

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**PROCESSO DE SOFRIMENTO MORAL DE ENFERMEIROS: DESAFIOS ÉTICOS
NA PRÁTICA PROFISSIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Carolina da Silva Caram

Belo Horizonte,
2018

CAROLINA DA SILVA CARAM

**PROCESSO DE SOFRIMENTO MORAL DE ENFERMEIROS: DESAFIOS ÉTICOS
NA PRÁTICA PROFISSIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como critério para a obtenção do título de doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde
Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientador (a): Prof^a. Dr^a Maria José Menezes Brito

Belo Horizonte,
2018

Caram, Carolina

Processo de sofrimento moral de enfermeiros: desafios éticos na prática profissional no contexto hospitalar [manuscrito] / Carolina Caram. - 2018.

138 p.

Orientadora: Maria José Brito.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Enfermagem. 2.Dano Moral. 3.Ética na enfermagem.
4.Ética da Virtude. I.Brito, Maria José. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
III.Título

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 130 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+55 31 3409 9836 | +55 31 3409 9889
caixa postal: 1556 | colograd@enf.ufmg.br



ATA DE NÚMERO 104 (CENTO E QUATRO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA CAROLINA DA SILVA CARAM PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 23 (vinte e três) dias do mês de março de dois mil e dezoito, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "PROCESSO DE SOFRIMENTO MORAL DE ENFERMEIROS: DESAFIOS ÉTICOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR", da aluna *Carolina da Silva Caram*, 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 pelas seguintes professoras doutoras: Maria José Menezes Brito (orientadora), Flávia Regina Souza Ramos, Isabela Silva Cancio Velloso, Elizabeth Helen Peter (participou da sessão por skype) e Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento nos 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;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 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, 23 de março de 2018.

Prof. Dr. Maria José Menezes Brito
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Flávia Regina Souza Ramos
(UFSC)

Prof. Dr. Isabela Silva Cancio Velloso
(EE/UFMG)

Prof. Dr. Elizabeth Helen Peter
(University of Toronto)

Prof. Dr. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
(UFSC)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 02/04/18

Prof. Dra. Adriana Oliveira
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem / UFMG

DEDICATÓRIA

*Aos enfermeiros que constroem e legitimam a
prática da enfermagem mediante condutas virtuosas
em uma busca constante e incessante pela
excelência e pela defesa da profissão.*

AGRADECIMENTOS

“Porque sem amigos ninguém escolheria viver, ainda que possuísse todos os outros bens” (Aristóteles)

Aos meus pais, **Fernando e Rosana** por serem abrigo, moradia, amor e estímulo. Vocês são fonte de inspiração e força para que eu concluísse esses 4 anos de doutorado. Muito obrigada é pouco para demonstrar minha gratidão. Vocês são minha vida.

Ao **Gui e a Lá** por caminharem juntos e estarem construindo e fortalecendo cada dia mais nossa família. Vem Manu!

Ao meu amor, **Gregory**, por vibrar a cada vitória, por me incentivar, por se orgulhar e me encher de confiança, por estar comigo mesmo não estando, por atravessar o mundo e ir me acolher, fazendo me sentir em casa. Por me presentear com sua família, Silvania, Orville, Isadora, Lucca e Erick. E, por ser meu presente e agora meu futuro. Amo você!

À minha orientadora-amiga **Maria José**, com quem aprendi tudo que sou como pesquisadora e professora e muito do que sou como pessoa. Com toda sua generosidade, compartilhou saberes, compartilhou sua vida, sua família e momentos inesquecíveis. São 10 anos de muitas histórias e jornadas que nos construíram assim como somos, uma conexão louca de energia, carinho e amor. Você é luz!

Às professoras da Escola de Enfermagem da UFMG e às professoras da UFSC por deixarem a sementinha da academia em meu coração e muito aprendizado. Vocês foram muito generosas.

To the professors and workers from *University of Toronto (UofT)*, to received me so kindly. Especially, **Prof. Elizabeth** to be so patient, lovely and comprehensive, helping me through the whole process and sharing with me your ideas and knowledge. I am so grateful. It was the greatest experience of my whole life.

To Yao, Laura, Kristin, Veronica, Maria and Liza to make my days in Canada as if I were at home. Thank you girls. I learned a lot from you.

À minha amiga e companheira de todas as horas **Lilian Rezende** por simplesmente ser tudo. Obrigada por escutar e acolher todas as minhas inseguranças, por compartilhar alegrias, entusiasmos, ideias e planos. Obrigada por toda parceria na escola e, principalmente na vida. Obrigada por nos dar o Sam! Mais precioso e amoroso. Amo você amiga... Para sempre!

À **Biazinha**, flor mais cheirosa do jardim! Você parece que está conectada comigo todo o tempo. Não estamos juntas fisicamente na maior parte do tempo, mas sempre estamos juntas no coração. Uma sempre pela outra. Papos mais filosóficos e intelectuais para entendermos da vida, do amor, das flores e do caminho. Você é minha inspiração.

Às minhas amigas **Lívia Montenegro, Heloíza Rennó, Cecília Cardoso, Jéssica Amaral, Thaisinha, Marcela** por proporcionarem momentos de alegrias, por compartilharem o trabalho e conhecimentos. Vocês fazem parte desse momento de forma muito especial. E a todos os amigos do NUPAE por estarmos juntos nessa batalha prazerosa que é a construção do conhecimento.

Às minhas amigas de vida: **Ana Cláudia, Ana Luiza, Shaiana, Lorena, Thaína, Elaine, Luciana**. Cada uma com seu jeitinho me faz ser quem eu sou e buscar por ser a melhor. Elas merecem! Vocês são a paz e a luz que a vida necessita.

Às minhas novas colegas Fê e Luana, já tenho carinho imenso. Parece até que já conhecia. Obrigada por me receberem no novo desafio. Com vocês está mais fácil.

À Maria do Carmo por apostar em mim e me dar a oportunidade de aprender, crescer e trabalhar em prol do SUS.

À minha família **Caram e Silva**, todos os primos, tios e agregados que completam a família buscando pelo propósito de sermos unidos e uns pelos outros. A minha

vitória é de vocês e o contrário sempre será! Amo vocês. Obrigada pelos momentos que só temos no ceio e no coração da família.

À **CAPES, FAPEMIG, CNPq** por financiarem o sonho de ser pesquisadora e torná-lo realidade. I also appreciate the **Canadian Government** to funding me in the greatest experience of my life at University of Toronto (UofT).

Agradeço a **Deus** por me dar coragem para buscar pelos meus sonhos, por me dar saúde e por colocar as melhores pessoas no meu caminho. Essa tese só existe por causa das pessoas! O caminho só faz sentido por causa das pessoas. Sou grata e extremamente feliz por ter as melhores para compartilhar essa grande conquista.

EPÍGRAFE

*Só fazemos melhor aquilo que repetidamente insistimos em melhorar. A busca da excelência não deve ser um objetivo, e sim um hábito
(Aristóteles).*

RESUMO

CARAM, C.S. Processo de sofrimento moral de enfermeiros: desafios éticos na prática profissional no contexto hospitalar. 2018. – 140f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.

O sofrimento moral no trabalho em saúde constitui um problema ético emergente, sendo que sua vivência reflete na prática profissional dos indivíduos, perpassando questões organizacionais e gerenciais. O ambiente hospitalar, principalmente setores fechados como o Bloco Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva, constitui locus privilegiado de vivências de sofrimento moral por enfermeiros. A complexidade e as particularidades do trabalho realizado nestes setores por esta categoria profissional, geram repercussões importantes na qualidade do cuidado e nas suas condições físicas e psíquicas dos profissionais. O objetivo do presente estudo foi compreender o processo de sofrimento moral de enfermeiros em setores fechados de um hospital e sua relação com os valores ético-morais da prática profissional. Trata-se um estudo de caso único integrado, com abordagem qualitativa, desenvolvido no Bloco Cirúrgico e na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de grande porte, privado, localizado na cidade de Belo Horizonte/MG. Os participantes da pesquisa foram a totalidade de enfermeiros que atuam nos setores mencionados. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais seguindo um roteiro semiestruturado e observação. Os dados foram coletados após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes. A análise dos dados seguiu os polos cronológicos da Análise Temática de Conteúdo, com o auxílio do *software* ATLAS.ti, sob a luz da Ética da Virtude. Os dados revelaram aspectos ético-morais do cotidiano de trabalho de enfermeiros que são potenciais desencadeadores de sofrimento moral. Tais aspectos estão relacionados ao excesso de trabalho, ao distanciamento do fazer que os enfermeiros idealizaram na formação, à realidade da prática cotidiana, ao não reconhecimento do trabalho do enfermeiro, ao trabalho burocrático em detrimento do assistencial e às questões institucionais. Percebe-se que a vivência do sofrimento moral, em unidades hospitalares, retira o enfermeiro do protagonismo do seu agir, descaracterizando sua prática profissional e colocando-o na invisibilidade, uma vez que ele não se

reconhece e não é reconhecido no seu fazer, ocasionando em desafios éticos importantes para o profissional, para a instituição e para a profissão.

Descritores: Enfermagem; Dano Moral; Ética na enfermagem; Ética da Virtude.

ABSTRACT

CARAM, C.S. Process of moral distress of nurses: ethical challenges in professional practice in the hospital context. 2018. – 140f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.

The moral distress in health work is an emerging ethical problem. His experience reflects in the professional practice of individuals, passing organizational and managerial issues. The hospital environment, especially closed areas such as the Surgical Block and the Intensive Care Unit, is a privileged locus of experiences of moral suffering by nurses. The complexity and particularities of the work carried out in these sectors by this professional category, have important repercussions on the quality of care and on the physical and psychological conditions of the professionals. The aim of this study was to understand the moral suffering process experienced by nurses in enclosed areas of a hospital in the context of professional practice, considering the invisibility and the ethical and moral challenges. This is a study of integrated single case with a qualitative approach, developed in the surgical ward and the intensive care unit of a large hospital, private, located in the city of Belo Horizonte / MG. The participants were all nurses who work in the mentioned sectors. Data collection was conducted through individual interviews with semi-structured script and observation. The Ethics Committee of the institution and signing the Consent and Informed (IC) by the participants collected data after approval of the project. Data analysis followed the chronological poles contents of Thematic Analysis, with the help of ATLAS.ti software, under Virtue Ethics Theory. The research is relevant, given the working conditions of nurses in the hospital setting. The data showed ethical and moral aspects of the daily work of nurses who are potential triggers of moral distress. These aspects are related to overwork, the distancing of doing that nurses conceived in training and the reality of everyday practice, the non-recognition of the nurse's work, clerical work at the expense of care, and institutional issues. It is noticed that the experience of moral distress in hospitals removes nurse his acting role, dismissing their practice, putting it in invisibility each other and the "I" in that it does not recognize in their work, given that the institution does not devises ways so that it develops a professional practice consistent with what he expected.

Key-words: Nursing; Moral damage; Nursing ethics

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Marco conceitual para a análise do Processo de Distresse Moral, Florianópolis, 2016.....	29
Figura 2: Apresentação do estudo de caso único.....	49
Quadro 1: Artigos propostos para a tese, Belo Horizonte, 2018.....	58
Figura 3: Marco conceitual para a análise do Processo de Distresse Moral no contexto da prática.....	66

Sumário

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Reflexões iniciais: das vivências no campo da enfermagem às inquietações	13
1.2. Contextualizando a Problemática do Estudo	15
1.3. Objetivo geral	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1. O hospital como espaço de incertezas, conflitos éticos e de produção de subjetividades	21
2.2. O processo de sofrimento moral: concepções teóricas	27
2.3 A Prática e identidade na perspectiva filosófica de MacIntyre e Claude Dubar	36
2.4. Reflexões epistemológicas sobre os valores ético-morais	42
3. PERCURSO METODOLÓGICO	48
3.1. Tipo de estudo e delineamento metodológico	48
3.2. Cenário da pesquisa	51
3.3. Participantes da Pesquisa	52
3.4. Coleta de dados	53
3.5. Análise dos dados	55
3.6. Aspectos Éticos da Pesquisa	58
4. RESULTADO E DISCUSSÃO	58
4.1 ARTIGO 1: O sofrimento moral em enfermeiros à luz da ética da virtude 59	
4.2 ARTIGO 2: Invisibility of the Self: Reaching for the Telos of Nursing within a Context of Moral Distress	79
4.3 ARTIGO 3: Acreditação hospitalar: a excelência como fonte de sofrimento moral para enfermeiros	98
4.4 ARTIGO 4: Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar	110
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	120
ANEXOS	125
APÊNDICES	135

1. INTRODUÇÃO

1.1. Reflexões iniciais: das vivências no campo da enfermagem às inquietações

Admite-se geralmente que toda arte e toda investigação, assim como toda ação e toda escolha, têm em mira um bem qualquer; e por isso foi dito, com muito acerto, que o bem é aquilo a que todas as coisas tendem (Aristóteles, 2015, p.1)

A Enfermagem é a minha profissão. Desde minha trajetória acadêmica, até minha atuação como enfermeira assistencial e como pesquisadora, a Enfermagem me intriga e me move-motiva com questionamentos concernentes à prática profissional e à visibilidade na sociedade e na equipe de saúde. Nesse sentido, tenho me debruçado sobre a temática da subjetividade em busca da compreensão do universo da prática de enfermeiros, haja vista sua relevância no campo da saúde e na minha vida.

Durante a graduação, os estágios que marcaram meu percurso acadêmico foram realizados em instituições hospitalares, talvez por não enxergar no hospital o que eu via claramente na atenção primária à saúde: uma prática profissional do enfermeiro delineada e reforçada pelos pares e por quem se beneficiava dela. Assim, o hospital representou um cenário marcado por indagações que percorreram meu aprendizado, haja vista que, em muitos momentos, deparei-me com uma Enfermagem desvalorizada e sem reconhecimento.

Posteriormente, fui atuar como enfermeira em uma unidade de urgência e emergência, onde o sentimento que vivenciei na graduação potencializou-se. Na Unidade de Pronto Atendimento, encontrava dificuldade em atribuir sentido ao trabalho que realizava, pois vivenciava contradições na prática profissional. Entre as contradições, destacavam-se: o distanciamento entre as atividades que realizava do cuidado voltado para o paciente; a falta de autonomia nas decisões que envolviam o cuidado ao paciente, embora aquelas relacionadas às burocracias da unidade fossem de responsabilidade das enfermeiras; o não reconhecimento por parte dos pacientes e da equipe médica do trabalho exercido pela enfermagem; a não

credibilidade das atividades de enfermagem pela equipe médica; o salário defasado e; a falta de apoio e de valorização da gestão da unidade para as questões que envolviam a equipe de enfermagem, apesar de a coordenadora de enfermagem não medir esforços para lutar por elas.

Dessa forma, a prática profissional que eu realizava na unidade se distanciava da enfermagem que idealizei durante a formação. Além disso, o sistema de recompensas tais como o salário, o status e a valorização advindos da busca pela profissão, não eram capazes de sozinho, motivar-me, principalmente, porque se diferenciava daquilo que as outras categorias profissionais alcançavam, gerando sentimento de injustiça.

Cabe salientar que as reflexões que permearam minha prática profissional na unidade foram influenciadas pela experiência que tive como aluna de iniciação científica durante toda a graduação. A participação em pesquisas contribuiu para o desenvolvimento da percepção crítica do trabalho em que estava inserida, assim como me motivou a estudar questões que envolvem o trabalho da enfermagem. Assim, surgiu o questionamento que deu origem à minha dissertação de mestrado: Quais os sentidos do trabalho para profissionais de saúde que atuam no CTI de um hospital universitário?

No mestrado, além de identificar os sentidos que os profissionais de saúde atribuíam ao trabalho, como sendo a razão de fazê-los permanecerem na profissão, foi possível identificar situações e experiências do cotidiano que desencadeavam sentimentos de angústia e de sofrimento na equipe de enfermagem. Tais sentimentos e vivências foram cristalizados nos depoimentos de enfermeiros, em especial, alguns que se encontravam em aviso prévio e que mencionaram a intenção de abandonar a profissão (CARAM, 2013).

Contradições na prática profissional da enfermagem suscitaram questões éticas que me inquietaram no que concerne à produção de subjetividades na enfermagem, bem como sua visibilidade em diferentes espaços. Questões éticas relacionadas à qualidade da assistência prestada, às relações com a equipe de saúde, pacientes e familiares, à infraestrutura para prestar os cuidados adequados e à tomada de decisões, as quais influenciam o modo de ser e de agir de enfermeiros, sendo potenciais geradores de sentimentos como tristeza, frustração, angústia e sofrimento moral.

Diante dos desafios éticos relacionados à prática profissional da enfermagem surge a presente tese, exprimindo a materialização da minha busca por respostas e construções no campo da enfermagem.

Após a execução do projeto de doutoramento e análise preliminares dos dados tive a oportunidade de fazer Doutorado Sanduiche no Canadá, na University of Toronto, sob a supervisão da Prof^a. Dr^a Elizabeth Peter. Tal vivência me proporcionou, além do aprofundamento e articulações teóricas, escutar e descobrir a enfermagem de outras partes do mundo (Canadá, China, Espanha, Noruega, Irã, Ghana, entre outros). Foi possível sentir que a enfermagem é uma prática reconhecida por nós, enfermeiras, independentemente do idioma ou país, sendo que, o que nos diferencia são os estímulos externos que recebemos de status, salários e reconhecimento diante da busca por essa prática. Foi extremamente enriquecedor discutir e perceber que compartilhamos da prática da enfermagem e também de algumas angustias que a busca por ela nos ocasiona. O caminho que construí nessa tese e que desvela os resultados da presente pesquisa é fruto desse caminho-construção.

Em face ao exposto, após aproximação com a teoria da ética da virtude de MacIntyre, busquei compreender o processo de sofrimento moral e sua relação com os valores ético-morais da prática profissional em um contexto hospitalar que é marcado por desafios éticos. O marco teórico-conceitual adotada para analisar o sofrimento moral baseia-se no marco conceitual proposto por Ramos et. al (2016).

1.2. Contextualizando a Problemática do Estudo

O trabalho na saúde é permeado por problemas morais que se apresentam, diariamente, para os profissionais, exigindo o posicionamento dos mesmos e influenciando os seus modos de agir. Os problemas morais referem-se às contradições cujas escolhas abarcam valores e deveres, o que remete às questões complexas que podem envolver o distanciamento entre o intelecto e a realidade, exigindo deliberação sobre os fatos (ZOBOLI, 2012).

A deliberação moral acontece quando o indivíduo consegue concretizar a ação que ele julga moralmente adequada, preservando sua integridade moral. Nas

palavras de Zoboli (2012), é uma escolha moralmente prudente entre alternativas, considerando o valor relacionado.

O ambiente hospitalar é um local cuja vivência de problemas morais é constante, devido à sua natureza e à organização do trabalho. Especificamente em setores fechados, como o Bloco Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva, a prática profissional é marcada por incertezas, ambiguidades e contradições que, em diversas situações, estão relacionadas a problemas morais (CARAM et al., 2016; RAMOS et al., 2016a; BARLEM; RAMOS, 2015; SILVEIRA, et al., 2014; DALMOLIN et al., 2012; WIEGAND; FUNK, 2012; FERNANDES; MOREIRA, 2012; AUSTIN et al., 2009; EPSTEIN; DELGADO, 2010).

Esses autores apontam, ainda, que problemas morais, no contexto dessas unidades, estão relacionados à práticas incoerentes e inadequadas no que concerne às necessidades de cuidado; à atitude perante à vida e à morte; aos cuidados na ressuscitação cardiopulmonar; à futilidade de intervenções no fim da vida (obstinação terapêutica, não ressuscitação, o respeito à autonomia e à dignidade do paciente); à recusa dos pais para prolongar a vida, nas unidades pediátricas; à decisão sobre divulgar ou não informações para o paciente/familiar; à pouca autonomia do enfermeiro nos tratamentos; aos conflitos com os médicos e com a política institucional; à infraestrutura e às condições inadequadas de trabalho; às relações profissionais precárias; à falta de domínio relacionada às competências profissionais (desvio de função, negligência, falta de capacitação e de reconhecimento); à desqualificação do cuidado (não humanizado, falta de comunicação e óbitos evitáveis) e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde (direito à saúde, acolhimento inefetivo e falta de atendimento médico).

Os enfermeiros se destacam no contexto hospitalar quando se trata da vivência de problemas morais. Isso se deve ao fato de esta categoria profissional corresponder a um expressivo contingente de pessoal; por atuarem na assistência, na gestão do serviço, no ensino e na pesquisa e por permanecerem 24 horas ininterruptas responsáveis pelo cuidado, mantendo contato direto com pacientes e familiares. Em face ao exposto, a complexidade e a particularidade do trabalho do enfermeiro repercutem na qualidade do cuidado e em suas próprias condições físicas e psíquicas (DALMOLIN et al., 2014; BARLEM et al., 2013; BARLEM et al., 2012; SILVINO et al., 2016). Especificamente nos setores fechados, os profissionais vivenciam todos os problemas morais de forma intensa, considerando que a

estrutura física e a organização do trabalho são estruturadas de forma a estimular relações mais próximas e, assim, mais intensas entre a equipe e entre eles e pacientes/familiares.

Nesse contexto de atuação, os enfermeiros têm se deparado com barreiras que os impedem de deliberar, seja por forças institucionais ou devido aos relacionamentos inerentes à prática da enfermagem (PETER, 2015). Mediante os obstáculos, os problemas morais não são solucionados, acarretando experiências de angústia, raiva, frustração e impotência e, até mesmo podendo desencadear vivências sofrimento moral.

O conceito de sofrimento moral foi proposto, inicialmente, por Jameton (1984), o qual apontou o fato de profissionais serem, muitas vezes, impedidos de agir de acordo com seu senso moral, culminando com a manifestação do sofrimento moral. Ao longo de seus estudos, Jameton discutiu que o sofrimento moral não se instala de imediato, sendo precedido por sentimentos como angústia, frustração e raiva.

Para fins deste estudo, assume-se o sofrimento moral como um processo, cuja experiência moral é considerada singular, tornando-se o sujeito moralmente responsável pela ação que realiza. O profissional se depara com um problema moral, tece seu julgamento, mas é impossibilitado de agir de acordo com seus valores, caracterizando, assim, o sofrimento moral. Nesse caso, o processo de deliberação moral é interrompido devido a obstáculos que impedem o posicionamento ético-moral do enfermeiro frente ao problema moral (RAMOS et al, 2016b).

A vivência de sofrimento moral, devido ao caráter processual e ao seu desenvolvimento ao longo do tempo, pode levar o enfermeiro a não se posicionar, o que se caracteriza, pelos autores, como “estagnação na incerteza”. Esta ocorre quando o profissional não é capaz de se posicionar de acordo com seus valores ético-morais, de deliberar ou de enfrentar o problema moral (RAMOS et al., 2016b), desenvolvendo sua prática profissional de forma mecânica e acrítica.

Percebe-se, pois, que a vivência de problemas morais requer o constante posicionamento crítico do enfermeiro. Contudo, nem sempre é possível efetivar práticas coerentes com seu julgamento moral, o que exclui o enfermeiro do exercício do seu protagonismo no fazer cotidiano. Significa estabelecer uma relação direta entre a prática e o reconhecimento de si no contexto de trabalho.

Dubar (2012), discorre sobre a importância das profissões na construção do indivíduo e das coletividades, sendo fonte de reconhecimento social e de realização de si, além de compor as identidades profissionais. O autor chama essa construção de socialização profissional, na qual se “estruturam mundos do trabalho e que se definem os indivíduos por seu trabalho” (*Ibid.*, p. 358), mediante relações consigo e com o outro e expectativas e realidades relacionadas às atividades desempenhadas. Assim, o indivíduo se constrói mediante sua prática.

A relação entre o sofrimento moral, no contexto da prática profissional, e a conformação das identidades profissionais está na não concretização do que se propõe a fazer como profissional. A não realização da prática profissional em conformidade com seu julgamento ético afeta o reconhecimento de si, uma vez que o profissional não percebe o seu protagonismo no contexto da prática.

A prática, na perspectiva de MacIntyre (2007) é considerada qualquer forma coerente e complexa de atividade humana cooperativa, socialmente estabelecida, através da qual os bens internos a ela sejam realizados no decorrer da tentativa de alcançar padrões de excelência da prática. E, na busca pelo bem interno o bem externo pode ser alcançado. Embora ele não caracterize a prática é obtido mediante a busca do indivíduo por ela.

Assim sendo, a prática profissional é composta por bens internos e externos. No que diz respeito ao bem interno, pode-se dizer que é a finalidade da atividade, a qual já vem com a profissão em sua história e tradição, sendo aquilo que lhe legitima e confere sentido. Na busca pelos bens internos, o profissional pode deliberar sobre os modos de fazer, mobilizando hábitos e atitudes referentes à sua época, mas não sobre o fim, porque ele já é dado. Portanto, o bem interno da prática profissional é o fim que lhe é próprio (*telos*) (MACINTYRE, 2007). Esses hábitos e atitudes são considerados como virtudes, sendo virtuoso aquele que, na busca pelo *telos* da prática, almeja ser o melhor e o mais competente possível (CORTINA, 2005). A virtude, dessa forma, é incorporada ao mundo dos valores que norteiam a prática profissional na busca pela excelência e não um meio para alcançar o bem.

Como consequência do alcance do bem interno da prática, no cotidiano de trabalho ocorre o ganho de dinheiro, status e prestígio profissional entre outros, sendo estes, considerados bens externos. Esses bens não conferem sentido a prática profissional, mas são reconhecidos como fruto da virtude pelo alcance do bem interno (MACINTYRE, 2007).

Nessa ótica, a prática para fins do presente estudo, possui uma conotação que transcende a mera realização de tarefas, compondo um processo de identificação social e pessoal, além de envolver a mobilização de valores, sejam aqueles que os indivíduos adquirem nos processos de socialização ao longo da vida ou sejam eles próprios da profissão e que fazem parte do bem interno. Assim, a prática é uma atividade desempenhada com base em valores que guiam os profissionais para que sejam capazes de defender a profissão e de prestar um serviço à comunidade (CORTINA, 2005), caracterizando e legitimando a própria prática.

A relação entre a prática e o sofrimento moral se revela quando ocorre o cerceamento da deliberação moral do enfermeiro no desenvolvimento de sua prática, devido à impotência para agir de forma coerente com seu julgamento moral, mediante a vivência de problemas éticos. Tal deliberação é influenciada por valores que o enfermeiro mobiliza para embasar sua decisão e sua prática, inclusive por aqueles relativos à defesa da profissão, isto é, de seu *telos*. Quando a deliberação é reprimida e o sofrimento moral se revela, ocorre a descaracterização da prática do enfermeiro perante si mesmo, perante seus pares e à sociedade, repercutindo no reconhecimento de si e de sua prática.

Estudos sobre o processo de sofrimento moral de enfermeiros são importantes para a discussão das experiências e estratégias de enfrentamento em um cotidiano permeado por problemas morais. Cabe destacar a importância de estudos sobre essa temática no contexto da prática de enfermeiros, haja vista que o sofrimento moral produz consequências negativas para a profissão, para o sistema de saúde e, individualmente, para o enfermeiro (PETER, 2015; WIEGAND; FUNK, 2012). As repercussões do sofrimento moral para a profissão merecem destaque, considerando que o mesmo tem desconfigurado a prática de enfermeiros, inclusive provocando o abandono da profissão e influenciando na qualidade do serviço prestado.

Cabe destacar que, embora o processo de sofrimento moral seja uma temática estudada no Brasil e no exterior e que suas causas e consequências estejam em destaque, ainda emergem questionamentos quando se consideram os desafios éticos que compõem a prática do enfermeiro. Surgem, pois, as seguintes questões norteadoras: (i) Como se delinea o processo de sofrimento moral de enfermeiros que atuam em setores fechados de unidades hospitalares,

considerando os desafios éticos de suas vivências? (ii) Como os enfermeiros desenvolvem a prática em meio aos desafios éticos? Além de discutir as vivências de sofrimento moral, é fundamental refletir e debater sobre os desafios ético-morais e as relações que estabelecem com o processo de sofrimento moral, bem como as repercussões para as instituições, para a qualidade do cuidado e para a prática.

O presente estudo poderá suscitar reflexões acerca da subjetividade inscrita no trabalho de enfermeiros em setores fechados de um hospital e sobre a forma como a prática configura-se em meio aos desafios éticos. O estudo poderá também contribuir para que os modos de fazer saúde e o enfrentamento dos problemas morais sejam considerados no processo de deliberação individual e institucional. Necessário se faz provocar reflexões sobre as vivências de sofrimento moral de enfermeiros em setores fechados, fornecendo subsídios para a proteção das vivências de sofrimento moral, mediante a construção de ambiente de trabalho saudáveis e protetores e contribuindo para que eles possam agir de acordo com seus valores e seu julgamento moral.

Considerando o exposto, defende-se a seguinte tese: **O processo de sofrimento moral em enfermeiros que atuam em setores fechados de hospitais interfere em seus valores ético-morais, reconfigurando seus modos de ser e de agir, influenciando o reconhecimento de si e da prática.**

1.3. Objetivo geral

Compreender o processo de sofrimento moral de enfermeiros em setores fechados de um hospital e sua relação com os valores ético-morais da prática.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

...devemos acatar, não menos que as demonstrações, os aforismos e opiniões não demonstradas de pessoas experientes e mais velhas, assim como das pessoas dotadas de sabedoria prática. Com efeito, essas pessoas enxergam bem por que a experiência lhes deu um terceiro olho (Aristóteles, 2015, p. 111).

2.1.O hospital como espaço de incertezas, conflitos éticos e de produção de subjetividades

O hospital é um espaço institucional influenciado por paradgimas organizacionais e técnico-científicos desde a sua origem, uma vez que se configurou e se transformou de acordo com a época, considerando os aspectos socioeconômicos e culturais.

Na época medieval, os hospitais surgiram associados à ordem religiosa e funcionaram sob seu comando, sendo chamados de “Casas de Deus” ou “Casas de Misericórdia” (NETO et al., 2012). O atendimento era focado nas questões espirituais e da salvação, entretanto, a evolução desses espaços deu origem a um local de segregação social e acolhimento dos pobres (NETO et al., 2012; FOUCAULT, 2012; SANGLARD, 2006).

Os autores apontam que o pobre, quando doente, era um perigo potencial para a sociedade, sendo o hospital um local para recolhê-los, retirando-o do contato

com os outros e para garantir a salvação no momento da morte. Portanto, a cura do paciente ficava relegada a segundo plano e a prática médica ainda não era hospitalar, sendo realizada de forma pontual.

Somente na segunda metade do século XVIII foram estabelecidas as bases do que hoje se conhece dos hospitais modernos. Os hospitais deixaram de ser propriedades religiosas e o Estado passou a se responsabilizar pela doença e a ciência a compor sua configuração (NETO et al., 2012). Foi na época da Revolução Industrial que os hospitais tomaram a conotação terapêutica, uma vez que as condições sociais da população passaram a se tornar preocupação (FOUCAULT, 2012).

Embora os hospitais começassem a se tornar terapêuticos, eles ainda apresentavam problemas estruturais e condições sanitárias precárias, levando a mais mortes do que se esperava (NETO et al., 2012). Foi a partir daí, que a Medicina começou a compor o ambiente hospitalar, no sentido de minimizar os efeitos negativos que a própria organização hospitalar proporcionava aos doentes, tornando-o uma máquina de cuidar (FOUCAULT, 2012, p.173).

O ambiente estrutural, os espaços internos, o movimento do hospital e as pessoas passaram a ser vigiados e analisados, mediante a uma tecnologia política chamada por Foucault (2012) de disciplina. O autor descreve a disciplina como “uma técnica de exercício de poder” (*Ibid.*, p.179) no sentido de controlar e de gerir o homem constantemente.

No contexto do hospital, a disciplina apresentou-se como uma forma de organização hospitalar com vistas a produzir benefícios e a cura dos doentes, tornando-se um ambiente terapêutico (FOUCAULT, 2012). Para tal, o autor discute que o poder disciplinar foi delegado ao saber médico, devido ao que era considerado doença naquela época. A doença era vista como uma ação do meio sobre o indivíduo e, assim, a Medicina dirigiu seu olhar para o ambiente que circundava o doente. Isto é, para o mesmo sentido em que o enfoque hospitalar foi direcionado quando seus malefícios foram destacados. Daí a articulação entre o poder disciplinar, o hospital e a intervenção médica, os quais constituem as bases do hospital moderno.

A vigilância dos pacientes e dos profissionais foi estabelecida para assegurar a disciplina hospitalar (FOUCAULT, 2012) transformando as suas condições para

receber os doentes. Surgindo, assim, a dinâmica hospitalar que ainda rege as instituições atuais, as quais, em função terapêutica, definem que

os doentes serão individualizados e distribuídos em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplinam seja um instrumento de modificação em função terapêutica (*Ibid.*, p. 184).

Essa forma de organização hospitalar modificou a disposição geográfica dos hospitais nas cidades, bem como sua visibilidade perante a sociedade, destituindo seu caráter mórbido de antes. A organização espacial, no interior dos hospitais, transformou-se, priorizando a individualização dos doentes e a manipulação do ambiente de acordo com suas condições, sendo que “o espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos” (FOUCAULT, 2012, p. 185). Além de sua função de cura, o hospital tornou-se um local de acúmulo e de formação do saber mediante os registros e os avanços tecnológicos e científicos.

A respeito da distribuição de leitos nessa época, cabe salientar sua incoerência, uma vez que eles ainda eram destinados aos “incuráveis” sendo que, naquele momento, o foco era a cura (SANGLARD, 2006). Discussão, essa, importante e que prevalece no sistema de saúde ainda hoje, gerando estratégias como a atenção domiciliar para cobrir tal lacuna.

No século XIX, o hospital tornou-se um espaço dominado pela prática médica, sendo a organização espacial realizada em função dos atendimentos médicos. Acompanhando essa evolução, a enfermagem profissionalizou-se após o alcance de Florence Nightingale na guerra da Criméia (1853-1856), compondo a equipe de saúde nos hospitais.

Embora os hospitais, no século XIX, modificaram seu enfoque e transpuseram a beneficência, ainda existiam as instituições filantrópicas, com a presença de médicos que se dedicavam aos cuidados dos pobres e daqueles excluídos dos hospitais. Cabe salientar que os hospitais filantrópicos compuseram o nascimento do hospital e ainda hoje permanecem como peças fundamentais do sistema de saúde, apesar de sua natureza não ser mais exclusivamente de caridade, mas de cuidado e de assistência de qualidade.

A criação do instituto Pasteur, na França em 1888, representou a modernização dos hospitais filantrópicos e criou meios de controle social e de

combate à pobreza (SANGLARD, 2006) mediante a pesquisa médica. A autora aponta, ainda, que o Estado, percebendo a potencialidade do instituto e para garantir que os avanços atingissem toda a população, firmou sua parceria com ele.

No Brasil, a trajetória foi parecida, com a criação, em 1887, da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), a qual apoiou as pesquisas médicas e a criação de institutos como Instituto Soroterápico Federal em 1900 e o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) em 1901 (BAPTISTA, 2007). Essas ações compuseram a reforma de saúde característica do início do século XX.

O século XX foi marcado pelas possibilidades terapêuticas e tecnológicas da Medicina no ambiente hospitalar, representando o acúmulo da Medicina de ponta (NETO et al., 2012). Ademais, os hospitais passaram a ser considerados espaços fundamentais para as políticas sanitárias e demográficas, resquícios advindos dos avanços médicos de prevenção à saúde propostos por Pasteur, na França e, no Brasil, iniciados por Oswaldo Cruz (SANGLARD, 2006).

Especificamente esse momento no Brasil foi marcado por uma reforma que, para muitos, como afirma Baptista (2007), foi considerada um “código de torturas”, dada a austeridade com que ações sanitárias foram impostas à sociedade. A autora assinala que as pessoas reconhecidas como doentes, se não tinham dinheiro para se isolarem fora da cidade, eram encaminhadas aos hospitais, os quais adquiriram uma péssima imagem por parte da sociedade, uma vez que os pacientes eram conduzidos a eles para o isolamento e para a morte.

Apesar desse momento conturbado, os ganhos para a saúde pública foram expressivos, levando à criação da Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP) pelo Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, garantindo a ação do governo federal na reforma estrutural da saúde pública brasileira (BAPTISTA, 2007). Esse momento foi um marco para a saúde pública no Brasil, haja vista que deslocou os atendimentos pontuais que eram realizados nos hospitais para a saúde coletiva, com enfoque de ações preventivas sobre a população.

Nos anos de 1950, o país encontrava-se em ascensão industrial e com uma massa de trabalhadores que precisava ser atendida pelos serviços de saúde. Cabe destacar o papel do capitalismo que acentuou as desigualdades e a pobreza no país, acarretando uma luta pelo acesso aos serviços (PAIM, 2013). Os hospitais, nesse contexto, foram ampliados e se tornaram altamente tecnológicos, prestando serviços de alta qualidade e onerosos, sendo referência de serviço para o

atendimento em saúde, mas, ao mesmo tempo, tornaram-se excludentes (BAPTISTA, 2007).

A autora ressalta que nessa fase de franca expansão o país foi assolado pela ditadura militar (1964), que deu evidência à assistência médica, ao setor privado e ao domínio, por parte do Estado, do sistema previdenciário. E para dar conta da demanda surgiu o “complexo médico-empresarial”, com alta nos gastos e na ênfase hospitalar. Embora tenha sido a época do “milagre econômico”, a pobreza destacou-se (PAIM, 2013), faltando, por parte do governo, preocupação com o direito à atenção à saúde e com as políticas públicas de forma geral.

Diante dessas insatisfações, nos anos de 1970 iniciaram-se as transformações políticas da saúde, mediante o movimento da Reforma Sanitária, o qual buscava o direito à saúde e o dever do Estado em garanti-lo (PAIM, 2013). Nesse movimento de redemocratização, durante a Reforma Sanitária, que a Constituição Federal de 1988 promulgou o Sistema Único de Saúde (SUS), criando a estrutura de sistema que se tem atualmente.

A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, em seu Art. 8º, definiu que o SUS seria organizado de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade, sendo que a participação da iniciativa privada seria direta ou complementar (BRASIL, 1990). É nesse momento que, na organização dos serviços em baixa, média e alta complexidade, o hospital tem sua posição imposta, sendo ele considerado o topo da pirâmide dos serviços de saúde (alta complexidade).

Tal posição, concretizada na década de 1990, explica o papel de destaque que é conferido ao hospital na sociedade, isto é, um local com alta densidade tecnológica, serviços médicos durante 24 horas e complexidade de atendimento. As práticas assistenciais desenvolvidas no âmbito hospitalar são associadas ao exercício da Medicina e ao aparato tecnológico moderno. Nesse sentido, é um local permeado por expectativas por parte da população se constituindo como a expressão e a representação do sistema de saúde (NETO et al., 2012).

Atualmente, essa lógica está sendo invertida pela proposta da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como forma de horizontalizar a organização dos serviços de saúde, isto é, rompendo com a hierarquização entre eles (MENDES, 2011). Nessa perspectiva, o hospital passa a ser mais um entre os serviços que compõem o sistema, comunicando-se com os demais, sem perder sua estrutura, complexidade tecnológica e função. Ao contrário, a inversão dessa lógica permitiu a reconfiguração

do ambiente hospitalar para o uso sustentável de seus recursos, readequação do espaço físico para atendimento à demanda, profissionalização da gestão, influenciando na qualidade da assistência e em sua participação na RAS.

Diante disso, o hospital configura-se como uma grande empresa, incorporando traços do modelo organizacional e burocrático, defendendo princípios e noções como o da eficácia, da produtividade, da competência, da qualidade, do cliente e do desempenho e da excelência (BRITO et al., 2010; MENDES, 2011; ANUNCIAÇÃO; ZOBOLI, 2008). Mas também, precisa considerar valores humanos, uma vez que o objeto da ação são as pessoas e suas vidas.

A esse respeito, Anunciação e Zoboli (2008) discorrem que a instituição hospitalar se diferencia das demais organizações pelo fato de a natureza do serviço prestado envolver as pessoas e a própria vida, sendo imprescindível a presença de valores que regem a conduta, sendo eles valores assistenciais, administrativos e relativos ao compromisso social.

Os valores sociais referem-se à autonomia dos pacientes, à busca da melhoria contínua, à competência técnica, à atenção integral, à educação em saúde, ao foco na assistência, à valorização da excelência técnica e ética e à humanização. Os valores administrativos aludem ao espírito de equipe, ao local de trabalho como casa e à gestão participativa. Os valores relativos ao compromisso social são relacionados à justiça, à cidadania, ao atendimento da comunidade e de suas necessidades, ao compromisso com o sistema de saúde e ao desenvolvimento tecnológico (ANUNCIAÇÃO; ZOBOLI, 2008).

Percebe-se que os hospitais possuem particularidades, se comparados a outras empresas, uma vez que eles têm que harmonizar conceitos como produtividade, lucratividade, desempenho e qualidade aos valores assistenciais, administrativos e relativos ao compromisso social, zelando pela saúde e pelo bem-estar das pessoas.

Ainda, a organização do trabalho em prol desses valores deve ser preparada de forma que os profissionais sejam capazes de encontrar na instituição valores que são compatíveis aos seus para desempenharem uma prática ética, influenciando na forma como eles irão se comportar perante o paciente (ANUNCIAÇÃO; ZOBOLI, 2008). Para tal, as autoras destacam a importância da comunicação e do diálogo entre todos os atores envolvidos nesses espaços.

Portanto, o hospital é um local em que os bens são produzidos no momento do desenrolar da prática profissional, o que é chamado, por Franco e Merhy (2012), de trabalho vivo em ato. A esse respeito, o autor ressalta um encontro entre seres humanos, isto é, entre profissionais, usuários e família que agem uns sobre os outros, operando-se um jogo de expectativas e de produções (FRANCO; MERHY, 2012). Caso a instituição não viabilize valores compatíveis com os dos profissionais e impeça o encontro e a produção do cuidado e dos sujeitos, os profissionais podem ter sentimentos de angústia e vivenciar o sofrimento moral.

2.2. O processo de sofrimento moral: concepções teóricas

O hospital constitui locus privilegiado de vivência dos conflitos da pós-modernidade, haja vista que nele concentram-se procedimentos e intervenções de alta densidade tecnológica, multiplicidade de profissionais de diferentes categorias profissionais com disputas de poder e conflitos de interesses. Associado a estes, há os desdobramentos éticos do acelerado desenvolvimento tecnológico e científico, criação de novos equipamentos diagnósticos e novas modalidades de intervenção terapêutica.

No contexto hospitalar, a prática profissional do enfermeiro é marcada por experiências éticas decorrentes de sua natureza ontológica e relacional e, ainda, por envolver deliberações sobre a saúde e a vida de pessoas. As tomadas de decisão na saúde são consideradas emocionalmente difíceis por Lützén et al. (2006), devido ao fato de estarem relacionadas a fatores como a incompatibilidade de valores, o sentimento de não ter se esforçado o suficiente e a realização de atividades que não são coerentes com a consciência do profissional.

Entre as experiências éticas no trabalho na saúde destacam-se a incerteza moral, o dilema moral e o sofrimento moral. A incerteza moral ocorre quando o profissional percebe como inadequada uma situação. O dilema moral acontece quando o profissional se vê obrigado a escolher entre duas opções conflituosas, sendo que uma inviabiliza a outra, não sendo óbvia, portanto, essa decisão. O

sofrimento moral, por sua vez, desencadeia-se quando existe uma inconsistência entre o que se pensa e a ação realizada (HARDINGHAM, 2004).

Epstein e Delgado (2010) destacam que os estudos da Bioética, ao longo do tempo, deram visibilidade às questões que envolvem o dilema moral em detrimento do sofrimento moral. As autoras justificam tal prioridade devido ao fato de o dilema moral abranger cursos alternativos de ação, permitindo a discussão de princípios éticos. O que não acontece no caso do sofrimento moral, uma vez que não existe alternativa, já que o profissional teceu seu julgamento ético. Nesse sentido, a educação ética tradicional não consegue abarcar questões que envolvem o sofrimento moral.

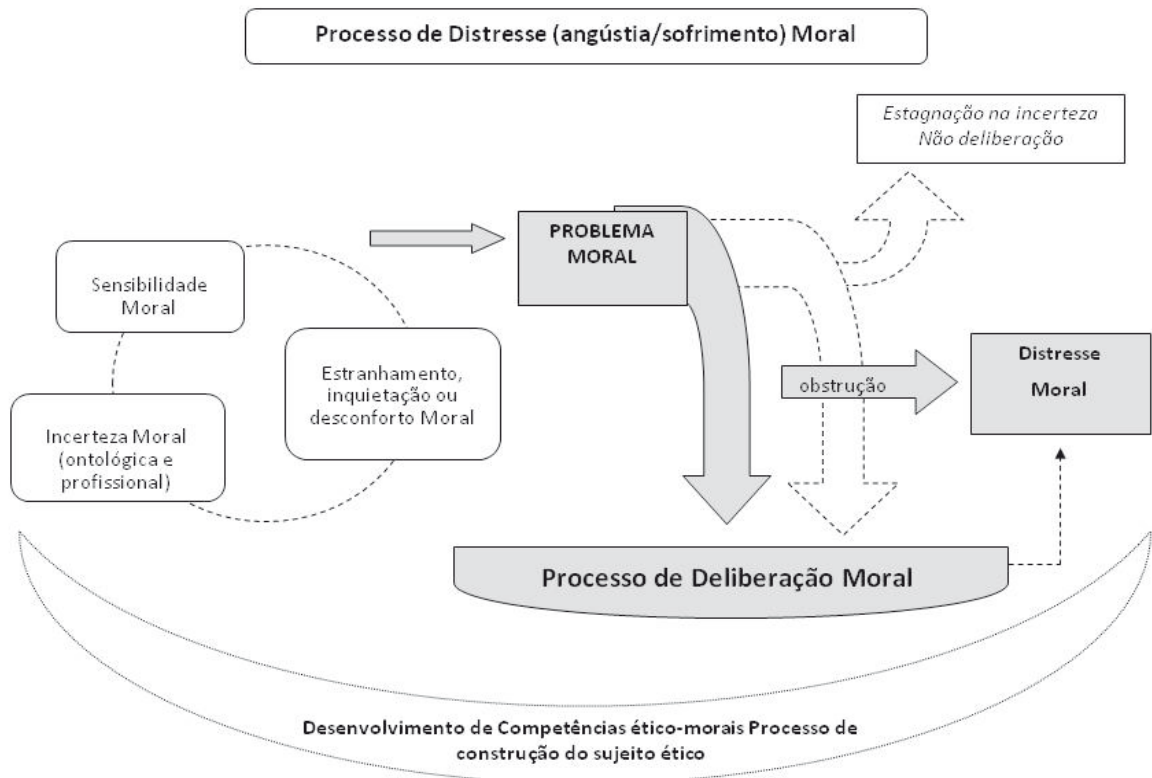
O sofrimento moral foi descrito, inicialmente, por Jameton (1984) como um sentimento doloroso ou um desequilíbrio psicológico que ocorre quando o enfermeiro tem a consciência moral apropriada para a ação, mas não pode operacionalizá-la por questões institucionais, isto é, ele é incapaz de agir de acordo com seu julgamento moral. O autor aponta os estágios de instalação do sofrimento moral como inicial e reativo, sendo o inicial representado pelos sentimentos de angústia, frustração e raiva; e o reativo, pelo obstáculo em agir de acordo com os valores, não sendo possível superar os sentimentos iniciais.

Corley (2002) entende que enfermeiros aprendem e buscam, em sua prática, o melhor para o paciente, sendo que o sofrimento moral se desvela quando esses profissionais não conseguem prover esse bem. Barlem et al. (2013, p. 3) enveredam pelo mesmo caminho, afirmando que “o sofrimento moral se refere ao fenômeno do sofrimento associado à dimensão ética dos cuidados na prática da saúde”, no momento em que o profissional se depara com obstáculos para exercer uma prática ética em consonância com seus valores. Mediante os obstáculos e as barreiras que os impedem de atuar, baseados em seus valores, Dalmolin, Lunardi e Lunardi Filho (2009) destacam que a não ação pode resultar no sentimento de insegurança do próprio profissional seja por falta de apoio suficiente da instituição ou de outras pessoas.

Diante do exposto, os profissionais de enfermagem podem apresentar sofrimento moral como produto da incoerência entre suas ações e seus julgamentos morais o que lhes gera sofrimento e, até mesmo, abandono da profissão.

Para fins deste estudo, o conceito de sofrimento moral utilizado como referencial é o proposto por Ramos et al. (2016b) em um Marco Conceitual para análise do sofrimento moral em enfermeiros, representado na Figura 1.

Figura 1: Marco conceitual para a análise do Processo de Distresse Moral, Florianópolis, 2016.



Fonte: Ramos et al. (2016b)

O Marco Conceitual em questão trata o sofrimento moral como um processo cuja experiência moral é considerada singular, em que o sujeito se torna moralmente responsável pela ação. Cabe salientar que os autores destacam a importância em reconhecer as “experiências ético-morais como contínuas, infindáveis e produtivas em termos de subjetividade e identidade” (RAMOS et al., 2016b, p. 5).

A experiência ético-moral inicia-se pela percepção, por parte do enfermeiro, da existência de um problema moral, o qual exige seu posicionamento (RAMOS et al., 2016b). No que diz respeito ao problema moral, é importante que alguns pontos sejam esclarecidos. Em primeiro lugar, o sofrimento moral não existe se, diante de um problema que exige posicionamento ético-moral pelo profissional, ele se concretizar de forma esperada, isto é, se ocorrer a deliberação moral. Segundo, um

problema moral não é percebido por todos os profissionais da mesma forma, sendo que, para que ele seja visível, são necessários a sensibilidade moral, a incerteza moral e o desconforto moral.

Por sensibilidade moral entende-se a “capacidade de percepção diferenciada, um refinamento, educação ou instrumentalização da percepção” (RAMOS et al., 2016b, p. 6). A sensibilidade moral acontece em ambientes que são permeados por incertezas e por desconforto moral, os quais levam o profissional a perceber determinada situação, a si mesmo e o outro, estando relacionada ao desenvolvimento da incerteza e do desconforto moral (RAMOS et al., 2016b).

A respeito da incerteza moral, os autores apontam que ela pode ser de ordem moral e/ou profissional. A primeira é, fundamentalmente, ontológica e a segunda refere-se à falta de saberes ou de situações que permitem diferentes olhares e julgamentos de valores. A incerteza moral é produtiva, levando o enfermeiro a questionar e a ser crítico perante os problemas morais. No que concerne ao desconforto moral, ele está relacionado ao estranhamento perante às circunstâncias do cotidiano, à inquietação.

A participação do enfermeiro frente ao problema moral, no que concerne à mobilização da sensibilidade moral, da incerteza e do desconforto moral, depende do desenvolvimento do indivíduo ao longo da vida e da formação das competências ético-morais dos enfermeiros (RAMOS et al., 2016b).

O desenrolar do processo do sofrimento moral, após a percepção do problema moral, descrito por Ramos et al. (2016b) pode seguir três desfechos, são eles: o sofrimento moral, a deliberação moral e a estagnação na incerteza.

Sintetizando o processo com seus desfechos, o profissional se depara com um problema moral, tece seu julgamento, mas é impossibilitado de agir de acordo com seus valores, caracterizando, então, o sofrimento moral. Nesse caso, o processo de deliberação moral é interrompido devido à obstáculos que impedem o posicionamento ético-moral do enfermeiro (RAMOS et al., 2016b). Dessa forma, o desfecho caracterizado como deliberação moral ocorre quando o enfermeiro é capaz de se posicionar de acordo com seu julgamento ético-moral.

A vivência de sofrimento moral, devido ao seu desenvolvimento ao longo do tempo, pode levar o enfermeiro ao não posicionamento, sendo tal desfecho chamado pelos autores de “estagnação na incerteza”. A “estagnação na incerteza” ocorre quando o profissional não é capaz de se posicionar de acordo com seus

valores ético-morais, de deliberar ou enfrentar o problema moral (RAMOS et al., 2016b), desenvolvendo sua prática profissional de forma mecânica e acrítica.

O marco teórico, utilizado para fins desse estudo, inova quando entende o sofrimento moral como um processo que mobiliza o profissional na percepção ético-moral, sendo que ele não termina em si próprio. O processo permite que a avaliação dos resultados de uma deliberação moral seja fruto de sofrimento moral como, por exemplo, uma ação moral idealizada que foi modificada durante o processo, além da qualidade, do equívoco ou da insuficiência da deliberação moral e da relativização das convicções.

O processo de sofrimento moral, por seu caráter dinâmico, move os profissionais às transformações, à crítica da prática profissional e às autoanálises, não podendo ser considerado apenas em sua negatividade. Corley (2002) aponta para a perspectiva positiva do sofrimento moral, uma vez que ele é fonte de experiência para que os profissionais tentem evitar e possam posicionar-se frente aos problemas. Ramos et al. (2016b) também discutem a produtividade do sofrimento moral em ser constitutivo do sujeito, uma vez que retira o profissional de sua zona de conforto que, embora o gatilho seja o conflito, contribui para construção do sujeito ético, mobilizando transformações no sujeito.

Por outro lado, o sofrimento moral pode comprometer a integridade e a sensibilidade moral, uma vez que fragiliza os valores e os princípios dos profissionais (MCCARTHY; GASTMANS, 2015; EPSTEIN; DELGADO, 2010; HARDINGHAM, 2004). O profissional, por não ver seus valores serem concretizados na prática, rompe com seu sistema de valores, isto é, com sua integridade moral e, também, com a sensibilidade de perceber o problema moral.

A sensibilidade moral corresponde à percepção do profissional no que diz respeito ao valor imbricado na situação conflito e à consciência de sua responsabilidade, guiando a prática, mediante a motivação moral de fazer o bem (LÜTZÉN et al., 2006). Os autores destacam que a sensibilidade moral não trata apenas de sentimento, emoção e conhecimento para identificar o conflito, mas também da capacidade do profissional em diferenciar o problema comum de um problema de ordem moral, bem como suas experiências e valores.

A integridade moral refere-se à coerência entre os valores do profissional e a ação realizada. Em um cotidiano repleto de conflitos éticos, o profissional para manter tal coerência precisa ser crítico perante as situações que vivencia,

considerando os valores envolvidos para não ser influenciado por elas (HARDINGHAM, 2004). Portanto, torna-se extremamente importante considerar o papel dos valores ético-morais, responsáveis por guiarem as atitudes e os comportamentos dos profissionais, os quais acabam sendo marginalizados quando não são expressos na prática profissional, caracterizando o sofrimento moral.

Os valores ético-morais que compõem a integridade moral são desenvolvidos nos processos de socialização profissional e nos relacionamentos com os outros. Assim, compor a integridade moral perpassa pelo reconhecimento de si e do outro como uma forma de aprovação dos valores que lhe são considerados (HARDINGHAM, 2004). Na prática, as tomadas de decisões, pautadas em valores ético-morais, são fatores de proteção e favorecem os profissionais e o paciente (BARLEM et al., 2013; BARLEM et al., 2012). Cabe esclarecer que a integridade moral não depende apenas do indivíduo, mas também da comunidade da qual ele faz parte e da instituição em que atua, não afetando as pessoas da mesma maneira, sendo, portanto, uma experiência individual.

A exposição prolongada e repetida ao sofrimento moral, aos poucos, assola a integridade moral do profissional, compondo o resíduo moral. O sofrimento, por ferir a integridade moral, isto é, os valores do profissional, permanece latente nos pensamentos e na consciência, sendo que, em cada situação que envolve uma questão ético-moral, o sofrimento moral vivenciado é potencializado devido ao resíduo moral (EPSTEIN; DELGADO, 2010). Portanto, o resíduo moral é aquilo que fica de experiência de sofrer moralmente (HARDINGHAM, 2004; CORLEY, 2002).

A relação entre o sofrimento moral e o resíduo moral pode chegar a um ponto de produzir rupturas importantes no que concerne à identidade e aos valores ético-morais. Epstein e Hamric (2009) apontam para três consequências dessa ruptura. A primeira refere-se à “dormência” do profissional aos conflitos ético-morais vivenciados, isto é, eles deixam de reconhecer ou se envolver com as situações. A segunda diz respeito ao profissional opor-se, vigorosamente, à situação, buscando meios de superar os constrangimentos. A terceira alude ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*.

Ao que parece, nas equipes de saúde e na própria instituição, as vozes dos profissionais de enfermagem são silenciadas quando se pretendem expressar as preocupações morais inerentes ao trabalho (BARLEM et al., 2012), o que contribui para vivências de sofrimento moral e das rupturas expressas acima. Gallagher

(2010) também cita que, além de os enfermeiros não possuírem espaço para expor os problemas, existem situações do cotidiano que geram apreensão neles, tais como a incumbência de informar paciente e familiares as notícias ruins, o medo da violência e das explosões emocionais e o levantamento de práticas incoerentes eticamente.

A apreensão pode ser um fator que gera impotência no profissional, impedindo-o de agir considerando seus valores, causando o sofrimento moral. Nesse sentido, Gallagher (2010) cita a coragem moral como uma virtude profissional que estimula o enfermeiro a ir contra práticas e políticas inaceitáveis, sendo uma forma de resistência e de proteção. Contudo, a autora destaca que nem sempre é possível exercer a coragem, haja vista que a instituição pode ser tornar uma barreira.

O sofrimento moral pode ser desencadeado por fatores internos dos profissionais e externos do ambiente de trabalho, tratando-se da relação entre esses fatores e não exclusiva do indivíduo (MCCARTHY; GASTMANS, 2015). Estudos apontam que os fatores que geram sofrimento moral estão relacionados à negação do papel da enfermeira como advogada do paciente, à falta de competência na equipe de trabalho, à dissimetria nas relações de poder entre profissionais da equipe de saúde, ao desrespeito à autonomia do paciente e do enfermeiro, à obstinação terapêutica, às informações incompletas e imprecisas oferecidas aos pacientes, à altas demandas de trabalho, à pressão por produtividade, à baixa remuneração, à mercantilização da saúde e às condições de trabalho inadequadas (RAMOS et al., 2016a; MCCARTHY; GASTMANS, 2015; BARLEM et al., 2012; DALMOLIN et al., 2012; BARLEM et al., 2013; GALLAGHER, 2010; DALMOLIN; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2009).

O sofrimento moral, quando se instala, manifesta-se no profissional de diversas formas, abrangendo sentimentos como frustração, culpa, depressão, ansiedade, humilhação, angústia, tristeza, raiva e impotência e, também, mediante respostas físicas decorrentes dos sentimentos, tais como choro, insônia, perda de apetite, pesadelo, taquicardia, cefaleia, tremores, distúrbios gastrointestinais e estresse (MCCARTHY; GASTMANS, 2015; BARLEM et al., 2013; BARLEM et al., 2012; GALLAGHER, 2010; CORLEY, 2002)

Os enfermeiros, considerando a complexidade do trabalho que realizam, são considerados por Dalmolin, Lunardi e Lunardi Filho (2009) como profissionais

vulneráveis a essas vivências, as quais podem ser consideradas fontes para a crise de valores, com consequências reais e desastrosas na qualidade do cuidado e com implicações éticas para todos os envolvidos.

O sofrimento moral, principalmente devido ao sentimento de impotência que gera, afasta dos enfermeiros os ideais da profissão, levando-os ao abandono da profissão. Para ir contra essa situação, é importante desenvolver no ambiente de trabalho modos de reforçar e de proteger o desenvolvimento da prática da enfermagem, em sua identidade e essência (DALMOLIN et al., 2012).

O enfrentamento do sofrimento moral deve acontecer por parte dos profissionais, pela instituição e pela própria profissão, uma vez que ele gera frustração nos profissionais, doenças como *Burnout* e até mesmo o afastamento da profissão. A respeito de afetar o profissional, o sofrimento moral faz com que ele perca a habilidade de prestar cuidados de qualidade ao paciente e se afaste dele, afetando-se também (DALMOLIN et al., 2012; CORLEY (2002). Isto se deve à banalização de situações éticas, uma vez que os enfermeiros desenvolvem um processo de negação dos prejuízos e dos malefícios ao paciente, distanciando-se dos problemas e não se envolvendo. Esse contexto favorece o abandono, por parte do enfermeiro, dos valores ético-morais nos quais se sustentava, bem como o distanciamento e até a repulsa de interação com o paciente e com a equipe de saúde.

A instituição possui papel importante na identificação do sofrimento moral em trabalhadores quando a mesma estabelece uma cultura organizacional com abertura e que valoriza o diálogo entre todos os envolvidos na prestação do serviço (BARLEM et al., 2013), além de estimular os profissionais para que tenham coragem para expor suas opiniões e vivências no ambiente de trabalho (GALLAGHER, 2010).

O diálogo é uma forma de participação dos pares nas decisões e no enfrentamento dos problemas éticos, envolvendo todos na responsabilização pelas ações, tornando-se um apoio à prática do outro (DALMOLIN et al., 2012). Cabe destacar que a impossibilidade do trabalho, pautado em compartilhamento e em comunicação, é fonte de sofrimento moral.

Uma estratégia de enfrentamento que envolve diretamente a comunicação foi citada no estudo de Epstein e Delgado (2010). A proposta desenvolvida pela *American Association of Critical Care Nurses*, para Unidades de Terapia Intensiva, foi nomeada de 4 A's, mas que, de acordo com as próprias autoras, tem

potencialidade de ser reaplicável em outros espaços. Os 4 A's referem-se às palavras em inglês *Ask*, *Affirm*, *Assess* e *Act*. Os momentos são assim definidos:

- *Ask* – perguntar se o que está sentindo é uma angústia moral, após revisar a definição para tal.
- *Affirm* – afirmar os sentimentos existentes, considerando os aspectos da integridade moral que estão sendo afetados.
- *Assess* – avaliar a fonte de sofrimento moral, os envolvidos e o que está sendo feito em relação a isso.
- *Act* – agir de acordo com o julgamento.

Ademais, estratégias envolvendo o processo de formação e de educação permanente são imprescindíveis para que os profissionais possam lidar com a dimensão ética que envolve o trabalho na saúde (GALLAGHER, 2010; CORLEY, 2002).

Corley (2002) aponta, também, para a importância das instituições e dos enfermeiros estabelecerem parcerias com os órgãos de classe a fim de lutar por condições adequadas para exercerem sua consciência moral. Consciência moral é essa que sensibiliza o enfermeiro para a percepção dos problemas morais que encontra no cotidiano de trabalho (MCCARTHY; GASTMANS, 2015).

Portanto, estudar o sofrimento moral vai além de mensurar e de perceber os impactos na vida dos profissionais, mas também envolve o sistema de saúde, a profissão e a própria instituição, haja vista que o sofrimento moral tem repercussões amplas quando acomete um profissional (BARLEM et al., 2013).

Sob um aspecto geral, as estratégias discutidas acima devem ser voltadas para manter a sensibilidade e a integridade moral dos profissionais (EPSTEIN; DELGADO, 2010), mediante a discussão e a reflexão da prática, das relações e do ambiente de trabalho, assim como do processo formativo.

A relevância da temática encontra-se no fato de que sua abordagem e aprofundamento revelam aspectos objetivos e subjetivos do trabalho do enfermeiro, os quais são fundamentais para se discutir e debater como a dimensão organizacional interfere na produção de subjetividades e da própria prática. Estudar o sofrimento moral permite revelar realidades invisibilizadas e compreender os mecanismos de enfrentamento mobilizados pelos enfermeiros, os quais se

constituem como estratégias de fortalecimento da autonomia e da defesa da sua prática.

2.3 A Prática e identidade na perspectiva filosófica de MacIntyre e Claude Dubar

Para fins deste estudo, o sofrimento moral será analisado na perspectiva de prática. Para MacIntyre (2007) a prática é considerada qualquer forma coerente e complexa de atividade humana cooperativa, socialmente estabelecida, por meio da qual os bens internos a ela pertencentes sejam buscados no decorrer da tentativa de alcançar padrões de excelência da prática.

O bem interno se traduz como a finalidade da atividade, a qual é dada pela história e tradição de determinada prática, legitimando-a e conferindo-lhe sentido. Na busca pelos bens internos, o profissional pode deliberar sobre os modos de fazer, mobilizando hábitos e atitudes referentes à sua época, mas não sobre o fim, porque ele já é dado. Portanto, o bem interno da prática é o fim que lhe é próprio (*telos*) (MACINTYRE, 2007). Esses hábitos e atitudes são considerados como virtudes, sendo virtuoso aquele que, na busca pelo *telos* da prática, almeja ser o melhor e o mais competente possível (MACINTYRE, 2007). A virtude, dessa forma, é incorporada ao mundo dos valores que norteiam a prática na busca pela excelência e não um meio para alcançar o bem interno.

Na área da saúde, considera-se o bem do paciente como bem interno (CORTINA, 2005). Contudo, cada categoria profissional da área da saúde possui seu bem interno, sendo ele o que configura a prática. Assim, os profissionais da saúde embora possuam como finalidade da prática o bem do paciente possuem também seus bens específicos, o que pode se configurar como conflito na prática. O conflito consiste no fato de que o término da ação da prática de determinadas categorias profissionais é o início da prática de outros, sendo esse limite tênue e podendo resultar em relações hostis, as quais podem repercutir na qualidade do cuidado e sobre a própria prática.

Como consequência do alcance do bem interno da prática, os profissionais alcançam, também os bens externos, expressos na forma de remuneração, status, prestígio entre outros. Cabe aqui esclarecer que a despeito de serem reconhecidos

como fruto da virtude pelo alcance do bem interno, os bens externos não conferem sentido a prática profissional (MAINTYRE, 2007).

Merece destaque, ainda, o fato de a prática ser parte integrante da cidadania, envolvendo a relação política entre o indivíduo e a comunidade, gerando identificação social (CORTINA, 2005). A esse respeito a autora afirma que os indivíduos desenvolvem sentimento de pertença à comunidade da qual fazem parte, o que os motiva a participar de projetos comuns, resultando em atividades que possuem impacto social.

Para que a cidadania esteja presente, há que ocorrer a simbiose entre o cidadão e a comunidade, sendo que a comunidade assume deveres e o cidadão responsabilidades (CORTINA, 2005), sendo essa relação possível se a comunidade expressar seu reconhecimento por ele. Dubar (2005) aponta que o reconhecimento é resultante de um processo social.

Transpondo essa ideia à prática da enfermagem, cujo objeto da ação dos profissionais repercute na saúde da comunidade, pode-se considerar a prática como componente da cidadania. Nesse contexto, os profissionais, em suas funções específicas, realizam atividades em prol de avanços individuais e coletivos, os quais ao serem reconhecidos socialmente se traduzem como o exercício da cidadania por parte dos profissionais da enfermagem. Esses profissionais cidadãos ofertam bens básicos para a vida, “tomando-os partícipes dos bens sociais indispensáveis para levar adiante uma vida digna; daqueles bens tão básicos para uma vida humana que não podem ser relegados ao livre jogo do mercado” (CORTINA, 2005, p. 73).

Cabe esclarecer que o reconhecimento do indivíduo ou de sua prática, encontra-se ligado à construção da identidade social que acontece mediante intensos e constantes processos de socialização, a qual para Dubar (2005), é concedida pela atividade profissional, em que o indivíduo precisa “tornar-se ator” do seu fazer (p.17). Para tanto, o profissional precisa encontrar na comunidade meios que lhe propiciem a construção e o conhecimento de si mesmo (DUBAR, 2009), compondo, então, sua configuração identitária.

A configuração identitária ocorre por meio de processos relacionais, comunicativos e interacionais, ou seja, “implica fazer da qualidade das relações com o outro um critério e um elemento importante da dinâmica das identidades” (DUBAR, 2005, p.141). Isso se torna fundamental, uma vez que a configuração identitária dá-se na dualidade entre a identidade para si e para o outro (DUBAR, 2005), a qual,

concomitantemente, compõe o indivíduo, mediante mecanismos de identificação, sendo eles denominados de atos de atribuição ou de pertencimento.

Os atos de pertencimento estão relacionados à percepção do indivíduo de si mesmo, sendo “os que exprimem que tipo de homem (ou de mulher) você quer ser, isto é, a identidade para si” (DUBAR, 2005, p.137). Tal pertencimento refere-se à introjeção da subjetividade do próprio “eu” do indivíduo, sendo considerada pelo autor como “identidade social real”, a identidade que pertence a ele, aquilo que ele percebe de si próprio. Por outro lado, os atos de atribuição referem-se à identidade atribuída pelo outro, isto é, “que tipo de homem (ou de mulher) você é” (DUBAR, 2005, p. 137). No ato de atribuição, a interação com o outro possibilita que o indivíduo elabore em si aquilo que ele pensa que o outro acha dele, sendo considerada pelo autor como “identidade social virtual”.

Percebe-se, portanto, que a socialização proposta por Dubar (2005) compõe o processo de construção do “eu”, ao passo que a subjetividade, inerente das relações no trabalho, constrói o indivíduo em um processo de se conhecer, reconstruir e de se sentir pertencente à comunidade, configurando a identidade.

O profissional vivencia no trabalho relações estabelecidas no desenvolvimento de sua prática, fazendo parte desse processo o fato de o profissional se reconhecer em si e para o outro, sentindo-se pertencente à comunidade, o que contribui para sua legitimação e para a construção da cidadania social. Desvelando-se, pois, o caráter social da configuração identitária, uma vez que ela se dá em um “eterno vir a ser” (BRITO, 2008), isto é, na dinâmica da vida em que as relações e as vivências não são estáticas. Por isso, a associação da prática com a cidadania social.

As práticas são fundamentais na construção da cidadania social, uma vez que tecem o processo de identificação dos indivíduos, o que legitima, também, a própria prática. Contudo, como atividade econômica, a prática encontra-se institucionalizada, fazendo com que a autonomia do fazer esteja amarrada às artimanhas gerenciais e com que os cidadãos sejam profissionais “autônomos” dentro daquilo que está determinado, isto é, uma “institucionalização da autonomia”. A esse respeito, MacIntyre (2007) expressa que na realidade os indivíduos são absorvidos por modelos de práticas, estética e burocracias que conduzem às relações manipulativas e que, na prática é “a autonomia de cada pessoa que distingue as relações manipulativas” (p.68).

Daí a importância da ética discursiva de Habermas (1989) nas práticas como uma forma de transformar, pela consciência moral crítica, os sujeitos em protagonistas da ação. Cortina, inspirada em Habermas, aponta que a ética discursiva considera como “válidas unicamente aquelas normas de ação com as quais todos os possíveis afetados poderiam estar de acordo como participantes em um discurso prático” (CORTINA, 2005, p. 79).

Aliando a discussão sobre a autonomia à ética discursiva, infere-se que, quando os profissionais participam dos processos e da organização do trabalho, são capazes de exercer a autonomia e compartilhar a decisão e assim, o sentimento de justiça, de legitimidade do profissional e da prática na comunidade prospera, uma vez que sua participação social é reconhecida e legitimada. Especificamente em relação à área da saúde, as tomadas de decisão possuem caráter coletivo em que diferentes ações de categorias profissionais diversas compõem o cuidado em saúde.

Nesse sentido, a prática baseada na ética discursiva conduz ao entendimento de que a consciência moral crítica da equipe não deve estar voltada para os interesses individuais de cada categoria, mas sim, para aquilo que advém de um acordo coletivo, isto é, de “participantes em um discurso prático”. Aqui se faz presente o resgate da autonomia dos profissionais e, também, do sentimento de pertença, não prevalecendo nessa dinâmica o caráter individual e a sobreposição de uma categoria profissional sobre a outra, o que torna os indivíduos capazes de protagonizarem as ações ao invés de se sujeitarem a padrões e regras pre-estabelecidas, levando a ressignificar a prática.

Necessário se faz a reorganização/ressignificação da prática, a qual encontra-se ligada às transformações na concepção da instituição, suscitando a substituição da hierarquia pela corresponsabilização e a valorização da cultura organizacional, dos significados e dos esquemas interpretativos, dos valores e das crenças, compartilhando-os com os integrantes nas diferentes esferas organizacionais, conferindo-lhe sentido e buscando identificação com a comunidade. Ademais é relevante que seja incorporada a racionalização ética com enfoque na autonomia pessoal, bem como na legitimação e na credibilidade social da prática. Os aspectos mencionados devem se direcionar e fundamentar a construção da conduta ética com vistas a se tornar uma “empresa cidadã”, voltada para a responsabilidade e para os interesses universalizáveis, regendo a prática pela conduta ética (CORTINA, 2005).

A reorganização da prática não pode ocorrer apenas nos microespaços, exigindo que os profissionais exercem a conduta ética, mas também, deve ter a perspectiva macro, no âmbito institucional. Considerando essa afirmativa, surge uma importante indagação: Como o indivíduo conduziria uma prática ética se a instituição não cria meios para tal? Portanto, a ética da empresa não abarca apenas o nível pessoal dos seus membros, mas que “a disposição organizativa seja moralmente correta” (CORTINA, 2005, p. 88), viabilizando a prática ética. Além da importância de os profissionais encontrarem condições institucionais favoráveis para desenvolverem a prática, eles precisam buscar pela virtude no fazer, isto é, pela excelência, como um atributo dela (MACINTYRE, 2007).

A virtude é uma qualidade do indivíduo que os conduzem para alcançar o *telos* da prática, não sendo um meio ou uma disposição para agir de determinada forma, mas para sentir e agir, considerando aquilo que foi cultivado enquanto virtude na estrutura do contexto social (MACINTYRE, 2007). Para o autor, “o indivíduo faz aquilo que é virtuoso porque é virtuoso” (*ibid.*, p. 160).

O exercício da virtude na conduta de uma prática ética exige a capacidade de julgamento do que é certo a se fazer, sendo um dispositivo que sustente a busca pela excelência da prática (MACINTYRE, 2007). Ser justo à natureza da profissão é desempenhá-la com excelência, configurando-a tal qual sua origem. Isso se deve ao fato de que, ao longo do tempo, as profissões perdem sua conotação e passam a se sustentar em uma ética autônoma, em que o profissional decide por si só, sem considerar o grupo e sua prática. O que vai ao encontro do que Cortina (2005) aponta como conduta moral, que consiste em o profissional entender como dever “o cumprimento da tarefa profissional no mundo” (CORTINA, 2005, p. 116). Portanto, a virtude consiste na habilidade do indivíduo em exercer sua atividade, levando-o a agir moralmente em busca da sua prática (HOOFT, 2013), mobilizando virtudes em direção ao bem interno, *telos*, da prática (MACINTYRE, 2007).

Cabe esclarecer acerca do termo moral, aqui explicitado, o qual consiste na hermenêutica da ética da virtude e não no fundamentalismo da moralidade. A hermenêutica da ética da virtude aprecia a vontade, a emoção e a necessidade do sujeito e o aceita como eticamente importante para decidir e realizar a ação por si próprio. A moralidade, no entanto, reside na orientação deontológica, entre a obrigação e a proibição imposta por outrem (HOOFT, 2013).

A prática exercida com virtude consiste em um dever moral do profissional, o que transcende as questões financeiras para as questões de natureza social e humana (CORTINA, 2005), sendo a virtude algo ao mesmo tempo particular e socialmente interligada, considerando que o indivíduo é reconhecido em um lugar na ordem social e sua identidade nesse contexto prescreve o que ele deve e o que lhe é devido (MACINTYRE, 2007).

A prática vista como uma atividade humana e social presta um serviço específico, realizada por pessoas específicas, as quais são capacitadas, credenciadas e legitimadas para tal função, sendo que os benefícios proporcionados por ela são facilmente identificados, além de ser uma tarefa indispensável para a sociedade (MACINTYRE, 2007). Os profissionais, juntos com os demais membros que realizam a mesma atividade formam um grupo que controla o exercício da profissão.

A esse respeito, é importante que o profissional possua autonomia na prática, determinando o que é correto ou não na forma de exercê-la, assim como assuma responsabilidades pelos seus atos (MACINTYRE, 2007). Portanto, não se trata apenas de um julgamento baseado em leis e regras, mas também na própria razão do indivíduo. Cortina (2005) aponta que “não é suficiente assumir códigos deontológicos, é necessário incorporar também um código ético que não se preocupe apenas com as regulamentações, mas com os bens e os objetivos que a profissão persegue” (*ibid.*, 2005, p.121).

Fundamental se faz retomar a importância da ética da virtude em integrar a orientação da prática, pois a “ética da virtude abrange o eu do agente entre as suas preocupações” (HOOFT, 2013, p. 20). As vivências, as experiências e as trajetórias dos indivíduos fazem parte do “eu profissional” e isso não pode ser negligenciado na prática, uma vez que os processos de socialização pelos quais os profissionais passaram e ainda passam influenciam sua constituição como sujeito da prática.

Avançando nessa perspectiva, necessário se faz que o profissional não exerça sua prática com enfoque limitado aos aspectos financeiros, embora o mesmo seja imprescindível socialmente. O profissional precisa buscar a finalidade da sua prática, que é o que confere sentido a ela. Diante dessa questão, torna-se importante compreender que existe uma distinção entre a finalidade (*telos* da prática) e os aspectos subjetivos que envolvem a prática (virtudes).

Portanto, a moral da prática está em desenvolvê-la na busca pelo bem interno, fundamentada pela consciência moral da sociedade em que ela desenvolve, partindo do princípio da ética da virtude em que cada participante da prática deve fazer parte das decisões que o envolve. Portanto, deve-se considerar como digna aquela prática que tem em vista os beneficiários da prática, os quais esperam que a profissão lhes ofereça aquilo que eles legitimam e os indivíduos que exercem a profissão com base na virtude (CORTINA, 2005).

A prática considerada para este estudo vai além do fazer manual, das regras, leis e das atividades que englobam o cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde. A prática, aqui abordada, é parte de uma estrutura socioeconômica ampla, que é a cidadania. O profissional, como parte dela, desempenha importante função que extrapola as questões econômicas e são estabelecidas sob o ponto de vista social e humano. Portanto, a prática, além de inserir o sujeito na sociedade e proporcionar benefícios para ela, compõe a construção da subjetividade dos profissionais, legitima e incorpora as profissões como fundamentais na sociedade. Por isso, a prática precisa ser vista em uma perspectiva do macro resultado, como as questões sociais e econômicas associadas a ela, e no microespaço no qual ocorrem as inter-relações entre paciente-famíliares-profissionais (BACKES et al., 2008).

2.4. Reflexões epistemológicas sobre os valores ético-morais

O presente estudo foi desenvolvido sob o prisma epistemológico da Ética da Virtude. Tal posicionamento se mostrou fundamental para apreender o objeto de investigação, uma vez que o desencadeamento do processo de sofrimento moral ocorre quando o enfermeiro se depara com problemas de ordem moral na sua prática. A Ética da Virtude não assume a obviedade da decisão sobre o que deve ser feito mediante problemas morais. Austin (2007) reflete que a Ética da Virtude responde a questionamentos fundamentalmente éticos como “O que eu devo ser?” e “O que eu devo fazer?”.

A presente tese assume o posicionamento de Austin (2007), haja vista a complexidade de processos internos e externos que o indivíduo mobiliza para traçar seu julgamento quando se depara com um problema de ordem moral no cotidiano de

trabalho, podendo o sofrimento moral ser fruto da complexidade que envolve tal decisão. Dessa forma, optar pela Ética da Virtude significa resgatar a racionalidade da moral, a qual é conduzida por valores que levam à determinados hábitos e atitudes que geram condutas virtuosas ou não no contexto de uma prática.

A Ética da Virtude direciona o olhar para questionamentos da ação de um indivíduo quando se depara com um problema moral, sendo os motivos da ação relacionados às virtudes e vícios (ARMSTRONG, 2007). Como parte desse constructo encontram-se os valores ético-morais como diretrizes da prática, influenciando as escolhas dos profissionais em função dela (ZOBOLI, 2016). É da natureza humana a valoração, isto é, atribui valor a algo ou a alguém.

Cada indivíduo possui seus conjuntos de valores (ZOBOLI, 2016), os quais são construídos em intensos processos de socialização, sendo eles primário e secundário (DUBAR, 2005). A socialização primária acontece durante a infância e se refere àquilo que os indivíduos apreendem do que é repassado pelos pais e, ao longo da vida, vão agregando outras experiências. E, a socialização secundária acontece durante a formação, na qual valores da profissão são repassados e representam a característica da prática, guiando os modos de ser e fazer dos profissionais para aquilo que se espera dele enquanto prestador de serviço para a sociedade e defensor da dignidade da prática (MACINTYRE, 2007; DUBAR, 2005).

Para Finkler, Caetano e Ramos (2013), os valores estão relacionados à qualidade de algo que nós atribuímos, isto é, valoramos. Os valores são influenciados pela cultura e sociedade, sendo o comportamento humano a consequência da reflexão pessoal a respeito deles (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2013). Nesse sentido, o valor faz parte do desenvolvimento da moral, sendo entendido como forma de realizar julgamentos das situações e das pessoas na ordem da moral, entre o que parece certo e errado, bom ou mau (MACINTYRE, 2007). A esse respeito, Cortina (2005, p. 171) refere que os valores “fazem parte do nosso ser mais profundo, de nossa realidade mais íntima, além de ser importante por si só”, uma vez que são inseparáveis do ser humano, faz parte das pessoas, assim como a moral, “somos todos inevitavelmente morais” (*Ibid.*, p.172).

Os valores morais organizam e integram os outros valores da vida, sejam eles os estéticos, os religiosos, os da saúde, os intelectuais ou os da utilidade, fazendo parte do desenrolar da prática (CORTINA, 2005). A autora destaca que os valores morais, tais como a liberdade, a justiça, a solidariedade, a honestidade, a tolerância,

a disponibilidade para o diálogo, os respeitos à humanidade são exclusivamente humanos, universais e dependem das pessoas para realizá-los. Embora humanos, a crítica que cada pessoa faz diferencia as escolhas na mobilização dos valores para uma conduta virtuosa ou não.

Os valores ético-morais, no contexto da prática, motivam o indivíduo a certos hábitos e atitudes que geram virtudes. Portanto, a ação valorosa leva a uma ética das virtudes já que a percepção de um procedimento como valioso gera uma atitude virtuosa correspondente (CORTINA, 2010). Para MacIntyre (2007) é virtuoso aquele que incorpore hábitos e atitudes na busca por excelência da prática, isto é, por ser o melhor na busca pelo bem interno (MACINTYRE, 2007).

As virtudes expressam a busca pela excelência e pela qualidade da prática, podendo ser dividida em virtude física e moral, sendo que a física se refere ao profissional ser competente nas atividades próprias que envolve a prática e a moral para que a prática seja útil à sociedade (CORTINA, 2005). A virtude pode ser considerada um valor que deve ser comum àqueles que desempenham a prática, uma vez que ela possibilita que o bem interno seja o enfoque da conduta, além de gerar suas contribuições para a sociedade.

Embora as virtudes componham a humanidade e sejam universais, cabe às pessoas terem a disponibilidade para colocá-las em prática. Por serem operacionalizados por pessoas, as virtudes acabam relacionadas à época e à conformação cultural, progredindo juntamente com a consciência moral da sociedade (MACINTYRE, 2007).

A consciência moral da sociedade é traduzida por Habermans (1984) como o desenvolvimento da capacidade de julgar moralmente, a qual se inicia na infância e continua até a vida adulta, sendo o imperativo para os modos de realizar a prática. A concepção da moral se constrói na comunidade, em que existe benefício mútuo entre indivíduos e comunidade, sendo que a contribuição só existe se cada indivíduo encarnar determinadas virtudes em função de um bem comum (CORTINA, 2010) que no caso da prática consiste no bem interno. Nesse sentido, é na prática inserida e reconhecida na sociedade que a identidade concreta se revela.

A prática, embora seja permeada por valores da profissão (bem interno) é desenvolvida por indivíduos que são responsáveis por determinar os meios para colocar em prática os valores. Portanto, a prática é realizada em consonância com a consciência moral social relativa à época, isto é, mediante valores modificáveis que

se agregam ao longo da história, mas também por valores imutáveis que são próprios da prática (HOOFT, 2013; MACINTYRE, 2007).

Isso significa que as relações humanas, as atitudes e hábitos, isto é, as virtudes consideradas para o desempenho da prática são influenciadas pelo contexto econômico-político-social e são expressos de forma diferenciada pelos profissionais, interferindo nos modos de ser, fazer e perceber o cotidiano que se apresenta. Com uma ressalva, não podem modificar o fim da prática, isto é, o bem interno que a caracteriza tal como ela é. Cabe salientar que o bem interno, embora apresente caracteres universalistas ou essencialistas não cabe no conceito de prática que adotamos na Ética das Virtudes, o universalismo/essentialismo nesse caso apenas adquire sentido se contextualizado à comunidade e à tradição relativa à época, isto é, à consciência moral (CORTINA, 2010).

Visto o exposto, a prática adequada transcende a execução de técnicas, teorias e práticas, uma vez que sua atuação se dá no âmbito social (DRUMOND, 2006), carregando consigo suas implicações para a construção da cidadania (CORTINA, 2005). Nesse contexto, a conduta moral no exercício da prática legitima a profissão como parte da cidadania social, uma vez que “representa a aplicação da reflexão do saber e do saber-fazer em benefício da coletividade” (DRUMOND, 2006, p. 193). Tal conduta moral, como aponta MacIntyre (2007), vai além do dever expresso pela moralidade, se apoiando em valores como a virtude, que se preocupa com a excelência dos bens internos da profissão.

A moralidade corresponde em determinar o certo e o errado da conduta humana (COHEM; SEGRE, 1994), pressupondo que seus valores não são questionáveis, sendo eles impostos e a sua desobediência fonte de castigo. A moralidade, é representada por regras e códigos a serem seguidos, fundamentada pela ética do dever (deontológica). A ética deontológica é a ética prescritiva que aponta para o que é certo ou errado, estando presente nos códigos de ética profissionais, cujo enfoque é fazer o bem e, assim, não fazer o mal, dentro da legalidade (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2013).

Considerando que a ética deontológica aponta para o que é certo fazer, cabe ao profissional apenas obedecer, uma vez que a conduta contrária é considerada errada e deve ser penalizada, sendo, portanto, regras externas ao profissional. Contudo, as autoras discutem que a ética deontológica não abarca todas as circunstâncias da realidade, uma vez que “a mente humana não é capaz de esgotar

toda a riqueza da realidade e que, por isso, quando se diz que algo é verdadeiro, pode se estar dizendo a verdade, mas não toda a verdade” (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2013, p. 3036).

Considerando as limitações da ética deontológica, observa-se a necessidade de se ampliar o olhar para além do que é assumido como correto ou não no cotidiano das práticas de saúde. Percebe-se a necessidade de o profissional mobilizar competências para se posicionar, abrangendo a percepção, a sensibilidade, o diálogo e a reflexão sobre os problemas morais que permeiam o trabalho. A capacidade de mobilizar as competências advém de intensos processos de socialização, sejam eles primários ou secundários, sendo o último extremamente importante no reforço do desenvolvimento moral ou nas mudanças, quando necessárias (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2013), mediante o diálogo e a reflexão, desvelando o chamamento para a Ética da virtude, com importante interface na Ética discursiva.

Sobre a ética discursiva, Cortina (2005) reflete que toda pessoa que está inserida no processo “é um interlocutor válido e deve ser levada em conta quando da decisão de normas que a afetam” (*Ibid.*, p. 137). Para Habermans (1984, p. 147), o princípio moral da ética discursiva refere que

toda norma válida tem que preencher a condição de que as consequências e os efeitos colaterais que previsivelmente resultem de sua observância universal, para a satisfação dos interesses de todo indivíduo, possam ser aceitas sem coação por todos os concernidos (HABERMAN, 1984, p. 147).

Casagrande e Casagrande (2011) refletem que a racionalidade comunicativa, debatida por Habermans, é central nos processos de socialização e se dá pelo ato da fala, em que a linguagem assume um papel importante, pois proporciona o consenso entre sujeitos, sendo ele decidido de forma racional por todos, caracterizando o posicionamento ético-moral.

Considerando o desenvolvimento da sociedade moral, é um avanço àquelas que possuem consciência moral crítica, as quais, mediante a autorreflexão, a autocrítica e a valorização do diálogo, aceitam como justo o que foi decidido pela coletividade. Portanto, pode-se inferir que na Ética Discursiva, a palavra é o meio para que o discurso se materialize na busca coletiva pela verdade, justiça e,

principalmente, pelos valores que legitimam e configuram a prática, interfaceando com a Ética da Virtude.

A Ética da Virtude, fundamentada na hermenêutica, aceita o sujeito como eticamente importante, existindo uma coerência entre o sentimento e o fazer, uma vez que o indivíduo encontra valor e acredita naquilo que faz e, não, por obrigação (HOOFT, 2013). O autor ainda aponta que o indivíduo tem convicção de agir moralmente, é uma motivação interna para a ação e não por obediência, sendo uma forma de responder prontamente a valores que são dele e da própria prática (MACINTYRE, 2007).

A Ética da Virtude baseia-se na construção do sujeito virtuoso e de seu caráter nos processos de socialização, entendendo a participação moral do sujeito como o seu posicionamento sensível perante o problema moral (HOOFT, 2013). O posicionamento é afetado por quem ele é, seus valores e por sua relação com o outro, não sendo possível generalizar a resposta apenas em normas e regras (MACINTYRE, 2007), haja vista ser um processo singular. Dessa maneira, a Ética da Virtude reconhece a natureza da ambiguidade moral que as situações do cotidiano apresentam, mas também, a responsabilidade que o indivíduo precisa assumir quando se decidir por um caminho.

Daí a importância dos valores ético-morais no posicionamento de enfermeiros perante os problemas morais. A responsabilidade para o posicionamento envolve a mobilização de valores pessoais e profissionais, sendo esses últimos, o que caracteriza o bem interno, assim como a autorreflexão, o diálogo e os relacionamentos interpessoais com a equipe. Portanto, não é uma decisão baseada apenas na vontade e no sentimento do profissional, mas também no papel que ele desenvolve como defensor de uma prática e de sua posição na equipe, na sociedade e na cidadania. Caso contrário, a prática pode sofrer rupturas, influenciando na sua visibilidade social, bem como pode gerar repercussões nas relações entre profissionais e pacientes, repercutindo na configuração identitária.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

*“O desejo relaciona-se com o fim e a escolha com os meios”
(Aristóteles, 2015, p. 39).*

3.1. Tipo de estudo e delineamento metodológico

Trata-se de um estudo conduzido pela abordagem qualitativa, a qual fornece subsídios para captar a subjetividade que o processo de sofrimento moral de enfermeiros no contexto da prática exige.

A abordagem qualitativa confere visibilidade às questões complexas da vida humana, atribuindo significado às ações dos indivíduos e ao contexto em que se inserem e se relacionam (CHIZZOTTI, 2010). O autor reforça que

a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 2010, 15).

O sujeito, em pesquisas dessa natureza, é considerado como parte de um contexto com o qual se relaciona, sendo indissociável de suas relações, as quais são decisivas em seus modos de ser.

O pesquisador, no que concerne à adoção da pesquisa qualitativa, é uma peça fundamental no desenvolvimento da mesma, não sendo considerado um mero observador, uma vez que precisa assumir uma atitude para apreender os sentidos

que os sujeitos sociais conferem aos seus atos e ao contexto (CHIZZOTTI, 2010; PETER, 2015).

Assume-se como delineamento metodológico o estudo de caso. O objeto do presente estudo - o processo de sofrimento moral em enfermeiros no contexto da prática - e a questão de pesquisa, expõem a natureza de um fenômeno contemporâneo que envolve comportamentos sobre o qual não se tem controle e que se anseia em esclarecê-lo, revelando, então, o método do estudo de caso.

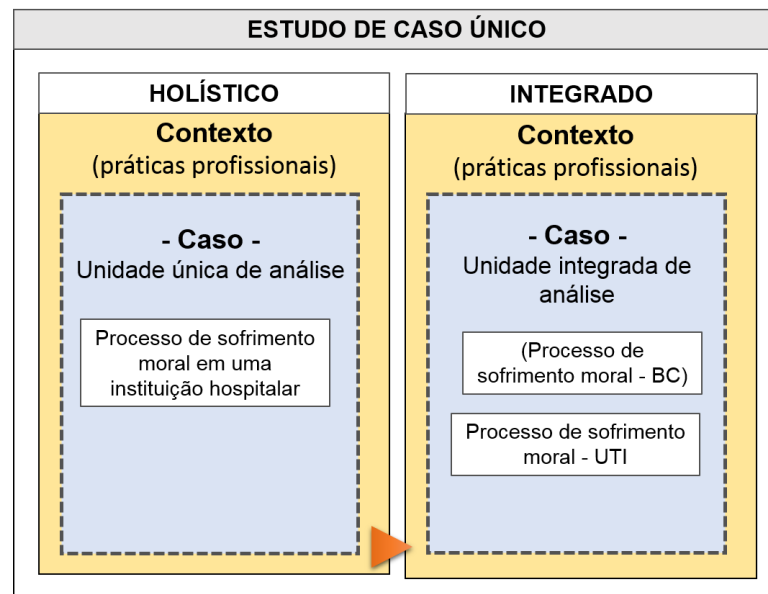
O estudo de caso abrange pesquisas empíricas na área das Ciências Sociais em que o desejo do pesquisador encontra-se nos fenômenos sociais complexos, sendo eles representados por um “caso”, no qual o pesquisador se debruça, holisticamente, embora não tenha controle sobre ele (YIN, 2015). Pode-se inferir que o estudo de caso é uma escolha metodológica que permite ao pesquisador se aproximar do fenômeno para compreendê-lo.

O fenômeno em estudo, o caso, desenrola-se no “mundo real”, o qual é influenciado pelas condições a ele relacionadas, isto é, o seu contexto, não estando claros os limites entre ambos (YIN, 2015). O autor aponta que o caso deve ser definido e delineado, considerando que exista uma manifestação concreta do fenômeno. Portanto, a definição do caso deve abranger um fenômeno do cotidiano e ser especificamente delineado, apontando o contexto em que ele será analisado.

O fenômeno a ser estudado nesta tese é o processo de sofrimento moral de enfermeiros em setores fechados de uma unidade hospitalar, no contexto da prática, sob o prisma epistemológico da Ética da Virtude.

Partindo dessas considerações, percebe-se que existe um caso único e a relação com seu contexto. Embora o estudo sobre processo de sofrimento moral tenha sido desenvolvido em um hospital, as unidades de análise são os setores fechados, Bloco Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva, sendo, portanto, um estudo de caso integrado. O estudo de caso integrado é um estudo de caso único, em que existe mais de uma unidade de análise em um mesmo caso, isto é, subunidades que compõem o caso, como pode-se observar na figura 2.

Figura 2: Apresentação do estudo de caso único, Belo Horizonte/MG, 2018.



Fonte: Elaborado pela autora para fins desse estudo, adaptada de YIN (2015).

Considerar o estudo de caso integrado permite uma abordagem do caso em uma perspectiva global (unidade hospitalar) e específica (BC e UTI), favorecendo *insights* (YIN, 2015). Isso se torna importante, haja vista que o processo de sofrimento moral é único, mas as circunstâncias e as condições de cada setor podem se sobressair, não sendo possível ignorá-las. Portanto, torna-se fundamental considerar as subunidades de análise sem deixar de visualizar a unidade global.

A escolha pelo estudo de caso também se justifica por permitir que o pesquisador, mediante a adoção de proposições teóricas robustas, realize generalizações analíticas dos seus resultados. Nas palavras do autor, “a generalização analítica pode ser baseada tanto em corroboração, modificação, rejeição ou avanço de conceitos teóricos referidos no projeto de seu estudo de caso quanto em novos conceitos que surgiram com a sua conclusão” (YIN, 2015, p.44).

Nesse sentido, no presente estudo, foi utilizado o Marco Conceitual, proposto por Ramos et al. (2016), como embasamento teórico para análise do sofrimento moral. Cabe salientar que integrei a equipe de dois projetos guarda-chuva¹ que derem origem a esse marco teórico. A utilização do marco vai além de ser um embasamento para analisar o sofrimento moral com um fim em si mesmo. Sua

¹Projeto coordenado pela Prof^ª. Dr^ª Maria José Menezes Brito, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, financiado pelo CNPq, intitulado: “Ética e sofrimento moral: vivências de profissionais e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde. Projeto coordenado pela Prof^ª. Dr^ª Flávia Regina Souza Ramos, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), financiado pelo CNPq, intitulado: O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde

utilização consiste, intencionalmente, em possibilidades de articulação teórico-filosófica que transcendem o conceito delineado no estudo, sendo que o potencial do estudo realizado Ramos et al. (2016, p. 9) está em permitir a “impulsão da crítica acerca do uso de conceitos e de referenciais que ajudam a compreender os problemas da prática profissional e que, de alguma forma pode embasar a necessária reflexão do sujeito ético sobre seu próprio saber e ação”. Dessa forma, a possibilidade de generalizações analíticas, por permitir avanços teóricos mediante o estudo empírico, garantindo a validade externa do estudo, levou-nos a adotar o estudo de caso como delineamento metodológico.

Cabe esclarecer que a validade externa se trata de um dos testes considerados no estudo de caso para julgamento da qualidade do projeto de pesquisa. Ao longo do percurso metodológico, esses testes serão apresentados e delineados de acordo com as escolhas feitas para o desenvolvimento da presente tese.

A opção metodológica deste estudo, abordagem qualitativa com delineamento do estudo de caso, permitiu compreender as vivências de sofrimento moral de enfermeiros em setores fechados de uma unidade hospitalar, no contexto da prática, as invisibilidades e a produção de subjetividades, bem como seus desafios éticos.

3.2. Cenário da pesquisa

O cenário deste estudo foi um Hospital Privado de grande porte, localizado na cidade de Belo Horizonte (MG), Brasil. O hospital em questão foi idealizado em 1937 e, em 1952, foi inaugurado. A missão do hospital é promover a saúde e o conhecimento com excelência e responsabilidade social. É um hospital certificado pela DIAS (Normas e Diretrizes Interpretativas para Acreditação Internacional de Hospitais) e pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), nível 3. Tanto a missão quando as certificações apontam para os valores que o hospital sustenta e estimula que sejam desenvolvidos pelos profissionais. Tais valores são imbricados na cultura organizacional, repercutindo nos modos como o trabalho e os processos são formulados, o que influencia nos modos de ser e de agir dos profissionais no desempenho de sua prática.

Atualmente, o hospital conta com 418 leitos, distribuídos em apartamentos e enfermarias, 20 leitos de CTI, adulto Geral, 20 leitos de CTI cardiovascular, 20 leitos de CTI pediátrico, 20 salas de cirurgia, sala de recuperação pós-anestésica, sala cirúrgica para procedimentos de otorrinolaringologia e três salas de vídeo-endoscopia, além de Pronto Atendimento Geral e Pediátrico.

Os setores escolhidos para o desenvolvimento da tese foram os setores fechados, abrangendo o Bloco Cirúrgico (BC) que compreende 20 salas de cirurgia e a sala de recuperação pós-anestésica e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto geral e cardiovascular, totalizando 40 leitos. A escolha por setores fechados deve-se ao fato de que esses setores possuem padrão peculiar e vivências intensas de questões ético-morais, devido ao intenso processo relacional que permeia esses ambientes.

3.3. Participantes da Pesquisa

Os participantes deste estudo foram enfermeiros que atuavam nos setores fechados do Hospital, sendo eles do Bloco Cirúrgico (BC) e da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto geral e a cardiovascular.

O pesquisador inseriu-se no campo da pesquisa e os participantes tiveram conhecimento da realização da mesma. Após a primeira aproximação, os participantes foram convidados a integrarem a pesquisa e participaram aqueles que tiveram interesse e que se prontificaram voluntariamente. O critério de inclusão dos participantes foi atuar no plantão diurno. Tal escolha deve-se ao fato de o plantão noturno possuir padrões específicos que diferenciam os modos como são desenvolvidos a prática profissional, sendo um viés agrupar a percepção dos profissionais do diurno e do noturno, não sendo objetivo desse estudo trabalhar com essas duas perspectivas separadamente.

A totalidade dos enfermeiros dos dois setores participou da pesquisa, constituindo um universo de 13 enfermeiros, sendo 8 enfermeiros da UTI (adulto geral e cardiovascular) e 5 do BC. Cabe esclarecer que a quantidade de participantes não foi definida a priori, haja vista o caráter qualitativo da pesquisa.

Considerando que o quantitativo total de enfermeiros nos setores era viável para a investigação e todos eles aceitaram participar, a totalidade foi pesquisada.

Ao todo participaram da pesquisa 11 mulheres e 2 homens, com idade média entre 26 e 42 anos e experiência profissional que varia de 1 ano a 10 anos. Desses, 6 possuem pós-graduação e 7 algum curso de aperfeiçoamento.

3.4. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2016, mediante duas fontes de evidência, sendo elas a observação e a entrevista individual, seguindo um roteiro semiestruturado. Essas escolhas possibilitaram agregar informações dos atores-chave e do cotidiano em que o contexto (a prática) se desenvolve.

A escolha por mais de uma fonte de coleta de dados estabelece a validade do constructo da pesquisa, a qual consiste em um dos testes de qualidade do estudo de caso (YIN, 2015). Essa validade é possível uma vez que mais de uma fonte de evidência cria “linhas convergentes de investigação” (YIN, 2015, p. 124). Essas linhas convergentes se dão em processos de triangulação, os quais se dividem em: triangulação dos dados, do investigador, da teoria e metodológica (YIN, 2015). Neste estudo, foi realizada a triangulação dos dados, uma vez que foi utilizada mais de um tipo de coleta de dados.

A coleta de dados é um momento crucial do estudo de caso, haja vista que o pesquisador tem a oportunidade de criar “um diálogo rico com a evidência” (YIN, 2015, p. 77), sendo importante formular boas questões, estar preparado para ouvir o outro, ser adaptável, aproveitar as oportunidades, ter clareza do assunto e buscar a imparcialidade (YIN, 2015).

Antes do início da coleta de dados, Yin (2015) propõe que seja elaborado um protocolo de estudo de caso a fim de nortear a inserção do pesquisador no campo. O protocolo envolve a visão geral do estudo, o procedimento de coleta de dados, o instrumento de coleta (questão de nível 1) e questões específicas para entrevistados (questões de nível 2) e um guia para o relatório. Neste estudo, o protocolo foi destrinchado e os documentos foram organizados em pasta, constituindo-se em

material obrigatório para ser levado ao cenário. Cabe destacar que o guia para relatório foi adaptado e substituído por um diário de campo.

A entrevista individual seguiu um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A). O roteiro semiestruturado permite que a entrevista ultrapasse as questões pré-estabelecidas no roteiro, quando necessário, conferindo ao entrevistado liberdade para discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas (MINAYO, 2013). Yin (2015) aponta que a entrevista, por permitir que o pesquisador formule novas questões diante das respostas adquiridas, contribui para a compreensão do caso. Nesse aspecto, encontra-se a diferenciação que Yin faz sobre os níveis das questões, sendo importante, no estudo de caso único, a utilização do nível 1 e do nível 2. O nível 1 refere-se às questões, previamente estabelecidas no instrumento de coleta de dados, enquanto que o nível 2 apresenta questões sobre casos individuais (YIN, 2015). Cabe salientar que, para este estudo, as questões de nível 2 foram sendo estabelecidas no momento em que a coleta foi realizada e novos elementos foram surgindo. As questões de nível 1 e 2 foram incorporadas como *corpus* dos dados.

As entrevistas foram realizadas no ambiente de atuação do profissional, em local e horário previamente definidos, abordando questões sobre o cotidiano de trabalho, o trabalho em si, as dificuldades e as facilidades, os aspectos éticos que envolvem a atividade e o enfrentamento dos profissionais diante desses aspectos. As entrevistas foram gravadas, após autorização formal dos participantes, e transcritas na íntegra.

A observação direta informal aconteceu durante a inserção da pesquisadora no campo de pesquisa. Ela é considerada informal, uma vez que não foi delimitado um roteiro observacional, mas, sim, foi considerado e apreendido as situações e as questões que se destacaram nos setores ao longo da permanência da pesquisadora.

Os dados oriundos da entrevista foram organizados em um banco de dados, como sugere Yin (2015), no software ATLAS.ti em uma unidade hermenêutica nomeada “sofrimento moral” e os dados da observação foram registrados em notas de campos, digitadas no programa *word*, compondo diários de campo.

Na coleta dos dados, durante as entrevistas e a observação, o pesquisador precisa ser um “bom ouvinte”, não apenas no sentido auditivo, mas no de assimilar grande quantidade de informações, sem julgamentos e pré-seleções, percebendo o

contexto em que o caso está inserido (YIN, 2015). Ademais, o autor ainda aponta que o pesquisador precisa ter clareza dos assuntos abordados, sendo capaz de interpretar os dados de forma concomitante com a coleta.

3.5. Análise dos dados

A análise de dados desta tese foi realizada mediante a Análise Temática de Conteúdo (ATC), seguindo os polos cronológicos propostos por Bardin (2011) com o auxílio do *software* ATLAS.ti. A ATC permite apreensão dos sujeitos e do contexto em que ele está inserido, mediante as palavras transmitidas pelas falas, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) em um processo de diferenciação e reagrupamento (BARDIN, 2011). A escolha da Análise de Conteúdo converge com o estudo de caso, uma vez que permite alcançar o sujeito inserido em seu mundo real de ação, assim como estimula o estudo de caso, identificando “padrões significativos” (YIN, 2015). Na descrição dos polos cronológicos, será possível observar tal convergência.

Em um estudo de caso, a confiabilidade está no delineamento metodológico em que se descrevem, sistematicamente, os procedimentos operacionais adotados (YIN, 2015), bem como o acesso ao banco de dados coletados. Nesse sentido, o *software* ATLAS.ti permitiu que os dados brutos e os caminhos percorridos durante o processo de análise ficassem registrados, possibilitando além da maleabilidade para se trabalhar com os dados a confiabilidade do estudo.

A sigla “ATLAS” é oriunda do idioma alemão que, traduzida, significa “Arquivo para Tecnologia, o Mundo e a Linguagem Cotidiana” e a sigla “TI” advém de Text Interpretation, isto é, interpretação de texto. O *software* é uma ferramenta que auxilia na organização dos dados, sendo imprescindível que seja subordinado à manipulação do pesquisador e condizente com a técnica de análise de dados escolhida (KLÜBER, 2014). Nesse sentido, o estudo de Brito et al. (2016) descreve a possível operacionalização do ATLAS.ti em pesquisas qualitativas que utilizaram a ATC como técnica de análise de dados e a presente tese explorou essa possibilidade.

Considerando o exposto, foram seguidos os seguintes polos cronológicos da ATC, a saber (BARDIN, 2011): pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência interpretação.

A **pré-análise** refere-se à fase de organização do material. Primeiramente, foi realizada a leitura flutuante (primeira leitura do documento, deixando-se invadir por impressões e orientações) e exaustiva das entrevistas para assimilação do material. Cabe destacar que a leitura flutuante foi realizada fora do *software* para que os recursos do programa não seduzissem e as etapas fossem ultrapassadas. Posteriormente, as entrevistas no formato *word* foram inseridas no *software* ATLAS.ti, compondo a unidade hermenêutica “sofrimento moral”, sendo tratada a partir do zero (YIN, 2015).

Nesta etapa, os principais pontos, chamados de *corpus*, foram definidos, referenciando os índices (temas das mensagens) e os indicadores (recortes dos textos). O *corpus* foi constituído por meio do desmembramento dos textos em unidades e o agrupamento delas por semelhança, caracterizando a delimitação do material (BARDIN, 2011). Assim como no trabalho de Brito et al. (2016), o material inserido no *software*, criando as unidades hermenêuticas, facilitou a visualização e a organização dos dados.

A **exploração do material** consistiu na codificação e na categorização do *corpus*. Na codificação, os dados brutos da etapa anterior (*corpus*) foram transformados em unidades de representação do conteúdo e de sua expressão (BARDIN, 2011). Para tal, foram definidas as unidades de registro (unidade de significação) e as unidades de contexto (unidade de significado) que correspondem, no ATLAS.ti, respectivamente, aos *codes* e às *quotations*. Essa fase, desenvolvida no *software*, permitiu o gerenciamento guiado dos dados, em que foi possível refazer o caminho sempre que necessário. Brito et al. (2016) apontam que a potencialidade do ATLAS.ti, na exploração do material, está no fato de ser realizada de forma ágil e sem a necessidade de canetas marca-textos, permitindo a reelaboração do caminho.

Na categorização, as unidades de registro (*codes*) foram agrupadas por suas características comuns, compondo, no ATLAS.ti o que é nomeado de *Family*. Para tal, foram seguidos dois critérios, o de repetição e de relevância. O critério de repetição refere-se à quantidade de vezes que os *codes* se repetiram para compor a *Family*, considerando todas as ocorrências nos discursos. O critério de relevância,

por sua vez, parte do pressuposto que o *code* é fundamental para a investigação, sem que, necessariamente, houvesse repetição (TURATO, 2005).

Ainda, para a construção das categorias (*Family*), garantiu-se a exclusão mútua dos elementos, sendo que cada *quotation* só esteve presente em uma categoria por vez; a homogeneidade, considerando um padrão para cada categoria (*family*); a pertinência dos elementos com o objetivo do estudo; a objetividade e a fidelidade, mantendo as categorias delimitadas e; a produtividade, gerando dados passíveis de sofrerem inferências (BARDIN, 2011).

Cabe salientar que as *Family*, criadas para este estudo, posteriormente, foram agrupadas manualmente pelo pesquisador de acordo com os artigos propostos. Brito et al. (2016) apontaram essa limitação do *software*, o qual não permite que o pesquisador manipule a *Family*, organizando-a a seu favor. As famílias geradas podem ser consideradas as categorias que agruparam cada conjunto de falas (*quotations*), são elas: “bem externo”; “bem interno”, “fatores de proteção da prática e do sofrimento moral”; “relações interpessoais”; “situações potenciais desencadeadoras de sofrimento moral”; “valores”. “virtudes” e; “ultraje moral”.

O **tratamento dos resultados, inferência e interpretação** consistiu na fase em que a análise foi aprofundada, estabelecendo reflexões a partir da literatura. (BARDIN, 2011). A inferência permitiu conferir significados aos dados e, mediante a interpretação, buscar aquilo que está oculto, além do observável nos dados. O importante nesta fase foi não fazer o julgamento dos achados, visto que é uma expressão do sujeito e não cabe ao pesquisador defini-la como certa ou errada. O ATLAS.ti, nessa fase, contribuiu para a visualização dos dados (*codes*), em cada *Family*, assim como as *quotations* referentes a eles de forma facilitada. Cabe salientar que o *software* é um mecanismo para auxiliar a organização dos dados, não isentando o pesquisador de manipular os dados e de usar da criatividade para analisar seus dados de acordo com objeto da pesquisa e do referencial teórico. De acordo com Yin (2015), o *software* não realiza a análise completa, mas auxilia na organização dos dados em códigos.

A utilização do *software* ATLAS.ti deu-se em face à importância de se organizar os dados, de forma ágil e de qualidade, estruturando-os e permitindo construções de redes semânticas, gerando poderosos *insights* (BRITO et al., 2016). A operacionalização da ATC no ATLAS.ti gerou 74 *codes*, 356 *quotations* e 9 *family*.

3.6. Aspectos Éticos da Pesquisa

O estudo de fenômenos complexos que acontecem no cotidiano da vida exige do pesquisador um rigoroso posicionamento ético, assim como toda pesquisa que envolve seres humanos. Nesse sentido e considerando a Resolução nº 466/2012, esta tese cumpriu todos os requisitos ético-legais exigidos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética do Hospital cenário do estudo (ANEXO B). Posteriormente, foi submetido à Plataforma Brasil e, em 28 de julho de 2015, foi aprovado pelo COEP/UFMG (Parecer nº 1.160.801) (ANEXO C).

Em cumprimento à resolução, todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após terem recebido informações sobre o estudo e sobre seus direitos (APÊNDICE B). Dessa maneira, os participantes foram esclarecidos sobre a liberdade para retirar dúvidas durante o estudo e, também, sobre seu direito de se recusar a responder a qualquer questionamento e de retirar seu consentimento, desistindo de participar, em qualquer momento, sem penalizações de qualquer natureza. Cabe ressaltar que foi resguardado aos participantes o seu anonimato. Para tal, os participantes receberam códigos BC para enfermeiros do Bloco Cirúrgico e UTI para enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva, seguidos de uma sequência numérica.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

A análise dos dados, seguindo os polos cronológicos propostos por Bardin (2011) para a realização da Análise Temática de Conteúdo, permitiu a apreensão do processo do sofrimento moral em enfermeiros que atuam em setores fechados, no contexto da prática profissional, sob a luz da Ética da Virtude.

A organização dos dados no *software* ATLAS.ti gerou 74 *codes*, 356 *quotations* e 9 *family*, sendo que as 9 *family* compuseram as categorias empíricas do estudo. As categorias empíricas resultantes da ATC foram: (I) Bem interno; (II) Bem externo; (III) fatores de proteção para a prática e para o sofrimento moral, (IV) prática profissional ideal; (V) relações interpessoais; (VI) Situações potenciais desencadeadoras de sofrimento moral; (VII) ultraje moral; (VIII) valores; (IX) virtudes.

As 9 categorias empíricas (*Family*) agrupadas entre si e compostas após a análise dos dados e resultaram em 4 artigos propostos para a presente tese, são eles:

Quadro 1: Artigos propostos para a tese, Belo Horizonte, 2018.

	Título do Artigo	Status	Revista	Qualis
1	A prática em enfermagem e o sofrimento moral: avanços teóricos sob o prisma da Ética da Virtude.	Para submissão	Nursing Ethics	A1
2	Invisibility of the Self: Reaching for the Telos of Nursing within a Context of Moral Distress.	Submetido	Nursing Inquiry	A1
3	Acreditação hospitalar: a excelência como fonte de sofrimento moral para enfermeiros	Submetido	Enfermagem em foco	B2
4	Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar.	Submetido	Revista Mineira de Enfermagem	B1

Fonte: Elaborado para fins desse estudo, 2018.

4.1 ARTIGO 1: O sofrimento moral em enfermeiros à luz da ética da virtude

O SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS À LUZ DA ÉTICA DA VIRTUDE

Resumo

Trata-se de um estudo teórico que objetivou propor nova perspectiva para compreender o sofrimento moral em enfermeiros, tendo como referencial epistemológico da Ética da Virtude. O sofrimento moral é uma temática amplamente estudo, principalmente no que concerne à identificação das suas causas e manifestações. Nesse sentido, existem ainda lacunas no que se refere ao aprofundamento teórico, criando novas possibilidades para que o sofrimento moral

seja analisado. Na busca por atualizações nesse campo o presente artigo realizou a interface do marco conceitual para análise do processo de sofrimento moral em enfermeiro, proposto por Ramos et al (2016) e a Ética da Virtude, discutida por MacIntyre. Tal interface considera a vivência do sofrimento moral no contexto da prática, possibilitando a adaptação do marco articulado à teoria da ética da Virtude.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho na saúde é dinâmico e marcado por ambiguidades e por desafios éticos-morais, o que requer dos profissionais mobilização constante de reflexões e de posturas éticas que contribuam para a legitimação de sua prática e de sua identidade profissional com vistas ao alcance da excelência.

Tendo em vista a dinamicidade, complexidade e ainda, as singularidades do trabalho no campo da saúde, em circunstâncias diversas, os profissionais enfrentam desafios éticos que podem culminar em vivências de sofrimento moral, aqui entendido como a situação na qual o profissional, ao se deparar com um problema moral, tece seu julgamento, mas é impossibilitado de agir de acordo com seus valores (RAMOS et al., 2016). Assim, sofrimento moral provoca sentimentos de angústia com possíveis manifestações físicas e psicológicas que comprometem o trabalho, culminando em situações mais extremas, com o abandono da profissão. O sofrimento moral reprime o profissional de deliberar moralmente no que concerne ao desempenho da sua prática, o que pode levar à descaracterização da prática perante si mesmo, seus pares e perante à sociedade.

Assume-se no presente ensaio, que o sofrimento moral ocorra no contexto da prática e que a referida prática se fundamente no arcabouço teórico da Ética da Virtude (MACINTYRE, 2007). A prática, na perspectiva de MacIntyre (2007), é qualquer forma coerente e complexa de atividade humana cooperativa, socialmente estabelecida e que possui bens internos e bens externos a ela.

Os bens internos são próprios, singulares e caracterizam a prática, diferenciando-a, pois, das demais. Os profissionais, ao ingressarem em uma prática, precisam direcionar suas atividades para a buscar pelos seus bens internos de forma a legitimá-la. Os bens externos são consequência da prática e se expressam

na forma de status, salários ou outros tipos de reconhecimento que não são específicos de determinada prática.

O objeto de análise nesse artigo teórico refere-se ao sofrimento moral no contexto da prática. Trata-se de uma nova perspectiva para compreender o sofrimento moral em enfermeiros, tendo como referencial epistemológico da Ética da Virtude. Esse estudo permite avanços no que concerne aos estudos sobre sofrimento moral, traspondo a perspectiva em suas causas e manifestações e extrapolando-a para os agentes morais que desenvolvem, assumem, defendem e legitimam uma prática, mediante a mobilização de um sistema complexo de valores (experiência e formação) em função dela.

Portanto, não se tem a intenção de reconfigurar a análise do sofrimento moral, mas de agregar elementos filosóficos advindos da Ética da Virtude, articulando a experiência do agente moral em construir e legitimar sua prática.

2. BACKGROUND

2.1 Teoria da ética da Virtude

A prática do enfermeiro é marcada por experiências éticas decorrentes de sua natureza ontológica e relacional e, ainda, por envolver deliberações sobre a saúde e a vida de pessoas.

A prática é composta por padrões de excelência, obediência às suas regras e pela conquista dos bens interno e externo. Os bens internos abarcam padrões de excelência próprios que apenas podem ser obtidos exercendo determinada prática, sendo aqueles que a caracterizam e que fazem com que os seus participantes sejam identificados e reconhecidos. Já os bens externos podem ser alcançados em qualquer prática e são consequências sociais tais como prestígio, poder, dinheiro e status (MACINTYRE, 2007).

Ser justo à natureza da prática é desempenhá-la com excelência, configurando-a tal qual sua origem. O que vai de encontro ao que Cortina (2005) aponta como conduta moral, que consiste em o profissional entender como dever, “o cumprimento da tarefa profissional no mundo” (CORTINA, 2005, p. 116),

mobilizando virtudes que o levam a agir moralmente em busca de sua prática (HOOFT, 2013).

O termo moral, sob a hermenêutica da Ética da Virtude aprecia a vontade, a emoção e a necessidade do sujeito e o aceita como eticamente importante para decidir e realizar a ação por si próprio (HOOFT, 2013). A esse respeito, é importante que, além dos aspectos já mencionados, o profissional possua autonomia na prática, determinando o que é correto ou não na forma de exercê-la, assim como assuma responsabilidades pelos seus atos (CORTINA, 2005). A autora aponta a insuficiência de se assumir códigos deontológicos, restritos às regulamentações, secundarizando um código ético voltado para o alcance dos bens e dos objetivos da profissão (CORTINA, 2005).

Nessa perspectiva é pertinente resgatar o conceito de virtude, a qual consiste em uma habilidade humana fundamentada nos valores, cuja posse e exercício tendem a permitir alcançar os bens internos (MACINTYRE, 2007). Assim, o exercício virtuoso de uma prática é um dever moral, transcendendo os aspectos financeiros e alcançando a dimensão social e humana (CORTINA, 2005).

A ética da virtude faz parte de uma orientação da prática, abrangendo “o eu do agente entre as suas preocupações” (HOOFT, 2013, p. 20), isto é, a constituição do sujeito ético-moral. Nesse sentido, as vivências, as experiências e as trajetórias dos indivíduos fazem parte do “eu profissional” e isso não deve ser negligenciado na prática, uma vez que os processos de socialização, pelos quais os profissionais passaram e ainda passam, influenciam sua constituição como sujeito da prática.

Espera-se, pois, que o profissional não se limite ao enfoque financeiro no exercício de sua profissão, embora seja indiscutível sua relevância social. Há que se considerar que o profissional direcione sua prática para sua finalidade precípua de maneira que a mesma possua sentido. Diante dessa questão, torna-se importante explorar a distinção entre o bem interno e o bem externo que compõem a prática.

O bem interno é a finalidade da atividade, estando ligada à história e a tradição da prática, conferindo a ela sentido e legitimidade. A autonomia do profissional diz respeito aos meios para se realizar a prática. Por outro lado, o profissional não possui autonomia sobre sua finalidade, haja vista que a mesma já é dada histórica e tradicionalmente. Portanto, o bem interno da prática é o fim que lhe é próprio - *telos* (MACINTYRE, 2007). Embora o bem interno seja único, há que se destacar que os meios para se alcançar a prática se modificam de acordo com o

contexto e a época, estando em consonância com a consciência moral dos indivíduos em determinada circunstância (MACINTYRE, 2007). O mesmo acontece com a virtude que é relativa ao tempo (HOOFT, 2013). Sendo assim, o profissional move-se, ao longo do tempo, em busca da excelência de formas distintas, embora o objetivo final se mantenha.

Complementando o raciocínio, no exercício da prática, o bem externo advém do trabalho, na forma de remuneração, poder, prestígio e status, mas não legitimam ou conferem sentido à prática, sendo obtidos como reconhecimento pela virtude mobilizada na busca pelo bem interno. Assim, o que tornaria o profissional desvirtuoso é a priorização do bem externo em detrimento do bem interno, corrompendo, assim, a prática com prejuízos para sua legitimidade e credibilidade (MACINTYRE, 2007).

Na saúde, considera-se que bem interno se traduz como o bem do paciente (CORTINA, 2005). Contudo, ao considerarmos que cada profissional busca seu próprio bem interno, conflitos podem emergir em decorrência das especificidades da formação, do exercício profissional e de interesses particulares, como por exemplo os interesses de classes e corporações. Há que se destacar que no campo da saúde verifica-se a existência de diferentes categorias profissionais, não havendo por vezes, clareza, dos limites de suas atribuições e competências específicas. Tal situação é agravada se considerarmos a história e tradição das profissões, dentre as quais destacam-se a enfermagem e a medicina, o que não raro culmina em relações hostis, cujo prejuízo recai sobre a qualidade do cuidado e sobre a própria prática que, na divergência, fica negligenciada.

Espera-se, pois que os profissionais busquem o alcance da prática direcionada para o bem interno, o qual ao mesmo tempo em que beneficia o usuário/cidadão, legitima o exercício profissional com base na virtude (CORTINA, 2005).

A prática, considerada para fins deste estudo, extrapola o fazer manual alcançando a cidadania. Portanto, a prática deve ser includente, propiciando benefícios para a sociedade e legitimando as profissões e sua relevância social. A prática deve, pois, ser assumida tanto na perspectiva do macro resultado, considerando os aspectos sociais e econômicos a ela associadas, como no microespaço, no qual ocorrem as inter-relações entre paciente-famíliares-profissionais (BACKES et al., 2008).

Visto o exposto, o profissional precisa encontrar meios para mobilizar suas virtudes em prol da prática e fazê-la com excelência, alcançando sua relevância social e sua legitimidade enquanto prática. Contudo, percebe-se que o profissional encontra problemas de ordem moral no cotidiano da prática que podem impossibilitá-lo de buscar pelo bem interno da prática, desencadeando o sofrimento e, conseqüentemente, a descaracterização da prática.

2.2 O processo de Sofrimento moral

As tomadas de decisão na saúde são consideradas emocionalmente difíceis por Lützén et al. (2006), devido ao fato de estarem relacionadas a valores e a julgamentos individuais, o que pode levar o enfermeiro a possíveis vivências de sentimentos de impotência para deliberar em função de sua prática, o que pode culminar com o sofrimento moral.

Jameton (1984) foi o precursor dos estudos sobre sofrimento moral na enfermagem, apontando-o como um sentimento doloroso ou um desequilíbrio psicológico decorrente da incapacidade de agir de acordo com sua consciência moral devido às questões institucionais. O autor relaciona dois estágios de instalação do sofrimento moral, o inicial e o reativo, sendo o inicial representado pelos sentimentos de angústia, frustração e raiva e; o reativo, pelo obstáculo em agir de acordo com os valores dos profissionais, não sendo possível superar os sentimentos iniciais.

Corley (2002) avança nos estudos sobre sofrimento moral quando o relaciona ao desenvolvimento da prática do enfermeiro, o qual busca em sua prática ser o melhor para o paciente e quando não o provém, o sofrimento moral se revela. Barlem et al. (2013, p. 3) corroboram com os autores ao afirmarem que “o sofrimento moral se refere ao fenômeno do sofrimento associado à dimensão ética dos cuidados na prática da saúde”, isto é, no momento em que o profissional se depara com obstáculos para exercer uma prática ética em consonância com seus valores. Assim, os profissionais de enfermagem podem apresentar sofrimento moral como produto da incoerência entre suas ações e seus julgamentos morais o que lhes gera sofrimento e, até mesmo, abandono da profissão.

Nas equipes de saúde e na própria instituição, as vozes dos profissionais de enfermagem são silenciadas quando pretendem expressar as preocupações morais inerentes ao trabalho (BARLEM et al., 2012), o que contribui para vivências de sofrimento moral e para rupturas identitárias (BRITO, 2008). Gallagher (2010) observa que além de os enfermeiros não possuírem espaço para expor os problemas, existem situações do cotidiano que lhes geram apreensão, tais como a incumbência de informar aos pacientes e familiares sobre o prognóstico do paciente e o medo da violência entre outros aspectos.

A apreensão pode ser um fator que gera impotência no profissional, impedindo-o de agir considerando seus valores, causando o sofrimento moral. Nesse sentido, Gallagher (2010) cita a coragem moral como uma virtude profissional que estimula o enfermeiro a se posicionar contrariamente em relação a práticas e políticas inaceitáveis, sendo uma forma de resistência e de proteção. Contudo, a autora destaca que nem sempre é possível exercer a coragem, haja vista que a instituição pode ser tornar uma barreira.

O sofrimento moral, quando se instala, manifesta-se no profissional de diversas formas, abrangendo sentimentos como frustração, culpa, depressão, ansiedade, humilhação, angústia, tristeza, raiva e impotência e, também, mediante respostas físicas decorrentes dos sentimentos, tais como choro, insônia, perda de apetite, pesadelo, taquicardia, cefaleia, tremores, distúrbios gastrointestinais e estresse (MCCARTHY; GASTMANS, 2015; BARLEM et al., 2013; BARLEM et al., 2012; GALLAGHER, 2010; CORLEY, 2002).

Enfermeiros são considerados por Dalmolin et al. (2014), são considerados profissionais vulneráveis a essas vivências, haja vista a complexidade e particularidades do trabalho que realizam. Tais vivências podem ser consideradas fontes para crises de valores, com consequências reais e desastrosas na qualidade do cuidado e com implicações éticas para todos os envolvidos.

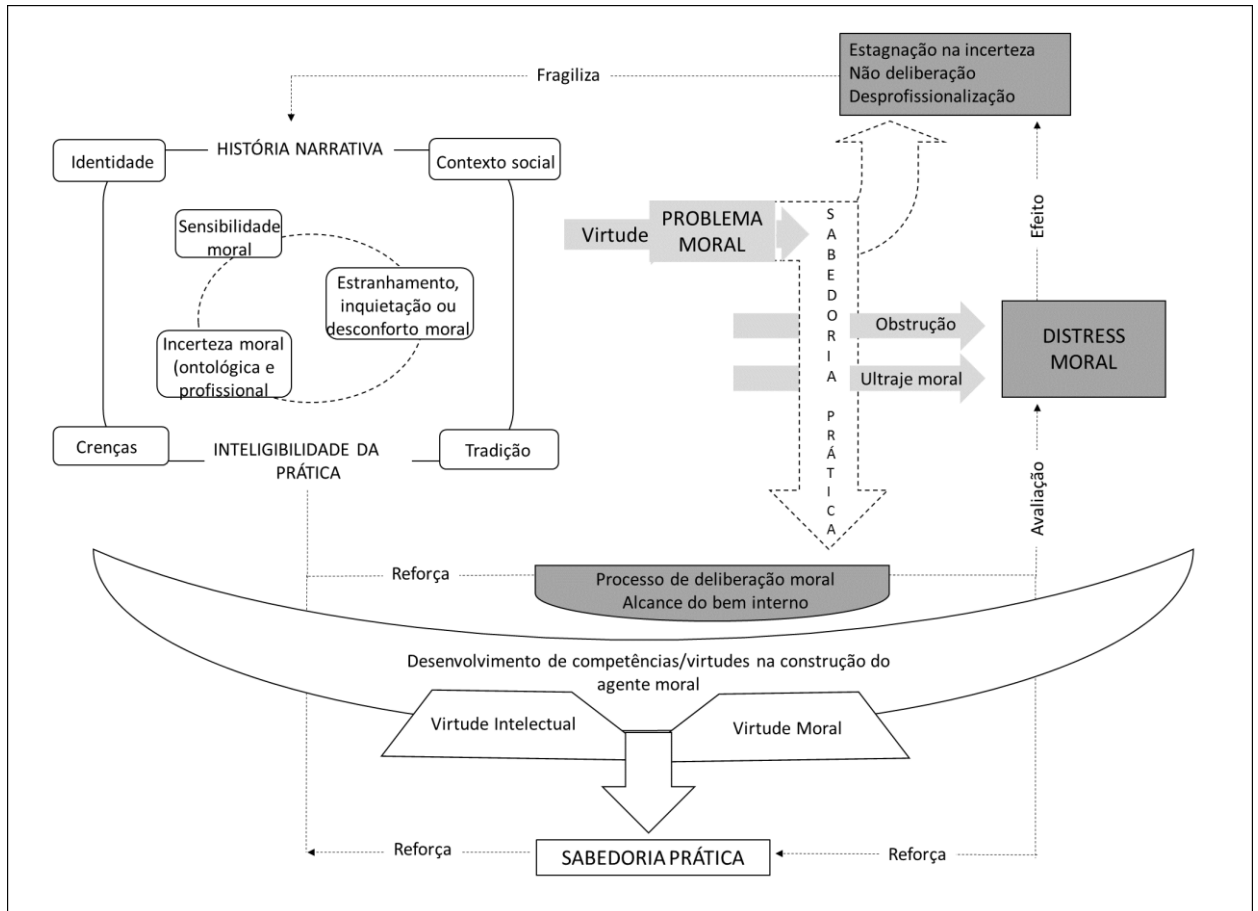
3. INTERFACES ENTRE O MARCO CONCEITUAL PARA A ANÁLISE DO PROCESSO DE SOFRIMENTO MORAL E A ÉTICA DA VIRTUDE

Com intuito de desenvolver um marco conceitual para análise do sofrimento moral em enfermeiros em diferentes contextos, Ramos et al. (2016) consideram o sofrimento moral como parte de um processo que compõe a experiência moral. O referido marco conceitual, assume o problema moral como central, considerando que é a partir dele que os desfechos irão se desenvolver. Analisando a importância do julgamento do enfermeiro no enfrentamento do problema moral a Teoria da Ética da Virtude (MACINTYRE, 2007) revelou-se pertinente por entender que o julgamento moral ocorre mediante um agente moral que busca pela sua prática (bem interno), mediante suas escolhas e disposições de caráter representados pelas virtudes.

O marco construído por Ramos et al (2016) traça um processo singular do sofrimento moral e não se pretende nesse estudo negá-lo ou modificá-lo, mas sim fundamentá-lo nas bases do que a Teoria da ética da Virtude assume como prática. Assim, ao se considerar o conceito de prática advindo de tal teoria, entende-se que o julgamento moral do profissional é realizado com vistas ao alcance dessa prática que é própria do enfermeiro, determinando a forma como o indivíduo/agente moral lidará com os problemas no cotidiano. Assumir tal teoria significa, portanto, que o enfermeiro tomará a melhor decisão possível sendo guiado por suas virtudes, considerando o bem interno de sua prática.

Considerando tal discussão, o presente artigo propõe um avanço no que concerne ao uso da ética da virtude como fundamentação epistemológica ao marco conceitual para análise do sofrimento moral proposto por Ramos et al (2016). Tal articulação pode ser tomada como possibilidade para a compreensão do enfermeiro como agente moral de sua prática no contexto de trabalho. Ressalta-se que a teoria da ética da virtude foi utilizada para acrescentar e fundamentar o marco, tendo sido o esquema básico utilizado proposto por Ramos et al (2016).

Figura 3: Marco conceitual para a análise do Processo de Sofrimento Moral no contexto da prática, Belo Horizonte/MG, 2018.



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Ramos et al. (2016)

O Marco Conceitual proposto por Ramos et al (2016), por considerar o sofrimento moral como um processo cuja experiência ético-moral é singular, torna o sujeito moralmente responsável pela ação, o qual, nas palavras de MacIntyre (2007) é denominado de agente moral.

A experiência ético-moral inicia-se pela percepção, por parte do enfermeiro, da existência de um problema moral, o qual exige seu posicionamento (RAMOS et al., 2016). A percepção do problema moral não se dá de forma equânime entre os profissionais, sendo necessário para o seu reconhecimento a sensibilidade moral, a incerteza moral e o desconforto moral.

Por sensibilidade moral entende-se a “capacidade de percepção diferenciada, um refinamento, educação ou instrumentalização da percepção” (RAMOS et al., 2016, p. 6). A sensibilidade moral corresponde à percepção do profissional no que diz respeito ao valor imbricado na situação conflito e à consciência de sua responsabilidade, guiando a prática, mediante a motivação moral de fazer o bem (LÜTZÉN et al., 2006). Os autores destacam que a sensibilidade moral não trata

apenas de sentimento, emoção e conhecimento para identificar o conflito, mas também da capacidade do profissional em diferenciar o problema comum de um problema de ordem moral, bem como suas experiências e valores. A sensibilidade moral acontece em ambientes que são permeados por incertezas e por desconforto moral, os quais levam o profissional a perceber determinada situação, a si mesmo e o outro, estando relacionada ao desenvolvimento da incerteza e do desconforto moral (RAMOS et al., 2016).

Os autores apontam que a incerteza moral pode ser de ordem moral e/ou profissional. A primeira é ontológica e a segunda refere-se aos saberes ou à vivência de situações que permitem diferentes olhares e julgamentos de valores. A incerteza moral é produtiva no sentido de fazer com que o enfermeiro questione e seja crítico perante os problemas morais. Já o desconforto moral está relacionado ao estranhamento perante às circunstâncias do cotidiano, à inquietação.

Os componentes sensibilidade, incerteza e desconforto moral, na lente da Ética da Virtude descrita por MacIntyre (2007), podem ser entendidos como pertencentes do caráter moral, abarcando um conjunto de disposições para determinado comportamento e não outro, fazendo parte de uma estrutura ampla, representada na figura como história narrativa.

A história narrativa pertence ao indivíduo e o situa no contexto social, sendo a tradição, as crenças e a identidade aquilo que a compõe e juntos conferem inteligibilidade à prática (MACINTYRE, 2007). O contexto em que a prática se desenvolve é definido pela tradição, o que significa assumir que a prática já existia anteriormente ao indivíduo e na qual ele agora faz parte (HODKINSON, 2008). Portanto, na perspectiva de MacIntyre (2007), ao exercer determinada prática, o indivíduo herda uma tradição, aprende com ela e ao mesmo tempo, a constrói. Portanto, não é apenas a dimensão histórica que compõe a tradição da prática, mas também a identidade do indivíduo, construída nos seus processos de socialização (CARVALHO, 2001).

O processo de socialização, para Dubar (2009), se dá de forma relacional, propiciando ao indivíduo a construção e o conhecimento de si mesmo e do outro, compondo sua configuração identitária. Tal articulação com Dubar se faz construtiva uma vez que MacIntyre (2007) entende que a identidade do indivíduo é composta mediante as relações e que por meio delas ele é capaz de fazer parte de um espaço social e de identificar a si mesmo e com o outro.

A respeito da configuração identitária, ela ocorre por meio de processos relacionais, comunicativos e interacionais, ou seja, “implica fazer da qualidade das relações com o outro um critério e um elemento importante da dinâmica das identidades” (DUBAR, 2005, p.141). Isso se torna fundamental, uma vez que a configuração identitária dá-se na dualidade entre a identidade para si e para o outro (DUBAR, 2005), a qual, concomitantemente, compõe o indivíduo, mediante mecanismos de identificação, sendo eles denominados de atos de atribuição ou de pertencimento.

Os atos de pertencimento estão relacionados à percepção do indivíduo de si mesmo, sendo “os que exprimem que tipo de homem (ou de mulher) você quer ser, isto é, a identidade para si” (DUBAR, 2005, p.137). Tal pertencimento refere-se à introjeção do próprio “eu” do indivíduo, sendo considerada pelo autor como “identidade social real”, a identidade que pertence a ele, aquilo que ele percebe de si próprio. Por outro lado, os atos de atribuição referem-se à identidade atribuída pelo outro, isto é, “que tipo de homem (ou de mulher) você é” (DUBAR, 2005, p. 137). No ato de atribuição, a interação com o outro possibilita que o indivíduo elabore em si aquilo que ele pensa que o outro acha dele, sendo considerada pelo autor como “identidade social virtual”.

O profissional vivencia no trabalho relações estabelecidas no desenvolvimento de sua prática, fazendo parte desse processo o fato de o profissional se reconhecer em si e para o outro, sentindo-se pertencente à comunidade, o que contribui para sua legitimação e para a inteligibilidade da prática. Desvelando-se, pois, o caráter social da configuração identitária, uma vez que ela se dá em um “eterno vir a ser” (BRITO, 2008), isto é, na dinâmica da vida em que as relações e as vivências não são estáticas. Por isso, a associação da prática com identidade (história narrativa).

Retomando a importância da história narrativa para os componentes sensibilidade, incerteza e desconforto moral, tal relação foi necessária, uma vez que os mesmos advêm de processos de socialização (relacionais). Assim, as decisões não são centradas apenas no indivíduo, mas como parte do contexto em que ele se insere (WEAVER; MORSE; MITCHAM, 2008), sendo por esse motivo, que a história narrativa confere inteligibilidade à prática, haja vista que a ação passa a ser situada e compreendida no todo. Além de entender que o indivíduo que assume uma prática

escolhe e aceita o seu bem interno, o que representa a prática e a tradição que a constrói (MACINTYRE, 2007).

Como dito anteriormente, os componentes fazem parte de uma experiência ético-moral do indivíduo (agente moral), uma vez que antes mesmo de realizar seu julgamento e fazer suas escolhas existe sua história narrativa que o influenciará no modo de encarar o problema moral e tomar suas decisões. Tal influencia se dá na mobilização das virtudes frente às situações que exigem julgamento moral.

O julgamento moral, na perspectiva de MacIntyre (2007), corresponde a um “*factual statements*”, realizado mediante a escolha do indivíduo referente àquilo que ele escolhe como tendo as características que julga necessárias para atingir um propósito. Considerando que esse julgamento é realizado no desenvolvimento da prática, entende-se que o propósito é o alcance do bem interno.

As virtudes mobilizadas para o julgamento moral estão relacionadas à estrutura do contexto social no qual o indivíduo faz parte, sendo algo particular e ao mesmo tempo socialmente interligada, uma vez que integra a tradição que herdamos (MACINTYRE, 2007). O autor conceitua a virtude como qualidades humanas para alcançar a excelência, o fim próprio da prática (*telos*), não sendo apenas uma disposição para agir de determinada forma, mas para sentir e seguir diante daquilo que foi cultivado como virtuoso.

Pellegrino (1995) expõe que a ideia de virtude está relacionada à excelência do caráter que orienta para determinados fins e propósitos, como excelência da razão e não apenas da emoção, centrada no julgamento prático, sendo aprendida na própria prática. A mobilização da virtude envolve o pensar na própria prática e no paciente, além de envolver autorreflexão de que tipo de profissional eu gostaria de ser e o que eu devo fazer (AUSTIN, 2007).

Assim, como representado no marco (Fig 3), ao se deparar com um problema moral o enfermeiro precisa mobilizar as virtudes para realizar o seu julgamento moral e agir em consonância com sua prática. Nessa perspectiva, Ramos et al (2016) propõe três possíveis desfechos que serão analisados pela lente da ética da virtude, são eles: o processo de deliberação moral; o sofrimento moral e; estagnação na incerteza (não deliberação/desprofissionalização).

O processo de deliberação moral ocorre quando o profissional, mediante o problema moral, realiza seu julgamento e mobiliza as virtudes que irão guiá-lo para agir em consonância com seu julgamento moral, concretizando a busca pelo bem

interno da sua prática (*telos*). Dessa forma, o sofrimento moral não existirá se o agente moral, em seu posicionamento, for capaz de mobilizar sua sabedoria prática e deliberar moralmente, concretizando seu julgamento e reforçando a inteligibilidade da prática, uma vez que quando existe deliberação moral em consonância com o julgamento moral existe a busca pelo bem interno.

Aristóteles (2015) entende que a sabedoria prática (*phronesis*) é a capacidade de raciocínio que o homem possui para perceber aquilo que pode ser objeto de sua deliberação, sendo a virtude central e assim, o meio que conduzirá ao fim, *telos* da prática. Assim, quando o indivíduo atinge a sabedoria prática ele é capaz de realizar o julgamento moral, fazendo escolhas adequadas com a atividade que está engajado (PELLEGRINO, 1995). O exercício das virtudes envolve a capacidade de julgar o certo a se fazer, no lugar e na hora certa (MACINTYRE, 2007). Portanto, as virtudes compõem o processo de julgamento moral, as quais além de sustentar a prática direciona para o alcançar do bem interno e auxilia na superação de obstáculos que surgem no processo de deliberação.

Hodkinson (2008) questiona se a sabedoria prática sempre leva o indivíduo a tomar a decisão moralmente adequada e discute que no curso da ação ele pode se sentir desconfortável com a decisão tomada, embora tenha inicialmente utilizado da sabedoria prática. Nesse sentido, a avaliação do processo de deliberação moral pode ser fonte de sofrimento moral, como apontam Ramos et al (2016) em seu marco teórico, haja vista que a avaliação da deliberação realizada significa novo processo de julgamento moral seguido, conseqüentemente, de seus possíveis desfechos.

A respeito do desfecho ligado ao sofrimento moral, conforme a figura apresentada, o mesmo acontece quando o indivíduo mobiliza sua sabedoria prática, mas encontra obstáculos para executar a ação, gerando a impotência no agir. Dessa forma, o profissional se depara com um problema moral, tece seu julgamento e mobiliza sua sabedoria prática, mas é impossibilitado de agir de acordo com seu julgamento, caracterizando, então, o sofrimento moral. Nesse caso, o processo de deliberação moral é interrompido devido à obstáculos que impedem o posicionamento ético-moral do enfermeiro (RAMOS et al., 2016b).

Cabe destacar a inclusão do ultraje moral como um obstáculo para a concretização da sabedoria prática. No estudo de Caçador (2016), o ultraje moral foi adicionado ao marco teórico como sendo um motivo a mais que pode impedir a

deliberação moral. O ultraje moral acontece quando o indivíduo testemunha situação do ambiente de trabalho, mas são impossibilitados de agir, uma vez que se referente à decisão e conduta do outro (MCAULIFFE; WILLIAMS; BRISKMAN, 2016). Como a prática da enfermagem não é realizada de forma isolada, ocorrendo em complemento e/ou sendo complementada por outras práticas, pode ocorrer em determinadas tomadas de decisões que não ocorram conjuntas ou consensualizadas, o que pode provocar diferenças no que concerne ao julgamento moral e, conseqüentemente sofrimento moral.

Por fim, o desfecho estagnação da incerteza (não deliberação) pode ser um dos efeitos do sofrimento moral, quando a vivência prolongada do sofrimento moral e o resíduo moral que tal vivência provoca levar o enfermeiro ao não posicionamento. A exposição prolongada e repetida ao sofrimento moral, aos poucos, assola a integridade moral do profissional, compondo o resíduo moral. O sofrimento, por ferir a integridade moral, isto é, os valores do profissional, permanecem latentes nos pensamentos e na consciência, sendo que, em cada situação que envolve uma questão ético-moral, o sofrimento moral vivenciado é potencializado devido ao resíduo moral (EPSTEIN; DELGADO, 2010).

A relação entre o sofrimento moral e o resíduo moral pode chegar ao ponto de produzir rupturas importantes. Epstein e Hamric (2009) evidenciam três conseqüências dessa ruptura. A primeira refere-se à “dormência” do profissional aos conflitos ético-morais vivenciados, isto é, eles deixam de reconhecer ou se envolver com as situações (desfecho estagnação da incerteza). A segunda diz respeito ao profissional opor-se vigorosamente à situação, buscando meios de superar os constrangimentos (mobilização da sabedoria prática para o processo de deliberação moral). A terceira alude ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* (efeito do sofrimento moral, estagnação na incerteza).

Visto o exposto, “estagnação na incerteza” ocorre quando o profissional não é capaz de se posicionar de acordo com seus valores ético-morais, de deliberar ou enfrentar o problema moral (RAMOS et al., 2016b), desenvolvendo sua prática de forma mecânica e acrítica. Essa postura nos estudos de Pellegrino (2002) é caracterizada como desprofissionalização, na qual a profissão perde o compromisso com os traços de caráter que lhe são próprios e necessários para a proteção do bem-estar e dos interesses do paciente. Pode-se inferir que a desprofissionalização compõe as invisibilidades vivenciadas pelos profissionais, uma vez que quando ele

não consegue desempenhar sua prática tal como ela é, não será reconhecido como tal e por tal prática.

Percebe-se, pois, que a estagnação na incerteza é um desfecho não esperado, assim como o sofrimento moral, uma vez que vai no sentido contrário da busca pelo bem interno, em que o profissional passa a não defender a sua prática e perde a habilidade de mobilizar sua sabedoria prática. Tal circunstância, como apontado na Fig. 3, fragiliza a inteligibilidade da prática e, conseqüentemente, a percepção da existência do problema moral, podendo acarretar na captura do profissional por vícios (contrários às virtudes) e também para o enaltecimento da busca pelo bem externo em detrimento do bem interno, comprometendo a sensibilidade moral. O profissional, por não conseguir exercer com a excelência da prática, rompe com seu sistema de valores, isto é, com sua sensibilidade moral de perceber o conflito, sendo um efeito do sofrimento moral a própria desprofissionalização apresentada no marco como um dos desfechos e provocando invisibilidades.

Em síntese, no presente estudo, o processo de sofrimento moral proposto por Ramos et al. (2016) foi fundamentado pela ética da virtude, em que o processo acontece no contexto da prática cujo o indivíduo que se assume como parte de uma prática possui uma história narrativa e um fim (*telos*) que o guia em todas as etapas do processo, principalmente, no julgamento moral. Cabe salientar que o processo descrito é fundamentado pela formação das competências ético-morais, como descrito no estudo de Ramos et al. (2016).

Torna-se importante discutir sobre a formação das competências ético-morais atrelada às virtudes, considerando a condição não ontológica da virtude, isto é, a virtude pode ser desenvolvida. A esse respeito, MacIntyre (2007) considera o desenvolvimento da Virtude Intelectual e da Virtude Moral propostas por Aristóteles.

Aristóteles (2015) assume a Virtude Intelectual como a aquisição de sabedoria, entre elas, a sabedoria prática ao passo que a Virtude moral se refere à própria atividade das virtudes, como liberdade, prazer, justiça, coragem entre outras. Ainda, a virtude intelectual é fruto do ensino, o que requer dispêndio de tempo e ganho de experiências, enquanto a virtude moral é adquirida mediante o hábito, no “aprender fazendo”. Nesse sentido, a virtude, de um modo geral, é considerada a disposição do caráter que torna o homem bom no desempenho de sua atividade,

fazendo-o desempenhá-la bem, com excelência, uma vez que consiste na escolha da ação.

O marco conceitual proposto por Ramos et al (2016) inova quando assume o sofrimento moral como um processo que mobiliza o profissional na percepção ético-moral, sendo que ele não termina em si próprio. O processo permite que a avaliação dos resultados da deliberação moral seja fruto de sofrimento moral como, por exemplo, uma ação moral idealizada que foi modificada durante o processo, além da qualidade, do equívoco ou da insuficiência da deliberação moral e da relativização das convicções. Avançando nesse sentido, nessa complementação, entende-se que a deliberação moral, além de reforçar a inteligibilidade da prática do enfermeiro, também reforça o desenvolvimento da sabedoria prática, caracterizando a busca constante pelo *telos*. Ademais, inseriu-se a estagnação da incerteza como um efeito do sofrimento moral, além de ser um desfecho, o qual pode fragilizar a inteligibilidade da prática, uma vez que não há mobilização da sabedoria prática em função do bem interno, provocando o que se denominou desprofissionalização e consequente invisibilidade.

O processo de sofrimento moral, por seu caráter dinâmico, move os profissionais às transformações, à crítica da prática profissional e às autoanálises, não podendo ser considerado apenas em sua negatividade. Corley (2002) faz essa análise positiva do sofrimento moral, elucidando-o como fonte de experiência para que os profissionais se posicionem face aos problemas, evitando o sofrimento. Ramos et al. (2016b) também discutem a produtividade do sofrimento moral em ser constitutivo do sujeito, uma vez que retira o profissional de sua zona de conforto. Assim, embora o gatilho seja o conflito, o mesmo contribui para construção do sujeito ético-moral, mobilizando transformações no sujeito.

Na perspectiva da teoria da ética da virtude, o sofrimento moral pode ser fonte para o desenvolvimento da virtude moral contribuindo para a formação da sabedoria prática rumo ao bem interno e também na construção da tradição, haja vista que ela se dá no conflito e no reforço (CARVALHO; SOUSA, 2011). Importa, pois destacar o papel das virtudes no desenvolvimento da prática como responsáveis por guiarem as atitudes e os comportamentos dos profissionais em função da excelência do bem interno.

As virtudes compõem o agente moral e são desenvolvidas na história narrativa, isto é, nos processos de socialização e nos relacionamentos com os

outros, bem como no processo formativo. Assim, a construção do agente moral quando em uma prática envolve o relacionamento entre os profissionais atuais e aqueles que os precedeu, cuja a autoridade da tradição deve ser fonte de aprendizado, mas também de confronto, perpassando pelo reconhecimento de si e do outro, do que devo fazer e do indivíduo que quero ser (MACINTYRE, 2007). Cabe esclarecer que a construção do agente moral não depende apenas do indivíduo, mas também da comunidade na qual ele faz parte e da instituição em que ele atua, não afetando as pessoas da mesma maneira, sendo, portanto, uma experiência individual.

4. REFLEXÕES FINAIS

A interface entre o marco conceitual do sofrimento moral e a Ética da Virtude, se deu inicialmente considerando a estreita relação entre o conceito de prática (MacIntyre) e o sofrimento moral. Tal relação se revela quando ocorre o cerceamento da deliberação moral do enfermeiro no desenvolvimento de sua prática, devido à impotência para agir de forma coerente com seu julgamento moral, mediante a vivência de problemas morais.

O sofrimento moral, principalmente devido ao sentimento de impotência que gera, afasta dos enfermeiros os ideais da profissão, levando-os ao abandono da profissão. Necessário se faz o desenvolvimento, no ambiente de trabalho, de estratégias que envolvam os processos de formação e de educação permanente, uma vez que os mesmos são imprescindíveis para que os profissionais possam lidar com a dimensão ética que envolve o trabalho na saúde e serem capazes de desenvolver suas virtudes. Além da importância de as instituições estarem próximas dos órgãos de classe criando condições adequadas para exercerem sua consciência moral. Consciência moral essa que sensibiliza o enfermeiro para a percepção dos problemas morais que encontra no cotidiano de trabalho.

Portanto, estudar o sofrimento moral extrapola a mensuração e a percepção de impactos na vida dos profissionais, mas envolve o sistema de saúde, a profissão e a própria instituição, haja vista que o sofrimento moral tem repercussões amplas quando acomete um profissional tanto individual como coletivamente.

Sob um aspecto geral, as estratégias discutidas devem ser voltadas para a preservação da sensibilidade e da integridade moral dos profissionais, mediante a discussão e a reflexão da prática, das relações e do ambiente de trabalho, assim como do processo formativo.

A relevância da temática encontra-se no fato de que sua abordagem e aprofundamento revelarem aspectos objetivos e subjetivos do trabalho do enfermeiro, fundamentais para subsidiar a discussão e o debate acerca da interferência da dimensão organizacional na produção de subjetividades e na defesa da própria prática. Estudar o sofrimento moral permite revelar realidades invisibilizadas e compreender mecanismos de enfrentamento mobilizados por enfermeiros, os quais se traduzem como estratégias de fortalecimento da autonomia e da defesa da prática.

Cabe destacar que a adoção da ética da virtude como fundamento ético para o marco conceitual não se traduz como a imposição ou a rigidez analítica do tema. Mas, a adoção de tal fundamento tem como propósito ampliar a perspectiva para a complexidade das vivências no campo da saúde, uma vez que se torna impensável criar um modelo pronto que seja capaz de abarcar todas as possibilidades que a vivência com o ser humano tem de inesperado. Portanto, assume-se no presente estudo, as virtudes como guia da conduta em prol de uma prática e, principalmente, assume-se a sabedoria prática como a virtude foco, uma vez que a partir dela o agente moral irá realizar seu julgamento e mobilizar outras virtudes que sejam adequadas para cada situação vivenciada.

Por estarmos considerando a prática de uma profissão, considera-se o bem interno igual ao *telos*, uma vez que não se trata apenas de uma busca pelo fim que o ser humano deseja, mas de uma prática construída em sua história, tradição e renovações.

REFERÊNCIAS

ARISTÓTELES. *Ética a nicômaco*. São Paulo: Martin Claret, 2015.

AUSTIN, W. The terminal: a tale of virtue. **Nurs Ethics**, v. 14, n. 1, p. 54-61, 2007.

- BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; SOUSA, F.G.M; ERDMANN, A.L. o papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n.3, p.319-326, 2008.
- BARLEM, E.L.D.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI, G.L.; TOMASCHEWSKI, J.G.; SILVEIRA, R.S.; DALMOLIN, G.L. Moral distress in nursing personnel. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. Spec, p. 79-87, Jan/Feb, 2013
- BARLEM, E.L.D.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI, G.L.; DALMOLIN, G.L.; TOMASCHEWSKI, J.G. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 681-8, 2012.
- BRITO, M.J.M.; LARA, M.O.; SOARES, E.G.; ALVES, M.; MELO, M.C.O.L. Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. **Saude soc.**, v. 17, n. 2, p. 45-57, jun, 2008.
- CAÇADOR, B.S. **Processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros da estratégia saúde da família: cartografia da produção de subjetividades**. 2016. 146f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.
- CARVALHO, H.B.A. A contemporaneidade de Aristóteles na filosofia moral de Alasdair Macintyre. **Síntese**, v. 28, n. 90, 2001.
- CARVALHO, H.B.A.; SOUSA, J.E. Nietzsche ou MacIntyre: duas alternativas à moralidade moderna? **Abstracta**, v. 6, n. 2, p. 252 – 283, 2011.
- CORLEY, M.C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. **Nursing Ethics**, v. 9, n. 6, p. 636-50, nov, 2002.
- CORTINA, A. **Cidadãos do mundo**: para uma teoria da cidadania. São Paulo: Edições Loyola, 2005, 210p.
- DALMOLIN, G.L.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI, G.L.; BARLEM, E.L.D.; SILVEIRA, R.S. Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem: quem vivencia maior sofrimento moral? **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 3, p. 521-9, 2014.
- DUBAR, C. **A crise das identidades**: a interpretação de uma mutação. Tradução de Mary Amazonas Leite de Barros. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 292p. 2009.

DUBAR, C. **A socialização**: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

EPSTEIN, E.G.; HAMRIC, A.B. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. **Journal of Clinical Ethics**, v. 20, n. 4, p. 330-342, 2009.

EPSTEIN, E.G.; DELGADO, S. Understanding and Addressing Moral Distress". **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 15, n. 3, p. 1-13, set, 2010.

GALLAGHER, A. Moral Distress and Moral Courage in Everyday Nursing Practice. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 16, n. 2, p. 1-7, mar, 2010.

HODKINSON, K. How should a nurse approach truth-telling? A virtue ethics perspective. *Nursing Philosophy* (2008), 9, pp. 248–256.

HOOFT, S.V. **Ética da virtude**. Rio de Janeiro: Vozes, 2013, p. 280.

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

LÜTZE´N, K.; DAHLQVIST, V.; ERIKSSON, S.; NORBERG, A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. **Nursing Ethics**, v.13, v. 2, p. 187-196, nov, 2006.

MACINTYRE, A. **After Virtue**. 3rd ed. Indiana: Notre Dame Press, 2007.

MCAULIFFE, D.; WILLIAMS, C.; BRISKMAN, L. Moral outrage! Social work and social welfare. **Ethics and Social Welfare**, v. 10, n. 2, p. 87-93, 2016.

MCCARTHY, J.; GASTMANS, C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 131–152, 2015.

PELLEGRINO, E.E. Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions. **Kennedy Institute of Ethics Journal**, v. 5, n. 3, p. 253-277, 1995.

PELLEGRINO, E.E. Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician. **The Mount Sinai Journal of Medicine**, v. 69, n.6, p. 378-385, 2002.

RAMOS, F.R.S.; BARLEM, E.L.D.; BRITO, M.J.M.; VARGAS, M.A.; SCHNEIDER, D.G.; BREHMER, L.C.F. Marco conceitual para o estudo do distresse moral em enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p.1-10, 2016

WEAVER, K.; MORSE, J.; MITCHAM, C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n. 5, p. 607–618, 2008.

4.2 ARTIGO 2: Invisibility of the Self: Reaching for the *Telos* of Nursing within a Context of Moral Distress

Original Article

Invisibility of the Self:

Reaching for the *Telos* of Nursing within a Context of Moral Distress

Carolina Caram, Elizabeth Peter, Maria José Brito

Abstract

Many studies have examined clinical and institutional moral problems in the practice of nurses that have led to the experience of moral distress. The causes and implications of moral distress in nurses, however, have not been understood in terms of their implications from the perspective of virtue ethics. This paper analyses how nurses reach for the *telos* of their practice within a context of moral distress. A qualitative case study was carried out in a private hospital in Brazil. Observation and semi-structured interviews were conducted with 13 nurse participants. With the aid of ATLAS.ti software, the data was analyzed by using thematic content analysis using virtue ethics to theorize the findings. One overarching theme entitled Invisibility of Self: Loss of Nursing Identity was identified in the data analysis, along with two additional subthemes: Ambiguity of *Telos* and; The Domination of Institutional Values. In their reach for the *telos* of their practice nurses found an environment permeated by ethical challenges, which not only created moral distress, but also created professional invisibility, a phenomenon referred to as “invisibility of the self”.

Keywords: Moral Distress; Virtue Ethics, Professional Ethics; Nursing ethics; Identity; Nursing

INTRODUCTION AND BACKGROUND

Many studies have examined clinical and institutional moral problems in the practice of critical care nurses in Brazil that have led to nurses experiencing moral distress, including situations related to cardiopulmonary resuscitation; futility of end-of-life treatments, preventable deaths; decision making about sharing information with the patient or family; nurses' lack of autonomy; nurses' conflicts with physicians and institutional policies; work infrastructure; weakness in professional relationships; lack of professional skills; a lack of humanization, a lack of communication, and patients' difficulty in accessing the health system (Barlem et al., 2013; Barlem & Ramos, 2015; Dalmolin et al., 2012). These factors are also characteristic of those related to moral distress in other international studies as well (Oh & Gastmans, 2015; Wiegand & Funk, 2012).

Conventionally, the experience of moral distress has been understood to be a reaction that results when nurses cannot act on their moral judgments (Jameton, 1984). Ramos et al. (2016) emphasize that moral distress is a process that is a particular moral experience, since persons become morally responsible for their actions. Therefore, when practitioners come across a moral problem, they make a judgment, but are often unable to act according to their values, which characterizes moral distress. This means that full moral deliberation, which includes action, is interrupted due to obstacles that prevent their ethical positioning with respect to a moral problem (Ramos et al., 2016).

Moral distress in nurses, however, has not been fully examined using virtue ethics as a theoretical lens with nursing being considered a practice. This research addresses this gap in the literature by describing the causes and implications of moral distress in nurses' practice using virtue ethics. Virtue ethics is an approach that presents an account of virtues, which can be defined as human characteristics, or traits that are desirable in a practice (Gastmans, 2002). Virtues make it possible for persons to attain the goods inherent in practices (Gastmans, 2002). From the perspective of MacIntyre (2007, p. 187) a practice is "any coherent and complex form of socially established cooperative human activity through which goods internal to that form of activity are realized". Many, such as Benner (1997) have argued that nursing is a practice because notions of the good are central to the inseparability of clinical and ethical reasoning in nursing.

MacIntyre (2007) discusses the notion of *telos*, or final goal, of a practice, in the sense that each practice has its own nature. Therefore, when nursing is considered a practice it has its own nature and *telos*, which differs them from any other practice, which is characterized by its internal goods. Drawing on MacIntyre, Gastmans, Casterle, and Schotsmans (1998, p.45) state, "Whatever nurses do must always be related to the final goal (*telos*) that is set. Generally, the goal of nursing activity is described as the promotion of the well-being of the patient by providing *good care* in the wider meaning of the word". Regarding good care, three components are necessary: a caring relationship, caring behaviour (the integration of virtue and expert activity), and good care (physical, relational, social, psychological, moral and spiritual) (Gastmans, Casterle, & Schotsmans, 1998).

In the context of Brazilian nursing, these components are reflected in the humanization of nursing care because it involves the commitment between patients and nurses and respect for the particularity and citizenship of the person (Araujo & Ferreira, 2011). Therefore, it is necessary for nurses to assume humanization as a virtue in the care of patients. Other virtues commonly used to describe the good nurse include compassion, fidelity to trust, moral courage, justice, and integrity (Volbrecht, 2002), along with phronesis which refers to a form of wisdom that fosters good clinical judgment that is directed to improving practice (Benner, 2004).

Virtues are acquired throughout experiences in life and are considered skills that individuals acquire as they reach for their *telos* (MacIntyre, 2007). In addition, since virtues consist of the skills required to perform activities, they lead the individual to act morally in search of professional excellence (Van Hooft, 2014; MacIntyre, 2007) and they are integral to one's sense of professional identity (Armstrong 2006). In the context of moral distress in nursing practice, nurses encounter many interpersonal and institutional constraints that may potentially prevent them from acting on their virtues (Peter, 2015). Thus, when moral problems are not resolved, nurses cannot express their virtues, then anguish, anger, frustration, and impotence can be generated. In other words, moral distress can be said to arise when nurses are prevented from expressing their virtues.

The convergence between professional practice and moral distress occurs when nurses' moral deliberation is restricted. Through the lens of virtue ethics, this means that nurses are unable to enact their *telos*, i.e, to provide good care, which is focused on the well-being of the patient (Gastmans, 2002). Additionally, whenever

nurses are morally deterred, they may be prevented from achieving excellence, which has repercussions in the way they recognize themselves and the *telos* of nursing.

Importantly, Gastmans (2002, p. 495) argues that the domain of nursing care that does not involve patient care “also has a moral significance, as it too is based on the moral requirement of promoting the well-being of the patient.” This type of care includes the organizing work of nurses, such as coordinating and communicating patient care, assembling resources, and managing bed utilization and patient transfers which, despite its importance, has sometimes been viewed negatively as an occupational threat to nurses’ identity (Allen, 2015).

This study highlights the importance of looking beyond descriptions of situations that can cause moral distress and raises a series of considerations rooted in virtue ethics applied to ethical challenges related to moral distress. The purpose of this study, therefore, was to analyze how nurses reach for the *telos* in their practice, as defined by them, within the context of moral distress of closed units of a private hospital in Brazil.

METHOD

Participants, Setting and Methods

A unique integrated case-study approach was adopted to conduct this qualitative research. The case-study approach encompasses the complexities of a social phenomenon that will be further investigated (Yin, 2015). This method confers meaning to the actions of individuals and to the context where they live and interact (Chizzotti, 2010). In this study, the phenomenon analyzed was the process of moral distress of nurses who work in closed units of a Brazilian hospital. The term “closed units” encompasses the Intensive Care Unit (ICU) and the Surgical Unit (SU) of a private hospital in Brazil, which together were considered as an integrated case. The closed units accommodate unique realities within a hospital, as these units have a particular structure that is conducive to close relationships among clinicians and patients and among clinicians themselves. These units provide a fertile environment for moral issues to arise because of the conflicts that exist among professional

groups, who possess different professional values, as well as the everyday value conflicts that occur among managers and clinicians (Caram et al., 2016).

All nurses who worked in the closed units (13 nurses), eight from ICU and five from the SU, participated. Altogether, there were 11 women and two men, with an age range from 26 to 42 years, and experience that ranged between 1 and ten years. Six of the participants possessed undergraduate degrees and seven had additional speciality certification. The participants were designated according to the unit in which they worked (ICU or SU) and the order of their interviews.

Ethical considerations & Data Collection

Ethical approval was obtained from the Research Ethics Committee (nº 1.160.801) of the institutions involved, following Brazilian Resolution nº 466 from December 2012. The participants were informed about the risks and benefits of the study and provided informed consent. They were given the opportunity to withdraw that consent at any time and the confidentiality of their responses was ensured.

Data was collected in October and November of 2016 using semi-structured interviews and non-participant observation. The focus of the observation was on the nurses' practice context, with the objective of observing nursing behavior in the development of their practice. The semi-structured interviews were used to explore the roles and practices of nurses in the closed units. For this purpose, nurses were asked questions that reflected key aspects of virtue ethics, such as: What does it mean to you to be a nurse? What activities do you perform in your practice? What would you like to do as a nurse? What facilitates and impedes your practice? What values do you consider important for a nurse? What are the ethical issues involved in your practice? Depict a situation involving ethical issues. Depict a situation in which you had to make a decision contrary to your ethical judgment. Would you advise someone to become a nurse? Why? The data was recorded on a digital audio recorder and then transcribed.

Data Analysis

Data was analyzed following the Thematic Analysis of Content (TAC) developed by Bardin (2011) and data management was performed through ATLAS.ti software. For this purpose, three steps were followed: first, pre-analysis, second, exploration, and third, inference and interpretation of the data. In the third step concepts related to virtue ethics were used to theorize the findings. Quotes from the participants to support the themes were translated from Portuguese into English.

The first step was the pre-analysis, in which a cursory reading was performed for the assimilation of the raw data, which was subsequently managed using ATLAS.ti software. In this step, the "*corpus*" was defined through theme sorting. The second step was exploration in which the codification and categorization of the material were performed. The codification defined "*units of record*" and "*units of context*" that in ATLAS.ti software corresponded to codes and quotations, respectively. The categorization arranged the *codes* into *families*, guided by repetition and relevant criteria and then these *families* were grouped to create the study themes. The third step entailed a deeper analysis of the themes through inference and interpretation, which allowed a more multi-layered view of the study's outcomes. In this step, ATLAS.ti software made the visualization of the analysis process and the agility of the data management process possible through a semantic network, which resulted in the generation of powerful insights (Brito et al., 2016). The third step also employed a 'retroductive' process, which is typical of theory-informed approaches, to move between the data and concepts integral to virtue ethics to allow for a deeper theorization of the data (Emerson, 2007; Kincheloe & McLaren, 2005). To ensure rigour we continually reflected upon our processes such that the purpose of the research, the theoretical concepts, and the steps of data analysis were congruent (Angen, 2000).

FINDINGS

One overarching theme entitled Invisibility of Self: Loss of Nursing Identity was identified in the data analysis. This theme reflects the invisibility experienced by the nurses in the context of moral distress, a condition that affected their reach for the *telos* of nursing in their practice as they defined it. We also identified two additional subthemes: 1) Ambiguity of Telos; 2) The Domination of Institutional Values.

Invisibility of Self: Loss of Nursing Identity

The distance between the expectations that arise during nursing education about "being a nurse" and the reality of nursing practice led to nurses not recognizing themselves in their practice, as expressed by SU.12, ICU.12 and ICU.4:

Today I have a different view from that of when I graduated from college. When I was student, I thought that I would be a nurse that took care of patients. That is it. Now, here in my workplace, we work in the administration field. Therefore, I can see that the undergraduate program that I should have chosen is not nursing (SU.12).

We study very much to take care of patients, but we work a lot in a bureaucratic field, on the computer. For a person who dreams of dealing with human beings, I think nursing is not the undergraduate program that they should choose because you do not take care of patients (ICU.12)

It is evident that these nurses were experiencing a disjuncture between the ideals of nursing education that emphasized direct patient care and could not find a sense of nursing identity in their administrative/organizing work.

The lack of nurses' autonomy in making decisions independently also was found to lead to a sense of devaluation, frustration and impotence. It was possible to observe this situation and the participants mentioned that their lack of autonomy was related to physicians' behavior regarding their distrust of nurses' decision-making skills. Participants SU.17 and SU.10 described this situation in the following manner:

I feel terrible. What am I doing here? Many times, we ask ourselves, why are there nurses here? We cannot have our own opinion and we have to do whatever another person wants us to do (SU.17).

We saw her (the physician coordinator) trying to make the practice work. However, she does not have a good approach when it comes to us... It does not have to be like this. It puts an end to our autonomy and she said this to us: "Obey me. I am the boss here". These things make us feel undervalued (SU.10).

These participants showed that nurses experience moral distress because they recognize moral problems in everyday and what may be the best decisions to be made, but are unable to act on them because of the dominance of the physicians. Implicitly, these nurses have an understanding of nursing that includes the centrality of autonomous decision-making as a virtue of nursing. This lack of anticipated autonomy and the distance from patient care produced moral distress and generated invisibility because nurses could not acknowledge themselves as valued practitioners, which ultimately led to the erosion of their sense of nursing identity.

Subtheme: Ambiguity of Telos

The participants revealed that their practice was filled with ethical challenges, which were related to work overload due to staff shortages and an excessive number of patients. Considering these ethical challenges, nurses were unable to practice, aiming for excellence, as they would have liked to do it. Some participants claimed that absenteeism and high turnover of nursing technicians were the reasons that made them unable to assume their professional role. For example:

Sometimes, we have an obstacle related to the size of the staff because of absenteeism in the surgical unit. We work at our limit. Thus, when someone misses work, it is terrible for me. Absenteeism makes it difficult for us to practice our values, as well as the large number of patients in the surgical unit. We try but cannot take care of the patients. In the days when there are many procedures. It is madness. It is very complicated! (SU.10)

Absenteeism, high turnover of employees and work overload resulted in conflicts for the nurses regarding the purpose of their practice. Observation showed that when nurses attempted to resolve these conflicts they did not perform the inherent acts of their profession, such as developing caring relationships with patients. This happened because nurses needed to care for patients with little assistance resulting in the neglect of their own practice. Work overload and time pressures, also brought about a mechanized approach to caregiving, which was

contrary to nurses' virtues as expressed, by a humanized approach. Participants ICU.3 and ICU.7 describe this in the following:

I think that work overload always makes it difficult for nurses to practice according to their values, the humanization issue. Sometimes we have to be so mechanically fast. We have to do everything fast because we have very little time to do it (ICU.3).

I think heavy routines here are difficult. Therefore, sometimes, we do not get to do everything we want to. I blame myself very much. Because, sometimes, I do not see a wound in a patient or miss something about a medication. (ICU. 7).

Work overload and the incorporation of other assignments led nurses to deviate from their *telos* of their practice, generating feelings of frustration and, consequently, moral distress and confusion regarding the *telos* of nursing. The organization of nurses is based on accountability for a myriad of assignments that need to be completed quickly. "Being a nurse" in these units meant being responsible for everything, which resulted in the ambiguity of nursing's *telos* from their perspective. It was possible to observe this at various times when nurses were called by different professional groups to deal with such things as a damaged computer and physicians' agendas. Participant SU.13 confirms that she felt compelled to go beyond the goals of nursing, taking on assignments related to the technical maintenance of units, tasks that she believed prevented her from enacting the embedded good in her practice. She said:

The problem is related to nurses' role. Sometimes I joke: "Why is there a nursing degree needed to be a nurse in the Surgical Unit?" You have to know everything. You have to know about equipment, power plugs, and surgical tables. If you call a clinical engineer to fix something, they tell you: "The surgical table was plugged in the wrong way". Therefore, you have to know and fix these things. In addition, regarding the instruments in the surgical box, if any instrument is not in the box you will have to know about it. Therefore, it is very complex and, sometimes, it is not what you want to do. It is not your college dream. (SU. 13).

Similarly, participants discussed the excess of bureaucratic work. These nurses dedicated a lot of time to bureaucratic details instead of caring for patients, which generated frustration, since they did not perform the practices that they would have valued and that they would believe was the way to reach for their telos. This sense of frustration is evident in the following quotation:

I noticed that we are not valued as nurses. We do a lot of bureaucratic work. So, it seems that I am a "secretary with a degree". I do not want this. I did not imagine this when I was an undergraduate student and a graduate student. I expected something different and today we just do bureaucratic work. Today, I just work for money (SU.12).

Nurses from the Surgical Unit expressed the greatest discrepancy between their expectations and the realities of "being a nurse". For example, SU.13 pointed out those nurses answered physicians' demands all the time, a situation that was also possible to observe. It was witnessed that physicians went to nurses to ask all sorts of questions, such as surgery schedules, although this information was clearly visible on the board. They also managed conflicts between physicians regarding the assignment of operating rooms. These situations displaced nurses from their professional practice and directed them toward the physicians'. SU.13 said:

My practice is oriented to the physicians. I joke that I am a "physician's secretary". All the time we say: "Doctor, your surgery has begun", "Sir, are you arriving?" Sometimes, physicians are in the operating room and they ask me to call their offices and say that they will be late. The physician asks in front of the surgical board: "which operating room am I in? On the board, there is information about the operating room, the times when a surgery begins and ends. Therefore, you have to stop everything that you are doing to think and answer. This situation happens with all physicians here and there are 13 operating rooms. Thus, you have to think, but why can't they look at the surgical board and see where they are? They do not look for information themselves. (SU. 13).

This situation shows that physicians treat nurses as "secretaries", reinforcing the distorted practices undertaken by nurses. In the Surgical Unit, nurses were

shifted away from providing direct care to patients that was noticeable across the interviews and nurses were observed to be frequently solving administrative problems instead of staying with patients. Nurses managed matters related to finances, health insurance, the purchase of materials, and the progress of surgeries. They did not deny that their role in the organization of care, but they questioned that they acted fundamentally as managers, not having the autonomy to develop their own professional practice and provide more direct care to the patients.

For me, be a nurse is to perform direct care to patients and bureaucratic work. However, we stay connected more to the bureaucratic work instead of care to patients. (SU.10).

Subtheme: The Domination of Institutional Values

This theme represents the conflicts between institutional values and nursing virtues. Participants idealized their practice and held values that were incompatible with those of the institution. For example, participants, ICU.8 and ICU.7, idealized a practice in which the focus would be more on the patients' care and less on bureaucratic accountability, in contrast with the reality of the unit.

My dream is to focus on patient care. We would not be responsible for bureaucracy and for management as we are now. Some days we go home feeling frustrated because I did not even see the patient. Our coordinator is aware of this situation, but it is not her fault because it is the hospital's requirement. Anyone who is not satisfied is invited to leave the hospital. (ICU. 8).

I think we should be by the side of the patient's bed and not working with so much paperwork. I think we should have more time for patients. We should be there; we should look at their skin, their hair, and their dirt. Sometimes, we do not see these things because we stay with the patient for a very short time and then the nursing technicians take over. I would like to be there, close to the patients. I miss this. Sometimes, I do not have time to listen to the patient because I go there just one time (ICU. 7).

It was also possible to observe that nurses spent a long time filling out forms. Nurses revealed that forms operationalized more and more processes, and a form filled out correctly was considered more valuable than good care of the patient by the institution.

What matters to accreditation is what is written and not what we really do. Therefore, you do everything quickly with the patient to sit and to write a great nursing progress report (ICU.3).

The nurses' ideal practice of care went against the bureaucratic work that the institution had established. Nursing education makes students aware of the ideal of care; however, in actual work, nurses do not find the right conditions to put into practice their education and the patient care they have idealized. Participant SU.10 described this situation:

What I learned in nursing education was a romantic notion of nursing. However, in reality, we can see that the work is completely different (SU. 10).

In addition to the discrepancy between institutional values and nursing values, nurses are subject to the institution's power relationships leading to feelings of sadness, frustration, and devaluation. ICU.2 described how she was pressured to keep secret events that could incur legal troubles.

I experienced a situation in which I had to omit what really happened due to legal formalities. If I could, I would have done it differently. The information I had would require the involvement of the justice system and the family and lead to a lawsuit. Therefore, we had to maintain secrecy. We had to shut up. I felt terrible. I went back home and cried, because I was sad (ICU. 2).

In addition, the values in private hospitals led nurses to make certain decisions and define priorities according to economic and political considerations rather than the patient condition, creating moral distress. In the following quote, participant SU.10 described this particular situation:

It is all about politics. It is incredible how this is explicit here. Private care is a priority over public service. Sometimes, a bed is free in the ICU, but if the patient depends

on the public service, we pretend it is not free. I understand the economic aspect, because the institution needs money, but we suffer because of it. Sometimes, patients that depend on the public service need to undergo a procedure as much as patients that have access to the private service. (SU. 10).

DISCUSSION

Overall, nurses believed they were incapable of fully expressing nursing virtues in their daily practice, which generated moral distress. Busanello et al. (2014) describe nurses as versatile professionals because they assume roles that go beyond those of their defined professional practice, assuming a wide array of responsibilities. The plurality of assignments undertaken by nurses in hospitals reflects a conflict about what is believed to be a nurse by most of the nurses in this study and what it is nurses actually do. Nurses did not recognize themselves as the professionals they expected to be when they were undergraduate students. Consequently, they blamed their institutions, felt frustrated and far from the meaning they placed on their practice to the extent that they felt abandonment.

Austin (2007, p.55) maintains that “virtue ethics answers foundational ethical questions like ‘How should we be? How should we act?’ and, as such, should be of great importance to persons who profess publicly, as members of their discipline, to be worthy of trust”. The results of the study raise questions that should be asked of nursing and nursing education. Should all work that takes nurses away from direct patient care be seen as inconsistent with the telos of nursing? It would seem not, if this work promotes the well-being of patients (Gastmans, 2002). Moreover, organizing work is central to the flourishing of health care systems (Allen, 2015).

The challenge, however, is to discern what organizing work is directed toward the well-being of patients and what is directed toward the goals of the institution. Nursing work, including both direct patient care and organizing work, is subject to the tensions of competing professional and institutional logics in which professional logic gives priority to individual patient needs and institutional logic gives priority to organizational efficiencies (Allen, 2015). Given that nurses have traditionally

identified the telos of nursing as reflecting the goal of providing excellent patient care, the logic of the institution can be viewed as constraining nurses' virtues. For example, Carvalho, Forte and Garrafa (2014) claim that globalization is the reason for the dominant logic of the Brazilian public health system. The public health system preaches integration, universality and equity as principles, which should maintain equality among people and promote the priority of patient needs. However, the logic has been inverted because the public health system has succumbed to the private sector with its market logic, even though the values of the public health system should direct the logic of the health system.

In part, the nurses in this study experienced moral distress because of this market logic that was contradictory to their professional logic, which was particularly evident in their descriptions of their work that reflected the domination of institutional values. These finds are similar to the experience of participants in related studies, such as the students in Dobrowolska and Palese's (2016) study who realized that they could not provide the care they idealized because of external constraints, such as a lack of time. Likewise, Hillman (2016) and Harvey, Thompson, Pearson, Willis, and Toffoli (2017) recognized that the culture of current healthcare organizations with their focus on accountability and resource management creates problems of distance between health professionals and patients and loss of the art of nursing.

Previous studies have also reported how others, including staff, patients, and families, do not recognize the importance and work of nurses in health care, rendering the value of nursing invisible (Baggio & Erdmann, 2010; Avila et al., 2013; Albuquerque et al., 2016). Nurses' invisibility discredits their practice in the eyes of society and other health professionals, influencing the quality of care and the motivation of nurses. In this study, we identified nurses' invisibility to themselves, which refers to nurses who do not recognize themselves in their practice. Immersion in one's work-life is crucial to identity formation, since there is a deep connection between individuals and their work in a process of socialization that results in the construction of identity (Dubar, 2009).

Recognizing the importance of socialization, MacIntyre (2007) reflects that the "self" only arises in society. The results of this study show that nurses' experiences disrupt their identities, causing distress, insecurity and loss of meaning. This disruption of identity occurs due to the incoherence between professional practice and institutional demands, as well as the lack of recognition of nurses by the staff,

society and ultimately by themselves. Identity is precious to individuals and its loss represents alienation, distress, and anguish (Dubar, 2009), and in nurses a loss of identity creates a negative self-image.

Nurses' lack of autonomy in decision-making was also found to drive them to act against their moral judgments. Nurses adopt conduct that goes against their beliefs and do not act the way they think is suitable. Nurses do not have the autonomy to make treatment decisions for patients since physicians often do not recognize nurses' knowledge. In this way, nurses act to sustain physicians' practice, becoming merely a subsidiary professional group (Busanello et al., 2014). This situation distances nurses from the knowledge and skills acquired in nursing education (Dalmolin et al., 2012), and from the internal goods of their practice (MacIntyre, 2007). In addition, nurses' lack of autonomy produces invisibility of the self in terms of their nursing identity because nurses often avoid conflict to avoid being marginalized and may in the end, leave nursing (Busanello et al., 2014).

What was seldom found in the data, however, was recognition that some of their organizing work was fundamental to the well-being of patients. With greater recognition of its value, nurses may have performed work that was more consonant with their idealized identity and would have experienced less moral distress. It is not surprising, however, that nurses had difficulty appreciating this work given the intertwinement of professional and institutional values. Considerable wisdom would be required to discern what work ultimately was serving the well-being of patients and what was not. Moreover, it is likely that they were educated in a way that idealized direct patient care.

LIMITATIONS

Limitations are inherent in this study. It is worth noting that the sample of this study is limited to one hospital unit and, therefore, further research should be conducted in order to explore this issue in other places. The case study allowed us to deepen our knowledge more about a specific phenomenon, but we cannot generalize from this sample.

CONCLUSIONS

The findings in this study provide a new understanding of nurses' invisibility. Nurses when faced with contradictions in their daily work become invisible to themselves, a phenomenon we have called "invisibility of the self". This invisibility distances nurses from their professional practice, leading them to not recognize themselves and removing them from the reach of the excellence of their practice, that is, their *telos*. We recommend that nursing education better convey the ethical importance of organizing work as a central dimension of excellent nursing practice while developing the type of wisdom required to distinguish between elements of this work that further the well-being of patients and those that do not. In addition, it is important that nurses develop the virtue of moral courage to face constraints in their practice as a way to resist (Gallagher, 2010) so that suitable environments to develop their practices can exist.

References

- Albuquerque, A.M., Figueiredo, D.S.T.O., Freitas, F.F.Q., Leano, H.A.M., & Brito, M.J. (2016). Invisibilities and implications for care management in nurse's vision: experience report. *J Nurs UFPE on line*, 10(5): 1884-1990. doi: 10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201639
- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses: hospitals, organisation and healthcare*. London: Routledge.
- Angen, M. (2000). Evaluating interpretive inquiry: Reviewing the validity debate and opening the dialogue. *Qual Health Res*, 10(3):378-395. doi: 10.1177/104973230001000308
- Araujo, F.P., & Ferreira, M.A. (2011). Social representations about humanization of care: ethical and moral implications. *Rev. bras. Enferm*, 64(2): 287-293. doi: 10.1590/S0034-71672011000200011
- Armstrong, A.E (2006). Towards a strong virtue ethics for nursing practice. *Nursing Philosophy*, 7(3): 110-124. doi: 10.1111/j.1466-769X.2006.00268.x

- Austin, W. (2007). The terminal: a tale of virtue. *Nurs Ethics*, 14(1): 54-61. doi: 10.1177/0969733007071358
- Avila, L.I., Silveira, R.S., Lunardi, V.L., Fernandes, G.F.M., Mancina, J.R., & Silveira, J.T. (2013). Implications of the visibility of professional nursing practices. *Rev Gaucha Enferm*, 34(3):102-109. doi: 10.1590/S1983-14472013000300013
- Baggio, M.A., & Erdmann, A.L. (2010). The (in)visibility of caring and of the profession of nursing in the relations space. *Acta Paul Enferm*, 23(6): 745-750. Doi: 10.1590/S0103-21002010000600005
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barlem, E.L.D., & Ramos, F.R.S. (2015). Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics*, 11(5): 1-14. doi: 10.1177/0969733014551595
- Barlem, E.L.D., Lunardi, V.L., Lunardi, G.L., Tomaschewski-Barlem, J.G., Silveira, R.S., & Dalmolin, G.L (2013). Moral distress in nursing personnel. *Rev. Latinoam. Enfermagem*, 21(Spec): 79-87. doi: 10.1590/S0104-11692013000700011
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3): 188-199. doi: 10.1177/0270467604265061
- Benner, P. (1997). A dialogue between virtue ethics and care ethics. *Theoretical Medicine*, 18(1-2):47-61.
- Brito, M.J.M., Caram, C.S., Montenegro, L.C., Rezende, L.C., Rennó, H.M.S., & Ramos, F.R.S. (2016). Potentialities of Atlas.ti for Data Analysis in Qualitative Research in Nursing. In: Costa, A.P., Reis, L.P.R., Sousa, F.N., Moreira, A., Lamas, D. (eds). *Computer Supported Qualitative Research*. Switzerland: Springer. Doi: 0.1007/978-3-319-43271-7_7
- Busanello, J., Lunardi Filho, W.D., Kerber, N.P.C., & Lunardi, V.L. (2014). Modes of subjectivity production of nurses for decision making. *Rev. bras. Enferm*, 67(3): 422-429. doi: 10.5935/0034-7167.20140056

Caram, C.S., Rezende, L.C., Montenegro, L.C., Amaral, J.M., & Brito, M.J.M. (2016). Ambiguities in the health team's work in the context of an intensive care unit. *Sanare (Sobral)*, 15(1):15-24. Retrieved 14 February 2018, from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/923/552>

Carvalho, R.R.P., Fortes, P.A.C., & Garrafa, V. (2014). Reflexiones sobre la participación pública y privada en la asistencia a la salud. *Salud Publica Mex*, 56(2): 221-225. Retrieved 14 February 2018, from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000200010&lng=es&tlng=es.

Chizzotti, A. (2010). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 11th ed. São Paulo: Cortez.

Dalmolin, G.L., Lunardi, V.L., Barlem, E.L.D., & Silveira, R.S. (2012) Implications of moral distress on nurses and its similarities with burnout. *Texto Contexto Enferm*, 21(1): 200-208. doi: 10.1590/S0104-07072012000100023

Dobrowolska, B., & Palese, A. (2016). The caring concept, its behaviors and obstacles: perceptions from a qualitative study of undergraduate nursing students. *Nursing Inquiry*, 23(4):305-314. doi: 10.1111/nin.12143

Dubar, C. (2009). *A crise das identidades: a interpretação de uma mutação*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Emerson, R. (2007). Working with "key incidents." In: Seale, C., Gobo, G., Gubrium, J.F., et al. (Eds.). *Qualitative research practice*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Gallagher, A. (2010). Moral Distress and Moral Courage in Everyday Nursing Practice. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2):8 doi: 10.3912/OJIN.Vol16No02PPT03

Gastmans, C. (2002). A fundamental ethical approach to nursing: some proposals for ethics education. *Nursing Ethics*, 9(5): 494-507. doi: 10.1191/0969733002ne539oa

Gastmans, C., Casterle, B.D., & Schotsmans, P. (1998). Nursing Considered as Moral Practice: A Philosophical-Ethical Interpretation of Nursing. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 8(1): 43-69.

Harvey, C., Thompson, S., Pearson, M., Willis, E. & Toffoli, L. (2017). Missed nursing care as an 'art form': The contradictions of nurses as carers. *Nursing Inquiry*, 24:e12180. doi: 10.1111/nin.12180.

Hillman, A. (2016). Institutions of care, moral proximity and demoralisation: The case of the emergency department. *Soc Theory Health*, 14(1): 66-87. doi: 10.1057/sth.2015.10

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Kincheloe, J., & McLaren, P. (2005). Rethinking critical theory and qualitative research. In: Denzin, N.K., & Lincoln, Y. (Eds.). *Qualitative research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

MacIntyre, A. (2007). *After Virtue*. 3rd ed. Indiana: Notre Dame Press.

Oh, G., & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1): 15-31. doi: 10.1177/0969733013502803

Peter, E. (2015). Guest editorial: Three recommendations for the future of moral distress scholarship. *Nurs Ethics*, 22(1): 3-4. doi: 10.1177/0969733014553156.

Ramos, F.R.S., Barlem, E.L.D., Brito, M.J.M., Vargas, M.A., Schneider, D.G., & Brehmer, L.C.F. (2016). Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. *Texto Contexto Enferm*, 25(2):1-10. doi: 10.1590/0104-07072016004460015

Van Hooft, S. (2014). *Understanding virtue ethics*. New York: Routledge.

Volbrecht, R.M. (2002). *Nursing Ethics: Communities in Dialogue*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Wiegand, D.L, & Funk, M. (2012). Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing Ethics*, 19(4): 479–487. doi: 10.1177/0969733011429342

Yin, R.K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5th ed. Porto Alegre: Bookman.

4.3 ARTIGO 3: Acreditação hospitalar: a excelência como fonte de sofrimento moral para enfermeiros

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: A EXCELÊNCIA COMO FONTE DE SOFRIMENTO MORAL PARA ENFERMEIROS

Carolina da Silva Caram.

Maria José Menezes Brito.

Elizabeth Peter.

RESUMO

Objetivo: Analisar a prática profissional de enfermeiros em um hospital privado acreditado, sob o prisma da ética da virtude. **Metodologia:** Estudo de caso qualitativo, realizado em um Hospital Privado “Acreditado com Excelência” em Minas Gerais. Os participantes foram 13 enfermeiros. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista individual seguindo roteiro semiestruturado e observação e submetidos à Análise Temática de Conteúdo. **Resultados:** Foram identificadas contradições entre os valores que norteiam a organização do trabalho na instituição, cujo enfoque é a acreditação e os valores dos enfermeiros, os quais são voltados para o cuidado. **Conclusão:** A contradição encontrada distancia o enfermeiro de sua prática, colocando-o em confronto com a sua profissão, provocando sofrimento moral.

Descritores: Enfermagem, Dano Moral, Ética em Enfermagem, Acreditação Hospitalar, Prática Privada de Enfermagem.

HOSPITAL ACCREDITATION: EXCELLENCE AS A SOURCE OF MORAL DISTRESS FOR NURSES

ABSTRACT:

Objective: To analyze the professional practice of nurses in an accredited private hospital, under the prism of virtue ethics. **Methodology:** Case study with a qualitative approach performed in a Private Hospital "Excelent in Accreditation" in Minas Gerais. The participants were 13 nurses. The data collection was performed through an individual interview following a semi-structured script and observation and, submitted to the Thematic Content Analysis. **Results:** Contradictions were identified among the values that guide the organization of work in the institution, whose enforcement is the accreditation and values of nurses, which are focused on care. **Conclusion:** The contradiction found distances the nurses from their practice, putting them in confrontation with their profession, provoking the moral suffering.

Descriptors: Nursing, Moral Development, Ethics Nursing, Accreditation, Nursing Private Duty.

ACREDITACIÓN HOSPITALARIA: LA EXCELENCIA COMO FUENTE DE SUFRIMIENTO MORAL PARA ENFERMEIROS

RESUMEN:

Objetivo: Analizar la práctica profesional de enfermeros en un hospital privado acreditado, bajo el prisma de la ética de la virtud. **Metodología:** Estudio de caso cualitativo realizado en un Hospital Privado "Acreditado con Excelencia" en Minas Gerais. Participaron del estudio 13 enfermeros. La recolección de datos fue realizada mediante entrevista individual siguiendo itinerario semiestructurado y observación y sometidos al Análisis Temático de Contenido. **Resultados:** Se identificaron contradicciones entre los valores que orientan la organización del trabajo en la institución, cuyo ahorro es la acreditación y los valores de los enfermeros, los cuales se dirigen al cuidado. **Conclusión:** La contradicción encontró distancia al enfermero de su práctica, colocándolo en confrontación con su profesión, provocando el sufrimiento moral.

Descriptorios: Enfermería, Daño Moral, Ética en Enfermería, Acreditación de Hospitales, Práctica Privada de Enfermería.

Introdução

A cultura da qualidade nos hospitais foi instituída no Brasil com a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 1999⁽¹⁾. Para implementar a metodologia de acreditação são imprescindíveis planejamento estratégico, atualização de documentos, padronização de processos, implementação de manuais e protocolos, integração informacional, capacitação, enfoque em normas e rotinas e melhoria contínua⁽²⁾. A acreditação é considerada como a busca da instituição pela excelência, sendo o meio pelo qual é reconhecida no que se refere à qualidade dos padrões de gestão e de assistência oferecidos⁽²⁾.

O enfermeiro é fundamental no processo de acreditação, considerando sua atuação ininterrupta, ao expressivo quantitativo de profissionais e à formação acadêmica com enfoque em aspectos gerenciais^(3,4). Considerando a necessidade de burocratização dos processos na acreditação, enfermeiros assumem funções gerenciais nos níveis estratégicos, intermediários ou operacionais buscando alcançar certificações, o que o leva, em algumas situações, a distanciar-se do cuidado⁽⁵⁻⁷⁾ descaracterizando, assim sua prática.

Na vertente da Ética da Virtude⁽⁸⁻¹⁰⁾, a prática é considerada uma atividade humana cooperativa, que possui bem interno a si própria que a diferencia das demais e que é concretizado na busca do indivíduo pelo alcance da excelência⁽⁹⁾. Ademais, a prática é configurada pela legalidade (*ethos* burocrático) e pela ética (*ethos* profissional)⁽⁸⁾. O *ethos* burocrático exige uma prática que, para evitar a negligência, seja voltada para as leis. Já o *ethos* profissional, embora não abandone a legalidade, propõe a excelência com o enfoque nas pessoas⁽⁸⁾.

Considerando a burocratização dos processos de acreditação, bem como a necessidade de manutenção e sobrevivência da organização em contextos de escassez de recursos, é possível que ocorra o redirecionamento da prática do enfermeiro para o foco da legalidade e normas vigentes, buscando a “perfeição legal” e relegando a segundo plano, o *ethos* profissional⁽⁸⁾. Tal situação descaracteriza a prática do enfermeiro, impedindo o alcance do bem interno.

Pressupõe-se, pois, a existência de conflito entre a busca do bem interno da prática pelo enfermeiro e a busca da excelência pela instituição, propiciando sofrimento moral. O sofrimento moral ocorre quando o profissional, na sua prática, é impossibilitado de deliberar conforme seu julgamento moral. Assim, surge o questionamento: Como o enfermeiro reconhece sua prática em um hospital acreditado?

O objetivo do presente estudo foi compreender a prática profissional de enfermeiros em um hospital privado acreditado, sob o prisma da ética da virtude. Adotar a ética da virtude como referencial teórico permite considerar a prática como parte de um constructo amplo e complexo, portadora de bens internos a si mesma que, para ser alcançada, deve ser alicerçada em virtudes que tornam o profissional um agente moral⁽¹¹⁾.

Material e Método

Trata-se de um estudo de caso único, integrado, qualitativo. A abordagem qualitativa confere significado às ações dos indivíduos e ao contexto em que se inserem e se relacionam⁽¹¹⁾. O estudo de caso abrange fenômenos sociais complexos, representados por um “caso”, sobre o qual o pesquisador se debruça holisticamente⁽¹²⁾. O estudo de caso único integrado se desenrola em duas unidades de análise integradas, permitindo que ambas sejam consideradas em suas particularidades e no todo. O caso do presente estudo é a prática profissional de enfermeiros, no contexto de um Hospital Privado em Minas Gerais, com certificação máxima da ONA.

As unidades de análise foram o Bloco Cirúrgico (BC) e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os participantes foram a totalidade de enfermeiros dos setores, perfazendo 13 profissionais, dentre os quais 8 eram enfermeiras da UTI e 5 do BC. O critério de inclusão dos participantes foi estarem presentes no momento da coleta de dados e atuarem no plantão diurno.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista individual gravadas e transcritas, orientada por roteiro semiestruturado. Também foi utilizada a observação de situações vivenciadas pela pesquisadora nos cenários de pesquisa. As observações foram registradas em diário de campo e, associadas às entrevistas, compuseram o *corpus* da pesquisa.

Os dados foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo⁽¹³⁾ com o auxílio do *software* Atlas.TI e observando-se três polos cronológicos: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise, a leitura flutuante foi realizada até a assimilação do material e, posteriormente, organizado no *software* ATLAS.ti, compondo a unidade hermenêutica “sofrimento moral”. Nessa etapa, o *corpus* foi definido com a separação dos temas e dos recortes dos textos.

Na fase de exploração do material, foram realizadas a codificação e a categorização. A codificação definiu as unidades de registro (unidade de significação) e unidades de contexto (unidade de significado) que correspondem, respectivamente, aos *codes* e às *quotations*. A categorização agrupou os *codes* em *Family*, seguindo os critérios de repetição e de relevância que foram agrupados gerando dois eixos temáticos de análise: Caracterização do trabalho: enfoque no *ethos* burocrático e; Valores institucionais: *Ethos* burocrático como fonte de sofrimento moral.

O tratamento dos dados, inferência e interpretação permitiu o aprofundamento da análise dos achados, sem que houvesse julgamento. O ATLAS.ti contribuiu para que o processo de análise fosse visualizado em cada uma das fases, possibilitando agilidade e qualidade na organização dos dados⁽¹⁴⁾.

O presente estudo atendeu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, cumprindo os aspectos éticos que envolvem a condução da pesquisa. A aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do cenário do estudo e pela Universidade possui Parecer nº 1.160.801.

Resultados

Os resultados confirmaram o pressuposto de que há conflito entre a busca pelo bem interno da prática (excelência) pelo enfermeiro e a busca pelas certificações (excelência) por parte da instituição. Foram identificadas contradições entre os valores que norteiam a organização do trabalho na instituição e os valores defendidos pelos enfermeiros, considerados relevantes para o alcance do bem interno da prática profissional. Os resultados foram organizados de acordo com a

caracterização, pelos enfermeiros, de sua prática no hospital, a qual possui enfoque no *ethos* burocrático e influência nas vivências de sofrimento moral.

Os depoimentos exaltam o *ethos* burocrático no cotidiano de trabalho dos enfermeiros, o que decorre, sobretudo, das exigências do processo de acreditação. O depoimento de Enf.12-BC revelou que a ênfase nas atividades administrativas no cotidiano: *A gente fica mais na parte de gestão da qualidade, do setor, da instituição e no gerenciamento de pessoal e das cirurgias. É muito administrativo! (Enf. 12-BC).*

A observação realizada pela pesquisadora permitiu evidenciar a pouca aproximação entre enfermeiros e pacientes, o que decorre das demandas que requerem a utilização de computadores e de documentos impressos.

Enf.6-UTI atribuiu a sobrecarga de atividades ao processo de acreditação, a qual gera excesso de responsabilidade e de controle de documentos, associada às atividades assistenciais: *Como é um hospital que está evoluindo na acreditação te exige muito, porque você tem que estar na assistência o tempo inteiro, nas manutenções do setor e trabalhar com rotinas de papéis que são exigidas por causa do gerenciamento e de segurança do paciente. Então, você fica sobrecarregado (Enf.6-UTI).*

A situação mencionada é agravada devido à fragmentação dos formulários destinados ao controle de gastos e à assistência, havendo duplicidade de informações para um mesmo paciente. Observa-se, nesse contexto, a existência do trabalho imaterial, voltado prioritariamente para documentos e papéis: *Eu executo um pouco do cuidar, mas principalmente, o serviço burocrático. A gente não se dedica o tanto que gostaria ao paciente, porque a instituição preza a acreditação. A gente fica atrelada ao serviço burocrático que, muitas vezes, te impede de executar o cuidado. Para mim, ser enfermeira tem que cuidar (Enf. 10-BC).*

O depoimento de ENf.10-BC revela a não concretização da prática idealizada e considerada correta, isto é, o cuidado. Tal situação é associada à acreditação, a qual, para a enfermeira a distancia da essência do cuidado. Salienta-se que a instituição assume a acreditação como um valor e organiza o trabalho de tal forma que cria barreiras para o alcance do bem interno pelo enfermeiro.

ENF.18-BC revela que os gestores do hospital adotam e preservam valores que mantem a instituição no mercado. Para tal, eles lançam mão das competências do enfermeiro por possuírem, no currículo, conteúdo específicos da administração, atribuindo-lhe, pois, a responsabilidade pelo trabalho burocrático, o que propicia

vivências de sofrimento: *O enfermeiro está, não só burocrático, mas no gerenciamento. São papéis e documentos e o enfermeiro está perdendo sua característica principal, que é o cuidado. Não só cuidado de fazer o curativo, mas de avaliar o paciente com calma e parar 5 minutos para conversar com ele. O paciente entra no bloco e a gente nem sabe o nome. O enfermeiro está perdendo a essência (Enf.18-BC).*

O enfermeiro se sente obrigado a elaborar documentos e evoluções em detrimento de estabelecer relação próxima com o paciente. Segundo Enf.3-UTI, na acreditação o enfoque da prática não está na relação do enfermeiro com o paciente, mas na maneira como ele preenche o papel: *A assistência tem que ser algo que você consiga fazer e não essa correria que a gente fica no dia a dia, sobrecarregado com papel. E quando você esquece de fazer uma evolução, mas prestou uma assistência adequada, não vale. Então, vale mais você evoluir do que prestar assistência corretamente. Eu estou aqui há 10 anos e cada dia aparece um papel novo para ser preenchido. (Enf.3-UTI)*

Nos setores existem pastas com protocolos e formulários a serem preenchidos para cada evento, relacionados à assistência de enfermagem e ao serviço em geral, sendo o enfermeiro responsável por seu preenchimento. Esses protocolos, na visão de Enf.4-UTI, destinam-se ao atendimento de exigências e parâmetros dos órgãos avaliadores e não para proporcionar melhorias na prática, uma vez que a assistência tem sido negligenciada: *Você perde muito tempo cuidando do burocrático e a assistência e o paciente à beira leito você não consegue realizar como gostaria. Infelizmente é um lado que a enfermagem está indo por conta de protocolos do Ministério da Saúde, da Anvisa que cobra das instituições e o lado do paciente fica falho (Enf.4-UTI).*

A situação descrita acima é considerada por En.13-BC como frustrante, por não reconhecer os valores próprios de sua prática, uma vez que seu trabalho está associado ao cumprimento de exigências: *Eu gosto de trabalhar com o ser humano. Mas, às vezes, eu me frustro porque tem que mexer muito com papel e não com o ser humano (En.13-BC).*

Percebe-se que a burocracia como valor institucional tem sido fonte de impotência para os enfermeiros desempenharem a sua prática, gerando vivências de sofrimento moral.

Discussão

Considerar a enfermagem como prática significa dizer que, por meio do exercício profissional o enfermeiro busca a realização do cuidado como bem interno⁽⁵⁻⁷⁾. Salienta-se que o bem interno da enfermagem precisa ultrapassar os saberes técnicos e biológicos⁽⁵⁾, mediante o aprimoramento das atividades com enfoque nas pessoas. Assim, “a estética do cuidado vai além do puramente técnico, integrando o mundo dos valores, dos sentimentos e dos aspectos éticos e culturais”^(6:6)

Na vertente da Ética da Virtude⁽⁹⁾, o desempenho da prática envolve ser bom e fazer o certo, por meio de virtudes que, como qualidade humana, permitem que o indivíduo alcance o bem interno. Pode-se, pois, inferir que o enfermeiro, em sua prática, precisa aliar os saberes científicos e as normas legais da profissão às relações interpessoais, as quais devem ser marcadas pelo desejo de cuidar e por valores. Assim, a configuração da prática requer a coexistência da legalidade (*ethos* burocrático) e da ética (*ethos* profissional)⁽⁸⁾.

Para o alcance da prática do enfermeiro e concomitante o sucesso da instituição é importante que valores sejam convergentes, sendo a gestão um meio para alcançar o valor fim da enfermagem, qual seja, o cuidado⁽⁵⁾. Contudo, cotidianamente percebe-se que o enfermeiro se depara com valores institucionais ligados à lógica mercantilista e de manutenção no mercado, não correspondendo àquilo que é considerado valor para os profissionais. Ressalta-se que investimentos em certificações não necessariamente correspondem a qualidade do cuidado, havendo, pois, uma lacuna entre aquilo que significa e a realidade da aplicabilidade dos valores morais⁽¹⁰⁾.

Tendo em vista os depoimentos, emergiram questionamentos sobre os processos de acreditação, no que concerne ao alcance das dimensões relacionais e éticas que devem fundamentar a produção do cuidado pelo enfermeiro, garantindo qualidade da assistência.

Na perspectiva dos enfermeiros do presente estudo, a burocracia (*ethos* burocrático) tem prevalecido em detrimento do cuidado ao paciente (*ethos* profissional), revelando que, em algumas situações, o enfermeiro não vivencia o cuidado. Nesse sentido, pode-se inferir que as instituições acreditadoras e/ou o

modo como os hospitais tem institucionalizado a política de acreditação ainda se encontram vinculados ao saber fazer técnico-biológico, deixando de lado o mundo dos valores e das interações que constituem as experiências de cuidar.

Mediante tal inferência é importante salientar que esse artigo não nega a importância dos registros, documentos e protocolos, mas sim o modo como eles tem sido introduzidos na prática do enfermeiro. Ademais, entende-se o sistema de acreditação tem potencial para romper com ações mecanizadas e tecnicistas e voltá-las para o cuidado humanizado e de excelência com enfoque no sujeito⁽¹⁵⁾. Trata-se, pois, de superar o fazer mecânico incorporando mudanças culturais que permitam ao enfermeiro realizar a gestão da qualidade com vistas a proporcionar melhorias nos processos assistenciais, os quais envolvem indicadores mas, acima de tudo, pessoas⁽¹⁵⁾.

A experiência de cuidar pode ser considerada uma virtude do enfermeiro, haja vista que ele foi citado como o profissional com capacidade de considerar as fragilidades e necessidades de saúde, integrando “indivíduo-sociedade-saúde-ambiente”⁽⁷⁾. Os valores expressos como virtudes guiam a prática profissional na busca pela excelência⁽⁸⁾. Contudo, no contexto das instituições hospitalares, tem prevalecido os interesses mercadológicos, institucionais e corporativos, resultando em espaços cerceadores da atuação virtuosa do enfermeiro.

A questão que aqui se coloca é que o ordenamento excessivo obstrua o alcance do cuidado. O ordenamento faz com que o enfermeiro não realize a prática em consonância com o bem interno, agindo de forma contrária ao seu julgamento moral. Portanto, o profissional se depara com um problema moral, tece seu julgamento, mas é impossibilitado de agir de acordo com seus valores⁽¹⁶⁾. Nesse contexto o enfermeiro se depara com o problema moral de realizar o trabalho burocrático em detrimento do cuidado que julga correto, vivenciando o sofrimento moral.

Desse modo, o trabalho burocrático se revela em um espaço de dominação e de manipulação contrariando a Teoria da Ética da Virtude⁽⁹⁾, a qual refere que os indivíduos precisam ser reconhecidos como agentes morais autônomos.

A organização e gerenciamento são parte integrante das atividades do enfermeiro para o alcance da prática, mas devem ser meios para o alcance do cuidado como produto final. Nesse sentido, os resultados permitiram reafirmar a necessidade da coexistência do ordenamento e do cuidado, “sob o prisma de

ordenar para cuidar”^(5,6), sendo tais valores imprescindíveis no reconhecimento do que sustenta ou desgasta a prática do enfermeiro.

Conclusões

Revelou-se barreiras para o enfermeiro desenvolver sua prática no contexto de um hospital acreditado. Tais barreiras caracterizam-se pelo excesso de trabalho burocrático que impede o enfermeiro de realizar a prática que consideram moralmente adequada, isto é, o cuidado direto ao paciente, vivenciando o sofrimento moral. Como consequência, ele identifica prejuízos na qualidade do cuidado.

É fato que a acreditação consiste em um processo da contemporaneidade e que influencia os modos de desempenho da prática do enfermeiro. Assim, ressalta-se a importância de os atores envolvidos refletirem sobre estratégias para aliar a sustentabilidade econômica à qualidade do serviço prestado, sendo importante alicerçar esse elo em bases sólidas de cogestão em prol da assistência de excelência. Ademais, destaca-se a necessidade de propiciar a organização do trabalho voltada para as atividades que caracterizam a prática do enfermeiro, promovendo seu protagonismo e gerando qualidade.

Fomento: FAPEMIG, Governo canadense, CAPES, CNPq.

Referências

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2004 [citado 2017 Out 03]; 38(2):335-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>
2. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. Changes in management actions after the Hospital Accreditation. Rev Rene [Internet]. 2016 [citado 2017 Ago 14]; 17(2):165-75. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2193/pdf>

3. Camillo NRS, Oliveira JLC, Bellucci Jr JA, Cervilheri AH, Haddad MCFL, Matsuda LM. Accreditation in a public hospital: perceptions of a multidisciplinary team. Rev Bras Enferm [Internet] 2016 [citado 2017 Jul 13]; 69(3):423-30. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/en_0034-7167-reben-69-03-0451.pdf
4. Maziero VG, Spiri WC. Significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2013 [citado 2017 Ago 07]; 15(1): 121-9. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a14.pdf
5. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 [citado 2017 Jul 29]; 21(3):695-703. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75975/79511>
6. Gonzales JS, Ruiz MCS. Cultural history and aesthetics of nursing care. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2011 [citado 2017 Jun 28]; 19(5):1096-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/06.pdf>
7. Backes DS, Erdmann AL, Büscher A. Demonstrating nursing care as a social practice. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2009 [citado 2017 Jul 12]; 17(6):988-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/10.pdf>
8. Cortina A. Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
9. MacIntyre A. After Virtue. 3ª ed. Indiana: Notre Dame Press; 2007.
10. Van Hooft S. Understanding virtue ethics. New York: Routledge; 2014.
11. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 11ª ed. São Paulo: Cortez; 2010.
12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

13. Bardin L. Análise de conteúdo. 6ª ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Brito MJM, Caram CS, Montenegro LC, Rezende LC, Rennó HMS, Ramos FRS. Potentialities of Atlas.ti for Data Analysis in Qualitative Research in Nursing. In: Costa AP, Reis LPR, Sousa FN, Moreira A, Lamas D, editors. Computer Supported Qualitative Research. Switzerland: Springer; 2016, p. 75-86.
15. Manzo BF, Brito MJM, Correa AR. Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2012 [citado 2017 Set 20]; 46(2):388-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342012000200017&script=sci_arttext&tlng=en
16. Oliveira JLC, Matsuda LM. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers. Esc Anna Nery [Internet] 2016 [citado 2017 Jul 10]; 20(1): 63-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0063.pdf
17. 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 [Internet] 2016 [citado 2017 Ago 25]; 25(2):1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-4460015.pdf>

4.4 ARTIGO 4: Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar

PRÁTICA COLABORATIVA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA O ENFERMEIRO NO CONTEXTO HOSPITALAR*

COLLABORATIVE PRACTICE: POTENTIALITIES AND CHALLENGES FOR NURSES IN THE HOSPITAL CONTEXT

PRÁCTICA COLABORATIVA: POTENCIALIDADES Y DESAFÍOS PARA EL ENFERMERO EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

Carolina da Silva Caram¹
Lilian Cristina Rezende¹
Maria José Menezes Brito²

¹ Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação, Núcleo de Pesquisa em Administração e Enfermagem – NUPAE, Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Enfermeira, Doutora em Administração, Professora Associada, UFMG, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada; NUPAE, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Carolina da Silva Caram. E-mail: caram.carol@gmail.com
Submetido em: 26/10/2017 Aprovado em: 11/12/2017

*O presente estudo é parte da tese de doutorado intitulada "Processo de sofrimento moral de enfermeiros: desafios éticos na prática profissional no contexto hospitalar".

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi compreender a configuração da prática colaborativa no contexto hospitalar, na perspectiva do enfermeiro. Trata-se de estudo de caso de abordagem qualitativa realizado em um hospital privado de grande porte em Minas Gerais. Participaram da pesquisa 13 enfermeiros que atuavam no bloco cirúrgico e no centro de terapia intensiva. A coleta de dados ocorreu mediante entrevistas individuais com roteiro semiestruturado no período de novembro a dezembro de 2016. Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo com auxílio do software ATLAS.ti. Os resultados revelaram que a configuração da prática colaborativa no ambiente hospitalar é complexa e requer processos relacionais que são reconhecidos pelos enfermeiros de forma ambígua, oscilando entre potencialidades e barreiras para a realização do trabalho. Ainda, foram identificadas estratégias que os auxiliam na busca pelo desenvolvimento da prática colaborativa, alicerçadas na comunicação, no compartilhamento de objetivos, na identificação organizacional e no apoio institucional. Concluiu-se que a configuração da prática colaborativa fortalece a integração do enfermeiro na equipe interprofissional, contribuindo para o enfrentamento das dificuldades inerentes ao cotidiano hospitalar. Contudo, o não alcance da prática colaborativa pode desencadear vivências de sofrimento por parte da equipe e do enfermeiro.

Palavras-chave: Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente; Hospitais; Comportamento Cooperativo.

ABSTRACT

The aim of this study was to understand how collaborative practice takes place in the hospital context from nurses' perspective. This is a case study with a qualitative approach carried out in a Private Hospital in Minas Gerais. Thirteen nurses who worked in the Surgical Unit and Intensive Care Unit participated in the study. Data collection was done through individual interviews with a semi-structured script from November to December 2016. Data were submitted to Thematic Content Analysis with the support of ATLAS.ti software. The results showed that collaborative practice in the hospital environment is complex and requires relational processes, which are recognized by nurses in an ambiguous way, oscillating between potentialities and barriers to the work. In addition, strategies were identified that help them in the search for the development of collaborative practice based on communication, sharing of objectives, organizational identification and institutional support. It is concluded that the configuration of collaborative practice strengthens the integration between nurses and the interprofessional team, contributing to the confrontation of difficulties inherent to the hospital routine. However, the non-achievement of collaborative practice can trigger experiences of suffering for the team and for nurses.

Keywords: Nursing; Patient Care Team; Hospitals; Cooperative Behavior.

Como citar este artigo:

Caram CS, Rezende LC, Brito MJM. Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em _____];21:e-1070. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20170080

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue comprender la configuración de la práctica colaborativa en el contexto hospitalario, desde la perspectiva del enfermero. Se trata de un estudio de caso de enfoque cualitativo realizado en un hospital particular de Minas Gerais. Participaron del estudio 13 enfermeros que trabajaban en el quirófano y en terapia intensiva. La recogida de datos ocurrió mediante entrevistas individuales con itinerario semiestructurado de noviembre a diciembre de 2016. Los datos fueron sometidos al análisis temático de contenido con ayuda del software ATLAS.ti. Los resultados apuntaron que la configuración de la práctica colaborativa en el ambiente hospitalario es compleja y requiere procesos relacionales, que son reconocidos por los enfermeros de forma ambigua, oscilando entre potencialidades y barreras para ejecutar las tareas. Además, se identificaron estrategias que ayudan al enfermero en la búsqueda del desarrollo de la práctica colaborativa, basadas en la comunicación, en el intercambio de objetivos, en la identificación organizacional y en el apoyo institucional. Se concluye que la configuración de la práctica colaborativa fortalece la integración del enfermero al equipo interprofesional, contribuyendo al enfrentamiento de las dificultades inherentes al cotidiano hospitalario. Sin embargo, el no alcanzar la práctica colaborativa puede desencadenar vivencias de sufrimiento por parte del equipo y del enfermero.

Palabras clave: Enfermería; Grupo de Atención al Paciente; Hospitales; Conducta Cooperativa.

INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde requer colaboração entre profissionais de diferentes categorias para que, coletivamente, ofereçam assistência de excelência a pacientes, famílias e comunidades. Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece tal configuração do trabalho como prática colaborativa.¹

A prática colaborativa é baseada numa abordagem interprofissional, na qual os profissionais aprendem mutuamente para promover melhorias nos resultados de saúde. A assistência em saúde baseada na atuação em equipe interprofissional maximiza os pontos fortes e as habilidades de cada profissional, contribuindo para a redução de ações duplicadas e potencializando as ações efetivas por meio de tomadas de decisões compartilhadas.¹

Cabe salientar que o trabalho na saúde possui particularidades relacionadas às características do ambiente laboral, às formas de organização do trabalho e às relações estabelecidas nesse contexto específico.

No que concerne ao trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar, observa-se que o mesmo é marcado por ambiguidades e por relações que podem culminar em vivências de angústia e de sofrimento, o que requer o estabelecimento de mecanismos de proteção por parte da instituição e dos próprios profissionais. A esse respeito, estudos²⁻⁴ mencionam o envolvimento dos trabalhadores da enfermagem, no âmbito hospitalar, em procedimentos de alta densidade tecnológica com comprometimento das relações, o que configura um desafio para a sua prática. Acrescentam-se aos aspectos mencionados pelos autores a complexidade e a diversidade de ações realizadas pelo enfermeiro e pela equipe de enfermagem, a qual possui expressivo contingente de trabalhadores, responsáveis pelo cuidado nas 24 horas ininterruptas, mantendo contato direto com pacientes e familiares.⁵

Diante das particularidades do trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem, assume-se a configuração interprofissional da prática colaborativa como importante dispositivo de pro-

moção e de reforço da autonomia, autoestima e motivação dos profissionais.¹ Há que se destacar o entendimento de que a colaboração extrapola o trabalho conjunto, exigindo o desenvolvimento de estratégias e a disponibilização de recursos e de tecnologias que, articulados, ofereçam sustentação à prática colaborativa, propiciando o trabalho de excelência no atendimento.⁶

Também merece destaque o fato de a prática colaborativa ter como característica o envolvimento de diferentes atores nos processos assistenciais, favorecendo a incorporação de tecnologias leves⁷ e, portanto, estimulando a comunicação entre profissionais e as decisões compartilhadas.

Considerando o exposto, pressupõe-se que a prática colaborativa configure-se como importante forma de organização do trabalho no cenário hospitalar, com repercussões para o exercício profissional do enfermeiro e da equipe e para a qualidade da assistência. Nessa perspectiva, apresenta-se a questão norteadora desta investigação: como se configura a prática colaborativa no contexto hospitalar, na perspectiva do enfermeiro?

Assume-se, portanto, como objetivo da presente investigação compreender a configuração da prática colaborativa no âmbito hospitalar, na perspectiva do enfermeiro.

O presente trabalho pode fornecer subsídios para a reorganização do trabalho do enfermeiro e da equipe para a melhoria das relações estabelecidas no ambiente de trabalho em hospitais com consequentes repercussões para a qualidade da assistência.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso único com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa confere visibilidade às questões da vida humana, atribuindo significados às ações dos indivíduos e ao cenário em que se inserem e se relacionam.⁸ O estudo de caso como método de pesquisa nas ciências sociais permite compreender um fenômeno contemporâneo social complexo em seu contexto no mundo real, levando em consideração que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente

evidentes e assume-se que esse entendimento engloba importantes condições contextuais pertinentes.⁹

O cenário foi um hospital privado de grande porte localizado em Minas Gerais. O estudo de caso pressupõe a triangulação como forma de validade do construto da pesquisa.⁹ Nesse sentido, optou-se pela triangulação metodológica em que o bloco cirúrgico e o centro de terapia intensiva foram as unidades de análise. Os participantes foram a totalidade de enfermeiros que atuavam no bloco cirúrgico (cinco enfermeiros) e no centro de terapia intensiva (oito enfermeiros). O critério de inclusão dos participantes foi atuar no plantão diurno. Tal escolha decorreu do fato de o plantão noturno apresentar peculiaridades relativas à organização do trabalho que pudessem vir a influenciar na vivência dos enfermeiros.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista com roteiro semiestruturado. Esse tipo de roteiro permite ao pesquisador conduzir a entrevista para além das questões preestabelecidas, conferindo ao entrevistado liberdade para discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas.¹⁰ As entrevistas foram realizadas nas unidades do hospital cenário desse estudo, em local e horário previamente definidos com os participantes, após terem recebido informações sobre o estudo e sobre seus direitos, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As questões norteadoras do roteiro de entrevista abordavam aspectos relativos ao cotidiano de trabalho, ao trabalho propriamente dito, às dificuldades e facilidades encontradas no cotidiano dos setores, aos aspectos éticos que envolviam as atividades realizadas pelos enfermeiros, bem como os mecanismos desenvolvidos para o enfrentamento dos problemas. As entrevistas foram gravadas após autorização formal dos participantes e transcritas na íntegra.

Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo mediante a organização e sistematização no *software* ATLAS.ti. A análise seguiu os três polos cronológicos propostos por Bardin¹¹, a saber: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A utilização do *software* ATLAS.ti deu-se diante da importância de se organizar os dados de forma ágil e com qualidade, estruturando-os e permitindo construções de redes semânticas, gerando poderosos *insights*.¹²

Na pré-análise foi realizada a organização do material para sua assimilação, sendo feita a leitura flutuante e exaustiva do conteúdo das entrevistas. A exploração do material consistiu na codificação e na categorização do material, mediante a separação dos *codes* (unidades de registro) e seus respectivos *quotations* (unidades de contexto). Na categorização, os *codes* foram agrupados por suas características comuns, compondo, no ATLAS.ti, o que é nomeado de *family*, seguindo critérios de repetição e relevância. O critério de repetição refere-se à quantidade de vezes em que os *codes* se repetem para compor a *family*, considerando todas as ocorrências nos depoimentos. O

critério de relevância, por sua vez, parte do pressuposto de que o *code* é fundamental para a investigação, sem que, necessariamente, tivesse havido repetição.¹³ O tratamento dos resultados, inferência e interpretação consistiu na fase em que a análise foi aprofundada, estabelecendo reflexões a partir da literatura.

O presente estudo seguiu todos os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466 de 2012, sendo aprovado pela Universidade e pelo Comitê de Ética do Hospital cenário do estudo sob o Parecer nº 1.270.123. Cabe destacar que o anonimato dos participantes foi assegurado, sendo que eles receberam códigos BC para enfermeiros do Bloco cirúrgico e CTI para enfermeiros do centro de terapia intensiva, seguidos de uma sequência numérica.

RESULTADOS

Os resultados foram organizados de acordo com as seguintes categorias temáticas: potencialidades da prática colaborativa para o trabalho do enfermeiro; desafios para a implementação da prática colaborativa e; estratégias para o desenvolvimento da prática colaborativa.

POTENCIALIDADES DA PRÁTICA COLABORATIVA PARA O TRABALHO DO ENFERMEIRO

As potencialidades detectadas pelo enfermeiro quanto à prática colaborativa referem-se ao reconhecimento entre os profissionais e de si mesmos como fundamentais integrantes da equipe, o trabalho conjunto baseado em relações harmoniosas e em autonomia profissional.

A configuração da prática colaborativa no cotidiano da enfermagem é sustentada e fortalecida por meio do reconhecimento expresso pelos profissionais. Tal reconhecimento é considerado por CTI.Enf-8 como fonte de motivação para a busca por melhores práticas.

Uma discussão clínica com o coordenador médico, o enfermeiro, o médico plantonista da noite e do dia, fisioterapeuta e a psicóloga. A gente discute tudo sobre cada paciente e o coordenador [médico] ouve muito a enfermagem. Apesar de ser rígido, pelo menos todo mundo fala a mesma língua. O tempo inteiro ele manda artigo para mim se tem a ver com enfermagem. Já até me deram um curso no Sirio Libanês sobre circulação artificial. Estou me sentindo[...] aqui no CTI, eu vejo que eu sou um pouquinho reconhecida (CTI.Enf-8).

Na perspectiva de CTI.Enf-8, a prática no CTI é caracterizada pelo trabalho coletivo. A discussão de casos clínicos e a atualização de conhecimentos por meio do acesso a artigos científicos são traduzidos como expressão de valorização e de reconhecimento profissional. Ademais, CTI.Enf-6 evidencia a

importância de ser enfermeira, membro da equipe e referência para a equipe técnica, revelando-se empoderada e com autonomia para realizar a prática de forma conjunta.

Hoje, na instituição, ser enfermeira é ser referência para a equipe técnica. Você é o suporte para o restante multidisciplinar e referência para a equipe técnica. É fazer parte de uma equipe mesmo. Ser enfermeira é estar do lado da equipe, ser referência, fazer parte da equipe multidisciplinar, poder dar minha opinião e estar presente em tudo que acontece no setor e ser informada de tudo (CTI.Enf-6).

Por meio dos depoimentos percebe-se que o enfermeiro reconhece a prática colaborativa e a importância da enfermagem na construção das relações, as quais, segundo CTI.Enf-5, fundamentam o trabalho conjunto:

A construção das relações é algo que facilita. No ambiente de trabalho você tem a construção de laços e é quando você conquista o respeito das pessoas. A partir do momento que você ganha a equipe, você conquista o respeito dela e constrói relações de confiança e de respeito, sendo possível cobrar responsabilidades e elevar a moral da equipe. A construção de boas relações facilita, do mesmo jeito que relações desfeitas ou relações desgastadas, ou que você não consegue estabelecer um bom convívio acontecem. A gente lida com pessoas e o estresse e o desgaste são inevitáveis. Eu acho que a união tem que estar bem estabelecida para poder conseguir trabalhar em equipe e prestar uma assistência de qualidade (CTI.Enf-5).

DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA COLABORATIVA

No que diz respeito aos desafios para uma prática colaborativa, os participantes deste estudo comentaram que barreiras como os conflitos relacionais, a influência de questões externas sobre o trabalho, os aspectos gerenciais, a desvalorização profissional, a falta de reconhecimento e a falta de apoio do coordenador dificultam a colaboração.

Enf.BC-10 enfatiza conflitos entre enfermeiro e médico-cirurgião, delimitando tentativas de cercear a autonomia do enfermeiro.

A dificuldade maior é com os médicos. Cirurgião é muito difícil de lidar e você tem que ter jogo de cintura. Tem alguns que são excelentes, que te compreendem. Mas têm outros que não, que se acham donos do bloco e que têm que ter a sala na hora que eles querem e que a gente tem que fazer o que eles querem. Então, essa é a maior dificuldade para mim (Enf.BC-10).

Nessa perspectiva, BC.Enf-12 opina que a prática da enfermeira é voltada para o atendimento de demandas dos médicos, sugerindo como justificativa o fato de alguns desses profissionais ocuparem cargos de gestão ou possuírem posição hierárquica superior na instituição, exigindo a concessão de privilégios.

A dificuldade é trabalhar com o diretor. A maioria dos cirurgiões tem cargo na diretoria. Então, eles não se colocam apenas como cirurgião. Eu vejo a dificuldade de tentar agradar a todos, porque cada um tem um pensamento diferente. Então, eu acho que por eles ocuparem cargos lá fora acabam que querem essas prioridades aqui também (BC.Enf-12).

Dificuldades também são ressaltadas pelo enfermeiro na relação com o técnico de enfermagem, agravadas pela falta de apoio da coordenação. Na visão de CTI.Enf-8, a escassez de técnico de enfermagem no mercado tem propiciado comportamentos negativos, culminando com o desacato às orientações do enfermeiro, conforme ilustrado:

Eu gostaria de ser ouvida. Por mais que a gente prove que isso não é legal, a coordenação não volta atrás. Nós estamos no patamar da enfermagem em que o técnico está mandando, porque eles são raros hoje em dia. Quando eles não gostam de alguma decisão do enfermeiro vão direto na coordenadora e ela acata. Tem acontecido isso. A gente já falou muitas vezes que o técnico está tomando conta, a hierarquia acabou. Não é a hierarquia "eu mando", mas a hierarquia de respeito. Não é só o que ele quer, às vezes, o que ele quer não é o melhor. Mas porque ele quer, e está batendo o pé acaba acontecendo (CTI.Enf-8).

Outra dificuldade diz respeito às questões externas ao setor que, por vezes, interferem negativamente na prática do enfermeiro e da equipe. Conforme referenciado por BC.Enf-13, em algumas situações, o enfermeiro é impedido de deliberar de acordo com sua vontade, uma vez que as soluções requeridas na sua prática não se restringem às suas decisões.

Muitas vezes você depende de vaga no CTI para conseguir dar andamento nas cirurgias, agilizando para o médico e para o paciente. Você depende do CTI liberar a vaga, do material que a empresa mandou tarde e que não deu tempo de esterilizar, do material que não veio estéril ou que representante não mandou, de uma autorização que está agendada para você no mapa, mas não autorizou. Você fica querendo agilizar as coisas, mas não consegue, fica amarrada. Então, tem esses dificuldades (BC.Enf-13).

CTI.Enf-6 citou, também, o relacionamento com a gestão como barreira para agir conforme seu julgamento. Tal situação decorre da necessidade de ser aceito pela equipe gestora.

É mais a questão de gestão. Quando eu entrei aqui, eu tive que entrar na "maciota", no ritmo deles. Então, você acaba autorizando algumas situações ou fazendo uma coisa que você nem concorda para ser aderida (CTI.Enf-6).

Outra barreira para o desenvolvimento da prática colaborativa está relacionada às desigualdades identificadas na valorização e no reconhecimento de algumas categorias profissionais, o que pode ser exemplificado nas discrepâncias de remuneração, conforme expressa CTI.Enf-3:

Na enfermagem, a questão da desigualdade de salário é muito grande. Então, isso acaba que interfere um pouco (CTI.Enf-3).

ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA COLABORATIVA

Os desafios enfrentados pelo enfermeiro no cotidiano sinalizam para a adoção de estratégias com vistas ao desenvolvimento e consolidação da prática colaborativa. Tais estratégias abrangem o apoio da coordenação, a comunicação, o conhecimento, a congruência dos objetivos profissionais, as reuniões e estratégias inovadoras que estimulem a participação e a adequação dos objetivos institucionais com os valores profissionais.

A despeito da falta de apoio explicitada anteriormente por CTI.Enf-8, houve menção ao apoio do coordenador ao enfermeiro em situações do cotidiano, favorecendo o desenvolvimento da prática colaborativa. A esse respeito, BC.Enf-10 valoriza a importância do apoio do coordenador nas tomadas de decisão do enfermeiro, sendo interpretado como demonstração de confiança e de estímulo ao crescimento profissional.

Meu coordenador está sempre me apoiando. Ele delega bastante para a gente crescer. Ele está sempre com a gente: "Você vai fazer isso, se você não conseguir, você me procura". "Faça dessa, dessa e dessa forma". Ele orienta muito, ele é muito bom! (BC.Enf-10).

O apoio do coordenador confere segurança para a execução das ações e possibilita o crescimento profissional em constante processo de comunicação e de troca de conhecimento. Nesse sentido, BC.Enf-12 expressa que a comunicação e o conhecimento dos pares auxiliam na efetividade da prática colaborativa.

Eu sou uma pessoa muito comunicativa. Me dou muito bem com a equipe médica e com a equipe de funcionários. Mas, por eu ter experiência no bloco e mais tempo que eu trabalho aqui, eu já chego mais segura de tudo que eu sei. Então, eu tenho uma facilidade. Apesar de que, todos os dias a gente tem que se aperfeiçoar e conhecer toda a equipe (BC.Enf-13).

A respeito da importância da comunicação na prática colaborativa, são evidenciados aspectos facilitadores da comunicação efetiva e de qualidade. Tais aspectos, segundo CTI.Enf-4, dizem respeito à habilidade e ao cuidado para falar e para ouvir:

Eu acho que a primeira coisa, com qualquer equipe, é saber conversar. Não adianta chegar e chamar a atenção na frente de todo mundo. Eu preciso ouvir e saber o que está acontecendo do lado deles e mostrar; porque não adianta eu chegar e querer impor (CTI.Enf-4).

A comunicação apresenta-se como fundamento para o trabalho conjunto e para o consenso da equipe no agir profissional. Segundo CTI.Enf-6, quando o enfermeiro e a equipe caminham na mesma direção, com o pensamento convergente sobre a prática, há facilidades nas tomadas de decisão, direcionando o fazer da equipe para uma finalidade comum, alcançada em parceria.

No CTI as coisas fluem, por mais que sejam pesadas, a escala seja restrita, não tem gente sobrando e tem pacientes graves o tempo inteiro, as coisas fluem porque eles pensam da mesma forma que eu. Então, o que eu peço eles fazem e o que eles me solicitam eu ajudo também. Então, tem que ter uma parceria (CTI.Enf-6).

Contudo, ajustar a prática da equipe para que caminhem na mesma direção torna-se um desafio, considerando-se os modos de ser de cada profissional:

Essa coisa de relacionamento com o outro é bem complicada! Porque cada um tem um perfil diferente e um jeito diferente de ser. Então, você tem que se adequar, assim como a pessoa também tem que se adequar. Então, esse conflito imediato, às vezes, protela um pouco e a gente encontra dificuldade (CTI.Enf-2).

Ainda, CTI.Enf-2 assume o conhecimento como importante estratégia para que o enfermeiro seja capaz de se posicionar e defender a profissão como ciência, principalmente perante o médico.

Eu acho que o enfermeiro, hoje, que se destaca, é o profissional que não tem vergonha de se assemelhar: "Não

quero ser médica, mas eu quero ter um conhecimento próximo". Porque, em uma determinada situação, eu posso conversar com ele no mesmo nível. Eu tenho argumentos. Em muitas situações as pessoas se recolhem por falta de conhecimento. Não sabem falar, abordar e não têm conhecimento científico embasado para poder questionar. Então, recolhem e deixam a coisa acontecer. Eu acho que isso não é legal. Então, você tem que se esforçar (CTI.Enf-2).

A realização de reuniões e a criação de espaços de socialização também são consideradas estratégias de interação entre a equipe, extrapolando a discussão clínica e alcançando o relacionamento interpessoal, aproximando profissionais e estimulando a prática colaborativa.

Eu acho que um instrumento bacana é reunir a equipe. Não só para discutir a pauta de problemas, mas a interatividade. Você faz uma dinâmica, um lanche. A gente tem criado isso uma vez por mês, reunindo todo mundo, fazendo um café da manhã e uma oração. A gente conversa uns com os outros e expõe algumas coisas, tendo um momento de descontração. Isso aproxima e quebra alguns gelos, né? Dentro do respeito, lógico (CTI.Enf-2).

Ademais, CTI.Enf-6 lança mão da metodologia do desvio positivo para agregar a equipe. Tal metodologia pressupõe o aprendizado e o crescimento do profissional mediante iniciativas contrárias à regra e que geram resultados positivos.

Eu tento trabalhar mais próxima da equipe para tentar pensar o que eles estão fazendo ali. Assim, eu consigo mostrar o que está certo e o que está errado. Eu ouço muito a equipe nas reuniões. Estou fazendo um trabalho que chama desvio positivo, onde você escuta as pessoas falarem o que pode ser mudado e a gente segue aquilo que eles falaram. Uma regra que foi descumprida, mas foi positiva. Eu sempre busco o outro como uma melhoria para o setor (CTI.Enf-6).

Outros mecanismos que contribuem para a prática colaborativa reconhecidos pelos enfermeiros estão relacionados à prática da justiça organizacional e do fortalecimento dos laços de identificação dos profissionais com a organização, considerando aspectos da estrutura, dos recursos disponibilizados, bem como da cultura e do resgate de valores institucionais, conforme BC.Enf-17, BC.Enf-13 e CTI.Enf-4.

Gostaria de ter autoridade para poder decidir o que é certo e justo. Porque o que é justo, você não tem que beneficiar fulano porque ele é isso ou sicrano porque ele é aquilo (BC.Enf-17).

A gente tem uma estrutura boa e uma instituição que eu prezo muito. Eu tenho orgulho de falar que eu trabalho aqui. É um hospital que tem uma cultura, uma instituição antiga e que tem valores. E a gente está em uma equipe boa e se sente segura, se sente bem. Aqui é acreditado, o que é um diferencial. Então, eu vejo esse valor, de ter qualidade boa, de ter assessoria da qualidade que agrega muito para a gente. Então, esses valores me ajudam no meu dia a dia e me motiva (BC.Enf-13).

A questão da tecnologia facilita pra gente. A gente tem acesso aos exames e à questão laboratorial. Eu não temo que falta, por exemplo, material para trabalhar. Então, isso facilita o nosso trabalho também (CTI.Enf-4).

DISCUSSÃO

Os depoimentos dos enfermeiros revelam que a prática colaborativa, no quadro hospitalar, se configura mediante trabalho realizado de forma conjunta, cujo objetivo é comum aos diversos atores envolvidos, sendo sustentado por mecanismos institucionais.

A prática direcionada para a colaboração, além de proporcionar qualidade à assistência, possibilita benefício entre aqueles que a exercem, em uma relação de comprometimento entre as partes, desenvolvida com suporte organizacional e baseada na responsabilização mútua.¹⁴ Ademais, os autores entendem que a colaboração ocorre quando os profissionais adotam postura respeitosa perante o outro e estão dispostos a criar uma atmosfera colaborativa.

Nessa perspectiva, alguns depoimentos do presente estudo salientaram a relevância da relação estabelecida entre os profissionais envolvidos e do reconhecimento entre eles para que o trabalho aconteça em um ambiente harmonioso e propício à interação, o que gera respeito, confiança, autonomia e motivação para o desempenho das atividades. Estudo¹⁵ sobre a qualidade de vida de enfermeiros no ambiente hospitalar mostra a importância dos relacionamentos, tanto na qualidade da assistência prestada, quanto para a satisfação profissional, o que permite inferir que a influência das relações no ambiente hospitalar ultrapassa a dimensão objetiva do trabalho.

Embora os depoimentos enfatizem a potencialidade do desenvolvimento da prática colaborativa no contexto investigado, foi possível identificar barreiras, tais como os conflitos relacionais, a influência de questões externas sobre o trabalho do enfermeiro, os aspectos gerenciais, a desvalorização e a falta de reconhecimento e a falta de apoio do coordenador.

Considerando os resultados do presente estudo, foram identificadas situações de conflito e dificuldades de relacionamento entre enfermeiros e médicos. Um dos mecanismos

desencadeadores de relações conflituosas entre profissionais da saúde é o monopólio de conhecimento estabelecido entre profissões.¹⁶ Em pesquisa feita por esses autores, o médico se identifica como líder da equipe de saúde e responsável por decisões que envolvem a equipe. A esse respeito salienta-se que o alcance da prática colaborativa prescinde de relações horizontais no tocante às decisões que envolvem profissionais de diferentes categorias, o que torna inviável a prática colaborativa em panoramas nos quais predominam a hegemonia e o monopólio nas tomadas de decisão.

Nesse caso, a postura dominante adotada por médicos consistem em uma barreira para a efetivação da prática colaborativa, haja vista o cerceamento da autonomia de profissionais de categorias distintas, o que pode ocasionar vivências de sofrimento moral. Tal sofrimento vem sendo investigado em diferentes espaços de atuação de profissionais de saúde, bem como no campo da docência, sendo caracterizado como a impossibilidade de agir de acordo com o julgamento moral em situações que envolvem a necessidade de deliberação.⁷ Nessa perspectiva, a prática colaborativa, que tem como premissa a tomada de decisão compartilhada entre os atores envolvidos em um processo de comunicação e suporte institucional, é assumida como fator de proteção para vivências de sofrimento moral.

As estratégias para a implementação e a concretização da prática colaborativa incluem a presença e o apoio de líderes, o apoio institucional e administrativo, o ambiente adequado, o compartilhamento da mesma missão (comunicação e objetivos comuns) e a educação interprofissional (orientação e aprendizagem).⁶ A esse respeito, acentua-se que os achados do presente estudo indicam as estratégias estimuladas pela OMS.

A presença e o apoio dado pelo coordenador à equipe, mencionado por participantes da presente investigação, destacam o papel fundamental desse ator para as ações e para o crescimento profissional. De outra parte, sua ausência foi citada como fonte de sofrimento e de insatisfação. O relevante papel do coordenador no desenvolvimento da prática colaborativa encontra-se alicerçado no fato de ele ser capaz de conferir visibilidade às situações cotidianas que envolvem a equipe, promovendo a inclusão dos profissionais no espaço coletivo, o que significa fonte de prazer, reconhecimento e acolhimento.¹⁷

O apoio institucional e administrativo, bem como a construção de um ambiente adequado, são mecanismos para a implementação da prática colaborativa, devendo ser fortalecidos no espaço institucional.¹ Os mecanismos de apoio institucional (protocolos, regras, recursos, política de pessoal e de gestão); de cultura de trabalho (estratégias de comunicação, de resolução de conflito e de processo de tomada de decisão compartilhada); e de ambiente (local construído e projeto estrutural) precisam dar suporte para que o profissional encontre meios para a tomada de decisão em função da excelência da assistência ao pacien-

te. A esse respeito, os resultados do presente estudo revelam que o enfermeiro identifica a relevância desses fatores, realçando a importância de estarem em uma instituição com a qual se identificam e que proporciona condições para a sua atuação segura.

Já o compartilhamento da missão pelos profissionais é considerado importante fator para o desenvolvimento da prática colaborativa, na medida em que os profissionais estão alinhados ao objetivo da ação em saúde, com enfoque no paciente e na resposta que o serviço precisa oferecer a ele.¹⁴ Foi possível perceber nos resultados desta investigação que os enfermeiros identificam o direcionamento comum do trabalho como fruto de parcerias estabelecidas. Para tanto, a comunicação mostrou-se fundamental, possibilitando a integração dos profissionais, a discussão de responsabilidades e o fortalecimento da confiança,¹⁸ sendo essencial para garantir a qualidade e a segurança da assistência prestada ao paciente.¹⁹

Conjuntamente, a orientação e a aprendizagem para a concretização da prática colaborativa devem ser analisadas como integrantes da educação interprofissional. A OMS¹⁰ considera que "a educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde". Trata-se, pois, do enfoque na formação interprofissional, possibilitando aos profissionais de saúde chegar ao serviço portando consciência colaborativa no desempenho da prática e produzindo resultados desejados e compartilhados.¹⁴ Ademais, aprender a agir de forma interprofissional é aprender a respeitar os profissionais e eliminar "os estereótipos prejudiciais".

Dessa forma, a educação interprofissional é o meio para que a prática colaborativa se concretize, possibilitando o direcionamento coerente entre os profissionais em prol do paciente. Embora tenham visões de mundo, modos de ser e fazer diferentes, profissionais de diferentes categorias devem ser capazes de entender a importância do trabalho conjunto, com aprendizado mútuo, configurando a prática colaborativa. Estudo²⁰ realizado com docentes, trabalhadores e estudantes revelou que a efetivação da educação interprofissional ainda se apresenta como um desafio, haja vista a fragilidade da articulação ensino-serviço. Isso significa que o enfoque interprofissional não encontra espaço para ecoar na prática real, restringindo-se à dimensão prescritiva, sendo necessária a criação de agendas e de espaços dialógicos para seu aprofundamento.

Ressalta-se que o trabalho em equipe não se restringe à integração para a intervenção técnica, sendo caracterizado pela relação recíproca entre a dimensão técnica e a interacional em busca do objetivo comum.¹⁷ As especificidades dos seres humanos influenciam o modo como se relacionam e o desenvolvimento da prática colaborativa nos serviços modifica a forma como os profissionais interagem na direção da atuação e do enfrentamento de problemas.

Tendo em vista as considerações expostas, observa-se que a prática colaborativa contribui para que os gestores percebam os profissionais como equipe e não como categorias isoladas, entendendo como igualitária a sua contribuição para a melhoria dos resultados em saúde. Nesse sentido, a falta de valorização profissional, principalmente representada pela remuneração discrepante entre as diferentes categorias profissionais, deve ser considerada, uma vez que reforça as desigualdades e apresenta-se como fonte de sofrimento. Portanto, tal insatisfação precisa ser entendida como um gatilho para a reflexão sobre a organização do trabalho no sentido de superar tais inequidades.¹⁷

A prática colaborativa consiste em importante estratégia para o alcance de melhorias na assistência prestada ao paciente, mas também para a promoção e o reforço da autonomia, da autoestima e da motivação dos profissionais. Isso posto, percebe-se que a cultura da colaboração precisa ser desenvolvida desde a formação profissional e exercida cotidianamente pelos profissionais a fim de proporcionar benefícios na dimensão pessoal, profissional e do sistema de saúde, com melhoria da qualidade assistencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva do enfermeiro, a configuração da prática colaborativa no ambiente hospitalar é complexa e requer processos relacionais. Tais processos são reconhecidos de forma ambígua, ora como potencialidades, ora como barreiras para a realização do trabalho. Dessa forma, o enfermeiro desenvolve estratégias que o auxiliam a buscar a prática colaborativa, tais como a comunicação, reuniões, metodologias inovadoras e identificação organizacional.

Portanto, a configuração da prática colaborativa fortalece o enfermeiro na equipe interprofissional, contribuindo para o enfrentamento das ambiguidades inerentes ao cotidiano hospitalar. Assim, foi possível inferir que quando o enfermeiro, juntamente com a equipe interprofissional, não consegue desenvolver as premissas da prática colaborativa, ele pode vivenciar o sofrimento moral.

Cabe salientar que a perspectiva ampliada da prática colaborativa considera o sistema de saúde, sendo uma limitação do estudo ter sido realizada apenas em um nível de atenção do sistema, o hospitalar. Nesse sentido, sugere-se que novos aprofundamentos aconteçam nos diferentes pontos do sistema de saúde, para que seja possível traçar um panorama geral e ampliado da prática colaborativa.

AGRADECIMENTOS

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamen-

to de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Governo Canadense e Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO; 2010. [citado em 2017 out. 03]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_103_eng.pdf?ua=1
2. Ramos FRS, Barlem ELD, Brito MJM, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LCF. Marco conceitual para o estudo do distresse moral em enfermeiros. *Texto Contexto Enferm*. 2016[citado em 2017 out. 04];25(2):1-10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-4460015.pdf
3. Barlem ELD, Ramos FRS. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nursing Ethics*. 2015[citado em 2017 out. 02];11(5):1-14. Disponível em: DOI: 10.1177/0969733014551595
4. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. *Texto Contexto Enferm*. 2012 [citado em 2017 out. 01];21(1):200-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100023
5. Silvino MCS, Wakiuchi J, Costa JR, Ribeiro AL, Sales, CA. Vivências do sofrimento moral na equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016[citado em 2017 out. 05];10(3):1054-62. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>
6. World Health Organization. Interprofessional collaborative practice in primary health care: nursing and midwifery perspectives. Geneva: WHO; 2013. [citado em 2017 out. 03]. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/observer13/en/>
7. Franco T, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. 361p.
8. Chizzotti A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Rev Portuguesa Educ*. 2003[citado em 2017 out. 03];16(2):221-36. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37416210>
9. Yin RK. Estudo de caso. Planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2015. 290p.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013. 408p.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Brito MJM, Caran CS, Montenegro LC, Rezende LC, Rennó HMS, Ramos FRS. Potentialities of Atlas.ti for data analysis in qualitative research in nursing. In: Costa AP, Reis LP, Sousa FN, Moreira A, Lamas D. Computer supported qualitative research. London: Springer; 2016. p. 275-84. [citado em 2017 out. 02]. Disponível em: DOI: 10.1007/978-3-319-43271-7_7
13. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013. 688p.
14. Green BN, Johnson CD. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *J Chiropr Educ*. 2015[citado em 2017 out. 02];29(1):1-10. Disponível em: DOI: 10.7899/JCE-14-36.
15. Renner JS, Taschetto DVR, Baptista GL, Basso CR. Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. *REME - Rev Min Enferm*. 2014[citado em 2017 out. 09];18(2):440-6. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/938>
16. Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MA, Reeves S. Relationships of power: implications for interprofessional education. *J Interprof Care*. 2011[citado em 2017 out. 06];25(2): 98-104. Disponível em: DOI: 10.3109/13561820.2010.505350

Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar

17. Navarro ASS, Guimarães RLS, Garanhani ML. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. REME - Rev Min Enferm. 2013[citado em 2017 out. 05];17(1):61-8. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>
 18. Waldow VR. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. Texto Contexto Enferm. 2014[citado em 2017 out. 04];23(4):1145-52. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01145.pdf
 19. Massoco ECP, Melleiro MM. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. REME - Rev Min Enferm. 2015 [citado em 2017 out. 01];19(2):187-91. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1014>
 20. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2015[citado em 2017 out. 03];49(Esp. 2):16-24. Disponível em: DOI: 10.1590/S0080-623420150000800003
-



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese permitiu compreender o processo de sofrimento moral de enfermeiros em setores fechados de um hospital e sua relação com os valores ético-morais da prática. Partiu-se da tese que o processo de sofrimento moral em enfermeiros que atuam em setores fechados de hospitais interfere em seus valores ético-morais, reconfigurando seus modos de ser e de agir, influenciando o reconhecimento de si e da prática.

Os resultados confirmaram a presente tese, na qual o sofrimento moral interfere nos valores ético-morais dos enfermeiros, mas também, apontaram para uma mútua relação entre o sofrimento moral e os valores éticos morais. Tal mutualidade se refere à influência dos valores ético-morais no modo como os enfermeiros se posicionam frente ao problema moral, configurando o modo como vivenciam e/ou enfrentam o sofrimento moral. Portanto, o sofrimento moral interfere nos valores ético-morais, assim como eles influenciam nas vivências de sofrimento moral.

Como produtos da tese, foram construídos quatro artigos, forma eles: 1) O sofrimento moral em enfermeiros à luz da ética da virtude; 2) Invisibility of the Self: Reaching for the Telos of Nursing within a Context of Moral Distress; 3) Acreditação hospitalar: a excelência como fonte de sofrimento moral para enfermeiros e; 4) Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. Os artigos foram elaborados de forma crescente à medida que o referencial teórico e o aprofundamento com a temática foram sendo construídos.

Portanto, o primeiro trata-se de um artigo teórico que conferiu maturidade e aprofundamento do referencial da Ética da Virtude adotado. Após tal imersão foi possível elaborar o segundo artigo, que aborda de forma geral a ética da virtude no contexto do sofrimento moral, revelando a articulação empírica entre o sofrimento moral e a prática de enfermeiros fundamentada na Ética da Virtude. O terceiro artigo surgiu da relevância dos desafios éticos que os enfermeiros vivenciam em um hospital acreditado. Não se tratou de um artigo intencional, mas sim, fruto de uma inquietação perante a repetição e relevância dos depoimentos dos enfermeiros a respeito da influencia da organização do trabalho e da cultura institucional nos seus modos de ser e agir, culminando com rupturas na prática. O quarto artigo foi escrito por último, como uma forma de contribuição prática para os enfermeiros no que

concerne ao enfrentamento do sofrimento moral no contexto hospitalar. Os depoimentos revelaram a prática colaborativa como estratégia de enfrentamento aos problemas morais no cotidiano das unidades fechadas, demonstrando que os enfermeiros, por meio de seus valores ético-morais, modificam os modos como se posicionam e enfrentam o sofrimento moral.

Cabe salientar que a Ética da Virtude, adotada como referencial epistemológico, possibilitou ampliar a perspectiva de análise do sofrimento moral, uma vez que ele foi inserido no contexto da prática. Prática essa entendida como uma atividade complexa, que possui um bem interno a si própria que a caracteriza, sendo construída por sua história, tradição e renovações. A interface entre o marco conceitual do sofrimento moral e a ética da virtude se revela quando o sofrimento moral cerceia a deliberação moral do enfermeiro, impossibilitando-o de desenvolver sua prática conforme seu julgamento moral, podendo gerar invisibilidades do profissional para si mesmo e para o outro, perdendo sua legitimidade e descaracterizando a profissão.

O excesso de trabalho burocrático, a falta de autonomia, o domínio dos interesses institucionais em detrimento dos valores ético-morais dos profissionais, conflitos interprofissionais e o ultraje moral marcado pela indignação relacionada às deliberações da prática do outro e que interferem na prática do enfermeiro foram problemas morais destacados pelos enfermeiros, os quais exigem os seus julgamentos morais. Durante o processo de julgamento moral, o enfermeiro mobiliza virtudes, tanto relacionadas à formação pessoal (identidade) quanto profissional (desenvolvimento de competências ético-morais durante a formação) na busca pela excelência da prática, sendo fundamental que ele encontre meios no trabalho para torna-las hábitos e atitudes em prol de uma conduta moral consonante com a prática que desempenha.

O sofrimento moral pode retirar o enfermeiro da busca pela sua prática (*telos*), corrompendo-a, uma vez que o enfermeiro passa a guiar suas condutas baseada em vícios ao invés de virtudes, se empenhando na busca por bens externos, como dinheiro, status e poder. Contudo, o sofrimento moral também apresentou sua face positiva, uma vez que ele se torna um gatilho para que enfermeiros reflitam sobre a prática que desenvolvem no cotidiano, reforçando valores ético-morais construídos durante sua formação pessoal e profissional, bem como modifiquem seus posicionamentos frente aos problemas morais.

Os resultados dessa tese apontam que o estudo do sofrimento moral extrapola a mensuração das causas e dos impactos dele na vida dos enfermeiros. Mas, sim, envolve o sistema de saúde, a profissão (prática) e a própria instituição, haja vista as repercussões que recaí sobre agente moral no reconhecimento de si próprio (individual) e coletivamente (a profissão e a sociedade). Ademais, estudar o sofrimento moral permite revelar realidades invisibilizadas e compreender mecanismos de enfrentamento mobilizados por enfermeiros.

Necessário se faz o desenvolvimento, no ambiente de trabalho, de estratégias que envolvam os processos gerenciais e focados na formação de forma a estimular e fortalecer as relações interpessoais, de qualidade e construtivas (prática colaborativa) para que os enfermeiros possam lidar com a dimensão ético-moral que envolve o trabalho na saúde e serem capazes de mobilizar suas virtudes. Ademais, os profissionais precisam de espaços que os estimulem a enfrentar o problema moral mediante estratégias de fortalecimento da autonomia e da defesa da prática, contribuindo para a qualidade do cuidado e para a legitimação da prática no contexto pessoal, institucional e social.

Deseja-se que a presente tese seja um subsídio e inspire novos estudos nessa temática e sua aplicabilidade em diferentes cenários e contextos, além de suscitar novas aproximações teóricas no que concerne ao sofrimento moral e suas diferentes nuances apresentadas no marco teórico desenvolvido.

REFERÊNCIAS

ANUNCIAÇÃO, A.L., ZOBOLI, E. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 6, p. 522-528, 2008.

ARMSTRONG, A.E. **Nursing ethics: a virtue-based approach**. New York: Palgrave Macmillan, 2007.

AUSTIN, W.; KELECEVIC, J.; GOBLE, E.; MEKECHUK, J. An overview of moral distress and the pediatric intensive care team. **Nursing Ethics**, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2009.

AUSTIN, W. The terminal: a tale of virtue. **Nurs Ethics**, v. 14, n. 1, p. 54-61, 2007. doi: 10.1177/0969733007071358

BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; SOUSA, F.G.M; ERDMANN, A.L. o papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n.3, p.319-326, 2008.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. **Acta Paul Enferm**, v.23, n. 6, p. 745-50, 2010.

BAPTISTA, T.W.F. **História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In: MATTA, G.C. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Organizado por Gustavo Corria Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. 284 p. : il. , graf. ; - (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3). Coordenadora da coleção Márcia Valéria G. C. Morosini.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BARLEM, E.L.D.; RAMOS, F.R.S. Constructing a theoretical model of moral distress. **Nursing Ethics**, v. 11, n. 5, p. 1-14, 2015.

BARLEM, E.L.D.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI, G.L.; TOMASCHEWSKI, J.G.; SILVEIRA, R.S.; DALMOLIN, G.L. Moral distress in nursing personnel. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. Spec, p. 79-87, Jan/Feb, 2013.

BARLEM, E.L.D.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI, G.L.; DALMOLIN, G.L.; TOMASCHEWSKI, J.G. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 681-8, 2012.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRITO, M.J.M.; LARA, M.O.; SOARES, E.G.; ALVES, M.; MELO, M.C.O.L. Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 45-57, jun, 2008.

BRITO, M.J.M.; MONTENEGRO, L.C.; MARILIA, A. Experiências relacionais de poder e gênero de enfermeiras-gerente de hospitais privados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.5, p. 952-959, 2010.

BRITO, M.J.M.; CARAM, C.S.; MONTENEGRO, L.C.; REZENDE, L.C.; RENNÓ, H.M.S.; RAMOS, F.R. Potentialities of Atlas.ti for Data Analysis in Qualitative Research in Nursing. In: António Pedro Costa; Luís Paulo Reis Francislê Neri de Sousa; António Moreira David Lamas. Computer Supported Qualitative Research. Série Ed.: Kacprzyk, Janusz; Springs, v. 71, 2016. DOI 10.1007/978-3-319-43271-7.

CARAM, C.S.; REZENDE, L.C.; MONTENEGRO, L.C.; AMARAL, J.M.; BRITO, M.J.M. Ambiguidades no trabalho da equipe de saúde no contexto de uma unidade de terapia intensiva. **SANARE, Sobral**, v. 15, n. 01, p. 15-24, jan/jun, 2016.

CARAM, C.S. Os sentidos do trabalho para profissionais da saúde do CTI de um Hospital Universitário. 2013. 131f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

CASAGRANDE, C.A.; CASAGRANDE, E.F. A ética discursiva e o caráter procedimental do discurso prático em Habermas. **Conjectura**, v. 16, n. 3, p. 131-145. set./dez. 2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 11 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

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

CORTINA, A. **Ética sem moral**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

CORTINA, A. **Cidadãos do mundo**: para uma teoria da cidadania. São Paulo: Edições Loyola, 2005, 210p.

DALMOLIN, G.L.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI, G.L.; BARLEM, E.L.D.; SILVEIRA, R.S. Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem: quem vivencia maior sofrimento moral? **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 3, p. 521-9, 2014.

DALMOLIN, G.L.; LUNARDI, V.L.; BARLEM, E.L.D.; SILVEIRA, R.S. Implicações do sofrimento moral para os(as)enfermeiros(as) e aproximações com o burnout. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n 1, p. 200-208, 2012.

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

DRUMOND, J.G.F. Os valores morais de uma profissão. **Rev. Motricidade**, v. 2, n. 3, p. 192-200, jun/jul, 2006.

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

DUBAR, C. **A crise das identidades**: a interpretação de uma mutação. Tradução de Mary Amazonas Leite de Barros. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 292p. 2009.

DUBAR, C. **A socialização**: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

EPSTEIN, E.G.; HAMRIC, A.B. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. **Journal of Clinical Ethics**, v. 20, n. 4, p. 330-342, 2009.

EPSTEIN, E.G.; DELGADO, S. Understanding and Addressing Moral Distress". **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 15, n. 3, p. 1-13, set, 2010.

FERNANDES, M.I.D.; MOREIRA, I.M.P.B. Ethical issues experienced by intensive care unit nurses in everyday practice. **Nursing Ethics**, v. 20, n.1, p. 72–82, 2012.

FINKLER, M.; CAETANO, J.C; RAMOS, F.R.S. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3033-3042, abr/mai, 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 25 ed. São Paulo: Graal, 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Tempus - **Actas de Saúde Coletiva**. 2012

GALLAGHER, A. Moral Distress and Moral Courage in Everyday Nursing Practice. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 16, n. 2, p. 1-7, mar, 2010.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Tradução Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989, p. 118.

HARDINGHAM, L.B. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy*, v. 5, n.1, p. 127–134, 2004.

HOOFT, S.V. **Ética da virtude**. Rio de Janeiro: Vozes, 2013, p. 280.

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

KLÜBER, T.E. ATLAS.ti as an analytical tool in qualitative research of phenomenological approach. **Educação temática Digital**, v. 16, n. 1, p. 5–23, 2014.

LÜTZE´N, K.; DAHLQVIST, V.; ERIKSSON, S.; NORBERG, A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. **Nursing Ethics**, v.13, v. 2, p. 187-196, nov, 2006.

MACINTYRE A. **After Virtue**. 3ª ed. Indiana: Notre Dame Press; 2007.

MCCARTHY, J.; GASTMANS, C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 1, p. 131–152, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p.: il.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

NETO, F.C.B.; BARBOSA, P.R.; SANTOS, I.S.; OLIVEIRA, C.M.F. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. Políticas e sistemas de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 1100.

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out, 2013

PETER, E. Guest editorial: Three recommendations for the future of moral distress scholarship. **Nursing Ethics** v. 22, n.1, p. 3–4, 2015.

RAMOS, F.R.S.; CARAM, C.S.; MONTENEGRO, L.C.; CAÇADOR, B.S.; BARLEM, E.L.D.; BRITO, M.J.M. Experiences of Moral Distress in Nurses' Daily Work. *International Archives of Medicine*, v. 9, n. 83, p. 1-12, 2016a.

RAMOS, F.R.S.; BARLEM, E.L.D.; BRITO, M.J.M.; VARGAS, M.A.; SCHNEIDER, D.G.; BREHMER, L.C.F. Marco conceitual para o estudo do distresse moral em enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p.1-10, 2016 b.

SANGLARD, G. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. Esboços. **Revista do Programa de Pós-graduação em História da UFSC**, Florianópolis, v.13, n.16, p.11-33, 2006.

SILVEIRA; R.S.; MARTINS, C.R.; LUNARDI, V.L.; VARGAS, M.A.O.; LUNARDI FILHO, W.D.; AVILA, L.I. A dimensão moral do cuidado em terapia intensiva. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 2, p. 327-334, 2014.

SILVINO, M.C.S.; WAKIUCHI, J.; COSTA, J.R.; RIBEIRO, A.L.; SALES, C.A. Vivências do sofrimento moral na equipe de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.10, n.3, p. 1054-62, mar., 2016.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

WIEGAND, D. L; FUNK, M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. **Nursing Ethics**, v. 19, n. 4, p. 479–487, 2012.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290p.

ZOBOLI, E. **Bioética deliberativa pública**: integrando ética e saúde pública. In: CARVALHO, R.R.P.; ROSANELI, C.F. Bioética e saúde pública. Curitiba: CRV, 2016, p. 190.

ANEXOS

ANEXO A

PARECER nº 06/2013 - ENA

Projeto: Sofrimento moral na enfermagem: invisibilidades e desafios para uma prática profissional ética em hospitais.

Interessada: Maria Jose Menezes Brito

Parecerista: Profa. Rita de Cássia Marques

Histórico

Recebi para parecer o projeto intitulado “Sofrimento moral na enfermagem: invisibilidades e desafios para uma prática profissional ética em hospitais” para emissão de parecer a ser analisado pela Câmara Departamental do ENA.

Mérito

Trata-se de um projeto de pesquisa coordenado pela Professora Maria José Menezes Brito, com a participação de docentes da Linha de Pesquisa “Planejamento, organização e gestão dos serviços de Saúde” e de discentes da Pós-Graduação. O referido integra uma pesquisa multicêntrica que vem sendo discutida em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina e a Universidade Federal do Rio Grande. O objetivo da investigação é compreender o sofrimento moral vivenciado por profissionais da equipe de enfermagem considerando as invisibilidades e os desafios éticos que se apresentam no contexto hospitalar.

O referencial teórico metodológico adotado foi a proposta genealógica Foucaultiana. Trata-se um estudo de natureza quanti-qualitativo, a ser desenvolvido em hospitais da região metropolitana de Belo Horizonte e Divinópolis – MG. Os sujeitos da pesquisa são profissionais da equipe de enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros) que atuam em unidades de internação e setores fechados (Bloco cirúrgico e Unidade de terapia intensiva) dos hospitais, haja vista a necessidade de captação de aspectos subjetivos do cotidiano de trabalho dos profissionais em espaços diferenciados.

A coleta de dados será feita em duas etapas. A primeira, correspondente à parte quantitativa da investigação será realizada por meio da aplicação de questionário a uma amostra significativa dos sujeitos que compõe a população do estudo. A segunda etapa será realizada por meio de entrevistas com roteiro semi-estruturado a um número de

sujeitos definidos mediante o critério de saturação das informações. Os dados serão coletados após aprovação do projeto nos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas que comporão os cenários de prática e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos. A análise dos dados será feita em duas etapas, sendo uma quantitativa e a outra qualitativa. Na primeira será realizada análise estatística com programa específico e a segunda será feita por meio da análise Textual Discursiva contemplando as etapas de desmontagem dos textos, estabelecimento de relações e captação do novo emergente.

A pesquisa é relevante, tendo em vista as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no cenário hospitalar, com repercussões importantes na qualidade do cuidado e nas condições físicas e psíquicas desses trabalhadores. Cabe também salientar, a relevância do hospital no contexto da rede de atenção à saúde no contexto brasileiro e, especificamente no presente estudo, em Minas Gerais, bem como a complexidade da assistência e a necessidade de profissionais capacitados para atuarem de acordo com as demandas do serviço.

Conclusão

Pelo exposto sou, SMJ, pela aprovação do projeto de pesquisa pela Câmara Departamental do ENA para posterior encaminhamento ao COEP.

Belo Horizonte, 26 de março de 2013


Prof.ª Rita de Cássia Marques

Aprovado em ad-referendum
em 27/03/2013.


Prof.ª Dr.ª Isabelia Sílvia Cância Veloso
SubChefe Dept.º de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem UFMG

ANEXO B

HOSPITAL FELÍCIO
ROCHO/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sofrimento moral na enfermagem: invisibilidades e desafios para uma prática profissional ética em hospitais

Pesquisador: Maria José Menezes Brito

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15071713.6.3001.5125

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.270.123

Apresentação do Projeto:

Pesquisa multicêntrica que vem sendo discutida em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo a ser desenvolvido em hospitais da região metropolitana de Belo Horizonte e Divinópolis-Minas Gerais. Os sujeitos da pesquisa são os profissionais da Equipe de Enfermagem (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem) que atuam em Unidades de Internação, Centro Cirúrgico e Centro de Tratamento Intensivo (CTI).

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o sofrimento moral dos trabalhadores de enfermagem que atuam nos hospitais da região metropolitana de Belo Horizonte e Divinópolis - Minas Gerais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e previsíveis para atendimento a algum funcionário que apresentar problemas físicos ou psicológicos.

Os benefícios são muitos considerando a relevância do estudo para intervenções na gestão dos Serviços de Enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante considerando as condições de trabalho dos profissionais de Enfermagem no

Endereço: Avenida do Contorno, 9.530

Bairro: Barro Preto

CEP: 30.110-034

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3514-7626

Fax: (31)3514-7626

E-mail: cep@feliciorocho.org.br

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO/MG



Continuação do Parecer: 1.270.123

cenário hospitalar e nas condições físicas e psíquicas desses trabalhadores bem como a complexidade da assistência Hospitalar em que os mesmos atuam.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram anexados e estão de acordo com o preconizado pelo CNS.

Recomendações:

Apresentar Relatório Semestral ao CEP/HFR.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pelo exposto, somos pela aprovação do projeto sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deverá encaminhar ao CEP/HFR avaliações semestrais e final sobre a pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_150717.pdf	02/07/2015 10:20:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto FAPEMIG Plataforma Brasil.pdf	01/07/2015 13:50:46		Aceito
Parecer Anterior	Carta Anuência VTDE-HC.pdf	01/07/2015 13:32:52		Aceito
Parecer Anterior	Carta anuência Felício Rocho 001.jpg	01/07/2015 13:30:11		Aceito
Parecer Anterior	Carta Anuência HC-UFGM.pdf	01/07/2015 11:45:33		Aceito
Parecer Anterior	Parecer ENA.pdf	01/07/2015 11:45:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE etapa quantitativa.docx	01/07/2015 11:45:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE etapa qualitativa.docx	01/07/2015 11:45:01		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto Projeto de Pesquisa.pdf	01/07/2015 10:49:55		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_150717.pdf	29/05/2013 08:30:46		Aceito
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	01/04/2013		Aceito

Endereço: Avenida do Contorno, 9.530

Bairro: Barro Preto

CEP: 30.110-934

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3514-7626

Fax: (31)3514-7626

E-mail: cep@feliciorocho.org.br

HOSPITAL FELÍCIO
ROCHO/MG



Continuação do Parecer: 1.270.123

Básicas do Projeto	ETO_150717.pdf	17:29:11		Aceito
--------------------	----------------	----------	--	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 09 de Outubro de 2015

Assinado por:
Selme Silqueira de Matos
(Coordenador)

Endereço: Avenida do Contorno, 9.530

Bairro: Barro Preto

CEP: 30.110-934

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3514-7626

Fax: (31)3514-7626

E-mail: cep@feliciorocho.org.br

ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sofrimento moral na enfermagem: invisibilidades e desafios para uma prática profissional ética em hospitais

Pesquisador: Maria José Menezes Brito

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 15071713.8.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.160.801

Data da Relatoria: 31/07/2015

Apresentação do Projeto:

O sofrimento moral no trabalho constitui na atualidade um problema ético emergente uma vez que sua vivência compõe o processo de construção identitária dos participantes e seu desenvolvimento no contexto de trabalho perpassa questões organizacionais e gerenciais. O ambiente hospitalar tem se constituído como locus privilegiado de vivências de sofrimento moral pelos profissionais da enfermagem dada a complexidade do trabalho nele desempenhado. A complexidade que envolve a temática em foco revelou a genealogia Foucaultiana como opção epistemológica para este estudo, pois os desdobramentos do sofrimento moral e dos conflitos éticos vivenciados no contexto hospitalar somente podem ser considerados se estiver fundados na experiência subjetiva dos indivíduos e de como eles criam, modificam e interpretam o mundo.

Metodologia: Trata-se de um estudo de natureza quanti-qualitativo. Os participantes do estudo serão enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em unidades de internação e setores fechados (Bloco cirúrgico e Unidade de terapia intensiva) dos hospitais públicos e privados de grande e médio porte localizados em Belo Horizonte/Minas Gerais. A coleta de dados quantitativa será realizada mediante aplicação de um survey que busca compreender o sofrimento moral em enfermeiros, técnicos de enfermagem. Tal instrumento de coleta de dados será aplicado em duas versões; uma para os enfermeiros e outra aos técnicos de enfermagem. Para análise dos dados

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.160.801

quantitativos será utilizado o software SPSS versão 13.0 (Statistical Package for Social Sciences) para organização e análise multivariada dos dados, a fim de comparar simultaneamente mais de uma característica apontada no instrumento, utilizando-se para isso um rigor estatístico que permite garantir a confiabilidade do estudo. A coleta de dados qualitativa ocorrerá mediante a técnica de entrevista individual, com roteiro semiestruturado, as quais serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Os dados serão analisados por meio da Análise Textual Discursiva (ATD) por meio da qual se pretende compreender, de forma aprofundada, um corpus de análise que permita a reconstrução dos conhecimentos sobre o fenômeno em questão (MORAES e GALIAZZI, 2011). Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, a mesma foi submetida e aprovada pela Câmara Departamental de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG e dos cenários do estudo, conforme recomendação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Os participantes do estudo assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma voluntária, após esclarecimento da proposta do estudo em todas as etapas. Será garantido sigilo absoluto das informações assim como a privacidade e anonimato dos participantes. Critério de Inclusão: na etapa quantitativa: enfermeiro e técnico de enfermagem que atuam nas unidades de internação e setores fechados dos hospitais cenários desse estudo, bem como ter disponibilidade e interesse em responder ao questionário. No ato da entrega dos questionários os profissionais serão informados sobre a possibilidade de participar ou não da pesquisa, de acordo com a sua vontade, podendo, também, retirar sua permissão de participação a qualquer momento, sem nenhuma necessidade de justificativa. Os critérios de inclusão dos participantes na etapa qualitativa serão os mesmos da etapa quantitativa, além de terem participado na etapa quantitativa. Serão excluídos da pesquisa aqueles participantes que se encontram de férias e licença médica no momento da coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender o sofrimento moral vivenciado por profissionais da equipe de enfermagem considerando as invisibilidades e os desafios éticos no contexto hospitalar.

Objetivos Secundários:

- Analisar aspectos das práticas de gestão que interferem nas vivências profissionais da equipe de enfermagem;
- Analisar os desafios éticos vivenciados pela equipe de enfermagem em seu cotidiano de trabalho;
- Identificar situações de sofrimento moral vivenciadas por profissionais da equipe de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.160.801

enfermagem;

- Discutir as estratégias de resistência e enfrentamento adotadas pelos profissionais de enfermagem em seu cotidiano de trabalho;
- Compreender a percepção de profissionais da equipe de enfermagem a de sua inserção no mundo do trabalho e de seu contexto de vida;
- Identificar os impactos do sofrimento moral na identidade profissional da equipe de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Considera-se riscos mínimos relacionados a possíveis constrangimentos advindos das entrevistas. Porém assegura-se que os mesmos serão minimizados garantindo o anonimato, sigilo das informações e confidencialidade das informações de acordo com o que é preconizado para pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2002). Ademais, assegura-se que qualquer um dos participantes poderá se recusar a responder questões ou se retirar a qualquer momento da pesquisa sem prejuízos ou danos à sua pessoa.

Benefícios: As pessoas envolvidas na pesquisa não serão diretamente beneficiadas. Contudo, pretende-se alcançar melhorias no trabalho dos profissionais, considerando a captação de aspectos referentes ao cotidiano do serviço e do trabalho realizados. Há também que se considerar a possibilidade de reflexões sobre questões éticas que permeiam as relações interpessoais no trabalho com possíveis repercussões na qualidade do cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Espera-se conhecer o perfil sociodemográfico de enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam nas unidades de internação e setores fechados (Bloco cirúrgico e Unidade de terapia intensiva) de hospitais público e privados de médio e grande porte da cidade de Belo Horizonte, bem como a percepção dos profissionais com relação as vivências de sofrimento moral. As perguntas norteadoras da pesquisa são citadas no projeto original.

Estima-se uma amostra de 200 participantes. O projeto foi submetido à FAPEMIG e é orçado em R\$ 49.739,36. Previsão de término da pesquisa em 01/02/2016.

As solicitações do COEP foram atendidas: adequação do TCLE (quantitativo e qualitativo): iniciado em forma de convite, acrescentado local para assinatura da pesquisadora, esclarecido que serão assinados dois TCLE, sendo que uma das vias ficará de posse do voluntário da pesquisa. Providenciada a carta de anuência da Gerente de Enfermagem do Hospital Felício Rocho e declaração de entrada na Divisão de Ensino, Pesquisa e Extensão do HC-UFMG.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/C 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.160.801

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes: Projeto de Pesquisa; Folha de Rosto Assinada pela Diretora da Escola de Enfermagem; Parecer Consubstanciado Aprovado pela Câmara do departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem; parecer da Vice-Diretora Técnica de Enfermagem do HC-UFMG, TCLE - estudo quantitativo para questionário individual e TCLE - estudo qualitativo para a entrevista gravada, carta de anuência da Gerente de Enfermagem do Hospital Felício Rocho e declaração de entrada na Divisão de Ensino, Pesquisa e Extensão do HC-UFMG.

TCLE: Linguagem clara, iniciado em forma de convite, apresenta os objetivos do estudo e metodologia do estudo, garante confidencialidade dos dados e todos os requisitos necessários ao esclarecimento do participante da pesquisa.

Recomendações:

De acordo com as instruções da CONEP e da Resolução 466/12, solicita-se o uso da palavra "participante" ao invés de "sujeito" quando da escrita das publicações referentes ao estudo. Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação do projeto "Sofrimento moral na enfermagem: invisibilidades e desafios para uma prática profissional ética em hospitais" da Pesquisadora Profa. Dra. Maria José Menezes Brito.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.160.801

BELO HORIZONTE, 28 de Julho de 2015

Assinado por:
Telma Campos Medeiros Lorentz
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICES

APÊNDICE A



ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que significa ser enfermeiro ou Téc. enfermagem para você?
2. Fale sobre a sua prática profissional no Hospital?
3. Fale sobre o trabalho que você deveria realizar como enfermeiro ou Téc. Enfermagem.
4. Quais as facilidades que você encontra no seu cotidiano de trabalho?
5. Quais as dificuldades que você encontra no seu cotidiano de trabalho?
6. Quais são os valores que você considera importantes como enfermeiro ou Téc. Enfermagem atuando neste hospital?
 - 6.1 Como você direciona sua prática para alcançar esses valores?
 - 6.2 Fale sobre os obstáculos que você encontra para colocar esses valores em prática.
 - 6.3 Quais estratégias você utiliza diante desses obstáculos?
7. Fale sobre os problemas éticos que você vivencia no seu cotidiano de trabalho
8. Narre uma situação que envolva questões éticas no seu trabalho.
9. Relate uma situação de trabalho na qual você optou por uma decisão contrária ao seu desejo/julgamento ético.
 - 9.1 Porque você agiu assim?
 - 9.2 Como você se sentiu?
 - 9.3 Como você gostaria de ter agido?
 - 9.4 Por quê?
10. O que te motiva a continuar trabalhando como enfermeiro ou técnico de enfermagem neste hospital?
11. Você recomendaria o curso de enfermagem para alguém? Por quê?
12. Você gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ETAPA QUALITATIVA

Você está sendo convidado a participar do projeto integrado de pesquisa, cujas informações são descritas abaixo:

Projeto de Pesquisa intitulado: **“Sofrimento moral na enfermagem: invisibilidades e desafios para uma prática profissional ética em hospitais”** desenvolvido pela Prof^a. Dr^a. Maria José Menezes Brito (CPF 54848750644) docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e equipe de pesquisadores da instituição.

O projeto de pesquisa em questão tem como objetivo: Compreender o sofrimento moral vivenciado por profissionais da equipe de enfermagem considerando as invisibilidades e os desafios éticos no contexto hospitalar. Trata-se de um estudo multi métodos, incluindo etapas qualitativas e etapa quantitativa. A pesquisa trará benefícios indiretos aos profissionais de enfermagem, uma vez que seus resultados poderão ser utilizados para a promoção da saúde, qualidade de vida e condições de trabalho.

Desta forma convidamos para participar da **etapa qualitativa** do projeto que corresponde a seguinte atividade: **Entrevista gravada**. A Coleta de dados será realizada conforme agendamento prévio, de acordo com o seu interesse e disponibilidade e mediante a sua autorização e indicação para o encontro, bem como, com o seu consentimento para o uso do gravador durante a realização da entrevista.

A sua participação é fundamental para a realização desta pesquisa, pois acreditamos em poder contribuir para a melhoria da enfermagem como profissão, enfocando o cuidado integral e humanizado do profissional e do cliente. No entanto, sua participação é completamente voluntária.

A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e as Instituições participantes, em todo processo investigativo. Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento e por qualquer motivo sem que isso possa causar-lhes algum prejuízo. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, garantindo o anonimato, sendo que a imagem individual e institucional será protegida, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato com o

pesquisador. Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda do pesquisador acima citado, em seu setor de trabalho, na Universidade. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos.

Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Declaro ter sido esclarecido (a) acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, bem como acerca da liberdade para interromper a participação a qualquer momento sem que isso possa causar prejuízo a mim. Assim, autorizo a minha participação na pesquisa cujo título é “**Sofrimento moral na enfermagem: invisibilidades e desafios para uma prática profissional ética em hospitais**”, executada pela Prof^a. Dr^a. Maria José Menezes Brito.

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Assinatura do participante
Responsável

Assinatura da pesquisadora

_____, _____ de _____ de 2015

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar: COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901. Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Pesquisador(a) Responsável: Prof^a Dr^a Maria José Menezes Brito Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-9849/E-mail: brito@enf.ufmg.br