individualmente e possui deliberações individualmente elegidas, estas podem tornar-se impossíveis por barreiras deliberativas. No entanto, conforme apontado nos resultados, considerando que tais barreiras podem relacionar-se a condições passíveis de intervenção pelos membros da equipe multiprofissional, o compartilhamento do problema moral entre os profissionais pode mobilizar ações que reduzam barreiras à deliberação.

Ainda, a partir de uma discussão conjunta do problema moral, novos olhares e percepções sobre o problema e sobre os fatores que o envolvem podem ser incorporados à deliberação, mobilizando e reconfigurando a sensibilidade moral do indivíduo que inicialmente detectou o problema moral. Todos os envolvidos, a partir da discussão conjunta, podem expandir sua sensibilidade moral ressignificando o problema, podem considerar novas perspectivas deliberativas, mais prudentes e exequíveis, do que aquelas que tinham antes da reflexão conjunta.

Apreende-se, portanto, que a detecção de um problema moral é individual, no entanto, a deliberação moral pode conduzir-se individual ou coletivamente, compartilhada entre os membros da equipe multidisciplinar, buscando alcançar caminhos prudentes para a resolução do problema posto.

É preciso destacar, no entanto, que no tocante à vivência do distresse moral, ainda pela deliberação conjunta é possível que ele exista pois mesmo após a eleição de uma solução prudente obstáculos podem se interpor a ela, gerando distresse moral em membros da equipe ou em toda ela, mas que serão percebidos em graus de intensidade individuais considerando que a experiência moral é individual (RAMOS, 2019).

Tal afirmação se justifica, pois conforme apontado por Zoboli (2012), não é possível o esgotamento da realidade com total previsibilidade do ato e de suas consequências. De tal modo, mesmo após a deliberação conjunta, obstáculos inimaginados podem se interpor ao processo.

Com base nas discussões, foi possível confirmar que o processo de distresse moral acontece no cotidiano do trabalho do enfermeiro em um centro de terapia intensiva, gerando efeitos sobre a configuração identitária deste profissional, ao passo que também a configuração identitária do enfermeiro pode influenciar o processo de distresse moral, em um movimento simultâneo. Constatou-se que os espaços onde se desenvolve a prática do enfermeiro interferem no processo de distresse moral.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o processo de distresse moral como um complexo campo produtor de sujeitos morais e, conseqüentemente, reconstrutor de identidades, aplicado ao trabalho do enfermeiro no centro de terapia intensiva levou a uma intensa reflexão acerca do que é ser enfermeiro.

Os resultados apontam unanimemente que ser enfermeiro relaciona-se intimamente à prática do cuidado, principalmente o ato de cuidar no tocante ao exercício da advocacia do paciente.

No entanto, as barreiras que se estabelecem na prática, capazes de impedir o processo deliberativo em conformidade moral pelo enfermeiro, fomentam a vivência do distresse moral e a construção de espaços menos éticos.

A invisibilidade e a percepção do trabalho assistencial do enfermeiro como uma atividade “menor” aos olhos da equipe geraram neste profissional um conflito identitário importante, relacionado principalmente ao sentimento de incompletude por não conseguir exercer o cuidado considerado adequado.

Se por um lado estudos apontam que enfermeiros supervisores sentem-se distanciados das atividades assistenciais diretas ao paciente e, portanto, incompletos como enfermeiros, o presente estudo evidenciou que enfermeiros que atuam a beira leito desempenhando majoritariamente atividades assistenciais diretas de menor complexidade também se sentem enfermeiros incompletos.

Para eles, a total potência do modelo assistencial de enfermagem a beira leito ainda não foi atingida, em grande parte devido à ausência de definição das atribuições do enfermeiro no cenário. Sem a definição do seu trabalho, percebem-se substitutos dos técnicos de enfermagem, deslocados do planejamento do cuidado e do pertencimento à equipe multiprofissional.

Para estes enfermeiros, reconhecer-se e ser reconhecido pelos demais membros da equipe envolve desempenhar atividades assistenciais diretas ao paciente e atividades gerenciais do cuidado, considerando aspectos de análise crítica, planejamento, avaliação dos resultados, discussão multidisciplinar.

Considerando o impacto que o processo de distresse moral tem sobre a configuração identitária do enfermeiro, apreende-se que fomentar mecanismos de qualificação da deliberação moral pode se constituir como uma estratégia para a redução de situações de vivência de distresse e de estagnação morais.

Destacam-se a deliberação conjunta, a educação permanente e a prática colaborativa como estratégias de qualificação deliberativa, visto seu potencial para aproximar e valorizar a equipe, qualificar a comunicação, e reduzir os desequilíbrios nas relações de poder existentes.

Acredita-se que tais práticas proporcionarão o desenvolvimento ético do profissional, a construção de espaços mais éticos, gerando uma influência positiva na reconfiguração identitária do enfermeiro.

Este estudo tem como limitação o fato de ter sido desenvolvido em um único centro de terapia intensiva, o que impede a reprodução destes resultados para além deste cenário, principalmente naqueles onde diferentes modelos assistenciais de enfermagem estejam implantados.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, R. L. F. Foucault e a ética: algumas considerações. **Revista Aulas**. v. 1, n. 3, 16p. 2007

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BARLEM, E. L. D.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, G. L. et al. Vivência do Sofrimento Moral na Enfermagem: percepção da Enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**. v.46, n.3, p.681-688, 2012.

BARLEM, E. L., LUNARDI, V.L., LUNARDI, G.L. et al. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. v. 21, n.Spec, [09 telas], jan-fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_11.pdf> Acesso em: 20/05/2019

BASTOS, R. A; QUINTANA, A. M; CARNEVALE, F. Angústias psicológicas vivenciadas por enfermeiros no trabalho com pacientes em processo de morte: estudo clínico-qualitativo. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto , v. 26, n. 2, p.795-805, Junho/2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000200795&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de maio de 2019.

BERGUER, P. e LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1978.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). **LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html> Acesso em:14/05/2019

BRITO, M. J. M., GAZZINELLI, M. F. C., MELO, M. C. O. L. Os estágios identitários da enfermeira-gerente: uma abordagem piagetiana. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v.15 n.2, abr./jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200004&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 20 de setembro de 2020.

BURSTON, A. S., TUCKETT, A. G. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. **Nurs Ethics**.v.20, n.3, p.312-24, Maio/2013.

CAÇADOR, B. S. Processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros da estratégia saúde da família: cartografia da produção de subjetividades. Belo Horizonte. **Tese [Doutorado em Enfermagem]** – Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.

CARDOSO, C. M. L. Vivência do Sofrimento Moral na Estratégia de Saúde da Família: visão dos profissionais. Belo Horizonte. **Dissertação [Mestrado em Enfermagem]** – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.

CAVALCANTE, R. B; CALIXTO, P; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.: Est.**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014

CARAM, C.S. Processo de sofrimento moral de enfermeiros: desafios éticos na prática profissional no contexto hospitalar. Belo Horizonte. **Tese [Doutorado em Enfermagem]** – Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.

CASSIANO, J. M. **Uma interpretação de Foucault a Kant sobre ética, estética e existência** Anais do Seminário dos Estudantes de Pós-Graduação em Filosofia da UFSCar. 11ª ed, p.169-180, 2015.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Rev Portuguesa de Educação**, v.16 n.2 p.221-236, 2005.

CORLEY, M. C. Moral distress of critical care nurses. **AM J Crit Care**. v.4, n.4, p. 280-285. Jul/1995.

CORLEY, M.C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. **Nursing Ethics**, v. 9, n. 6, p. 636-50, nov/2002.

COSTA, J. S. Métodos de Prestação de Cuidados. Millenium – **Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu**. n. 30, p.234-251, Out/2004.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DUBAR, C. A construção de si pela atividade de trabalho: a Socialização profissional (Trad. Fernanda Machado). **Cadernos de Pesquisa**. v.42, n.146, p.351-367, maio/ago 2012.

DUBAR, C. **A Socialização. Construção das Identidades Sociais e Profissionais**. Porto: Porto Editora, 1997.

DUBAR, C. ‘**Usages sociaux et Sociologiques de la Notion d’Identité**’. Recherche Sociale 1998. 147p.

DUBAR, C. **La Socialisation : Construction des Identités Sociales et Professionnelles**. Paris: Armand Colin, 2000.

EPSTEIN, E.G.; DELGADO, S. Understanding and addressing Moral Distress. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**. v.15, n.3, 13p. Set/2010.

ESCOBAR-CASTELLANOS, B., CID-HENRIQUEZ, P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. **Acta bioeth.**, Santiago , v.24, n.1, p 39-46, jun/2018. Disponível em <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2018000100039&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 de maio de 2019.

FOUCAULT, M. Punir est la chose la plus difficile qui soit. In: **Dits et écrits II**, 1976-1988. Paris: Quarto-Gallimard,2001, pp. 1027-1029.

FOUCAULT M. The ethics of self-care as a practice of freedom. In: **Sayings & Writings V - Ethics, Sexuality, Politics**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade**. v. 3. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

GALVÃO, B. A. A ética em Michel Foucault: do cuidado de si à estética da existência. **Intuitio**. Porto Alegre. v.7, n.1, p.157-168, Junho/2014.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de administração de empresas**. São Paulo, v. 35 n. 3, p. 20-29, mai/jun 1995.

GRACIA, D. Tomar decisiones morales: Del casuismo a la deliberación. **Dilemata**. n.20, p.15-31, 2016.

JAMETON, A. **Nursing Practice: The Ethical Issues**. Prentice-Hall: EnglewoodCliffs, 1984.

JAMRA, C. C. A., CECILIO, L. C. O., CORREIA, T. Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional? **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 86-94, Jan-Mar/2016.

LARA, A. M. B., MOLINA, A. A. **Pesquisa qualitativa: apontamentos, conceitos e tipologias**. 2015, 26p. Disponível em: <https://gepeto.ced.ufsc.br/files/2015/03/capitulo-angela.pdf>. Acesso em 20/01/2020

LUNARDI, V. L.; BARLEM, E. L. D.; BULHOSA, M. S. *et al.* Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Rev. bras. enferm.** v.62, n.4, p. 599-603, 2009.

MACEDO, A. P. M. C., PADILHA, K. G., PUSCHEL, V. A. A. Práticas profissionais de educação/formação dos enfermeiros em uma unidade de cuidados intensivos. **Rev. Bras. Enferm.** v.72 n.2, mar./abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0793>. Acesso em: 25/02/2020.

MAGALHÃES, A. A. P. M; GUALBERTO, S. B. O e HONORATO, J. A. G. **Diagnóstico administrativo-situacional de enfermagem do CTI Adulto do Hospital das Clínicas da UFMG**. 2016. 19p.

MANSANO, S. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.8, n.2, 2009.

MASSAROLI, R., MARTINI, J. G., MASSAROLI, A., et al. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Esc Anna Nery**. v.19, n.2, p.252-258, 2015.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MONTENEGRO, L.C. A expressão da ética na prática de profissionais de saúde no contexto de unidades de internação hospitalar. Belo Horizonte. **Tese [Doutorado em Enfermagem]** – Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.

MOREIRA, H. Critérios e estratégias para garantir o rigor na pesquisa qualitativa. **R. bras. Ens. Ci. Tecnol.**, Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p. 405-424, jan./abr. 2018.

NORA, C.R.D., ZOBOLI, E. L. C. P., VIEIRA, M. M.. Moral sensitivity in Primary Health Care nurses. **Rev Bras Enferm.**v.70, n.2, p. 308-16, 2017.

NORA, C. R D; SCHAEFER, R.; ÁLVARES, E. J. S.; et al Sensibilidade moral e fatores relacionados: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enferm.** v.21, n.4, p.01-08, Out/dez 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47410/pdf> Acesso em:12/04/2020

OLIVEIRA, D.C., Análise de Conteúdo Temático-Categorial: Uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, v.16, n.4, p.569-76. out/dez 2008.

OUCHI, J. D; LUPO, A. P. R; ALVES, B. O; et al O papel do enfermeiro na unidade de terapia Intensiva diante de novas tecnologias em saúde. **Revista Saúde em Foco.** v.10, p.412-28. 2018.

PATIAS, N. D., HOHENDORFF, J. V. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. *Psicol. Estud.*, Maringá, v. 24, e43536, 2019.
<http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722019000100236&lng=en&nrm=iso>. acesso em 23 de setembro de 2020.

PAULINO, G; MACHADO, E; MATTA, A. C; et al. Satisfação profissional e ambiente de trabalho da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **REME rev. min. enferm** ; v.23: e-1271, jan.2019.

POSE C. **Lo bueno y lo mejor: introducción a la bioética médica**. Madrid: Editorial Triacastela, 2009.

POZZEBON, M.; PETRINI, M. C. Critérios para Condução e Avaliação de Pesquisas Qualitativas de Natureza Crítico-Interpretativa. In: TAKAHASHI, WÜNSCH, A. R. **Pesquisa Qualitativa em Administração: fundamentos, métodos e usos no Brasil**. São Paulo: Atlas, 2013. p.51-72.

RAMOS, F. R. S., BARLEM, E. L. D., BRITO, M. J. M., et.al. Construção da escala brasileira de distresse moral em enfermeiros – um estudo metodológico. **Texto & Contexto Enfermagem** [on line] 2017, Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71453540014>> Acesso em: 14/05/2019

RAMOS, F. R. S., BREHMER, L. C., VARGAS, M. A., et al Ethical conflicts and the process of reflection in undergraduate nursing students in Brazil. **Nurs Ethics.** v.22, n.4, p. 428-39, 2015

RAMOS, F.R.S.; BRITO, M.J.M.; VARGAS, M.A.O.; *et.al.* Marco Conceitual para o Estudo do Distresse Moral em Enfermeiros. **Texto & Contexto Enfermagem.** v.25, n.2:e4460015, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-4460015.pdf. Acesso em: 10/10/2019

RENNÓ, H. M. Desenvolvimento de competências ético-morais e o Sofrimento moral na formação em enfermagem. Belo Horizonte. **Tese [Doutorado em Enfermagem]** – Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.

- RENNÓ, H. M. S, CARAM, C. S., REZENDE, L. C., et al Processo de socialização profissional na enfermagem: demandas éticas e políticas na vivência do estágio curricular. In: **Bases Conceituais da Saúde**. p.219-29, 2019.
- RIBEIRO, O. M. P. L; MARTINS, M. M. F. P. S; TRONCHIN, D. M. R. Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**. Série IV - n.10, jul./ago./set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16008> Acesso em: 18/01/2020
- SANTOS, L. R., BENERI R. L., LUNARDI, V.L. Questões éticas no trabalho da equipe de saúde: o (des)respeito aos direitos do cliente. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v.26, n.3, p.403-13, dez/2005.
- SANTOS, C. A Construção Social do Conceito de Identidade Profissional. **Interacções**. n.8. p. 123-144, 2005.
- SILVINO, M. C. S., WAKIUCHI, J., COSTA, J. R. et al. Vivências do sofrimento moral na equipe de enfermagem. **Rev enferm UFPE**, v.10, n.3, p.1054-62, mar/2016.
- TONG, A., SAINSBURY, P., CRAIG, J. Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa (COREQ): uma lista de verificação de 32 itens para entrevistas e grupos focais. **International Journal for Quality in Health Care**. v.19, ed 6, p. 349–357. Dez/2007, Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042> Acesso em: 18/12/2019
- TAQUETTE, s. R. Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde. Atas CIAIQ2016. Investigação Qualitativa em Saúde. v 2. p.524-33.2016. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/790-Texto%20Artigo-3124-1-10-20160706.pdf> Acesso em: 18/05/2020.
- TRETTENE, A. S; COSTA, R. B; PRADO, P. C; et al Estresse – realidade vivenciada por enfermeiros atuantes em um Centro de Terapia Intensiva. **Rev. enferm. UERJ** ; v.26: e17523, jan-dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.17523>
- TROMBETTA, A. P. Distresse moral dos enfermeiros em unidade de pronto atendimento e emergências. Florianópolis. **Tese [Doutorado em Enfermagem]** – Universidade Federal de Santa Catarina; 2017.
- VILELA, G. S. Configuração identitária do enfermeiro da estratégia de saúde da família de um município do interior do estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. **Dissertação [Mestrado em Enfermagem]** – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
- YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. 1ªed. Penso: Porto Alegre, 2016. 336p.
- ZOBOLI, E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Rev. bioét.** v.21, n3, p.389-96, 2013.