

VIVÊNCIAS NO TRABALHO DE ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA GERAL E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COVID

WORK EXPERIENCES OF NURSES IN GENERAL INTENSIVE CARE UNIT AND COVID INTENSIVE CARE UNIT

EXPERIENCIAS LABORALES DE ENFERMEROS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERAL Y UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS COVID

-  Ariel Siqueira Lemos¹
-  Camila Milene Soares Bernardi¹
-  Camila Antunez Villagran²
-  Valdecir Zavarese da Costa¹
-  Grazielle de Lima Dalmolin¹

¹Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Departamento de Enfermagem – DE. Santa Maria, RS - Brasil.

²Universidade de Rio Verde – UniRV, Departamento de Enfermagem – DE. Rio Verde, GO - Brasil.

Autor Correspondente: Camila Milene Soares Bernardi

E-mail: camilabernardi96@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Qualitativa: Ariel S. Lemos, Camila M. S. Bernardi, Grazielle L. Dalmolin, Valdecir Z. Costa; **Coleta de Dados:** Camila M. S. Bernardi, Camila A. Villagran; **Conceitualização:** Grazielle L. Dalmolin, Valdecir Z. Costa; **Gerenciamento do Projeto:** Grazielle L. Dalmolin; **Investigação:** Camila A. Villagran, Camila M. S. Bernardi, Grazielle L. Dalmolin; **Metodologia:** Ariel S. Lemos, Camila M. S. Bernardi, Grazielle L. Dalmolin; **Redação - Preparo do Original:** Ariel S. Lemos; **Redação - Revisão e Edição:** Camila M. S. Bernardi, Grazielle L. Dalmolin; **Supervisão:** Grazielle L. Dalmolin; **Validação:** Camila M. S. Bernardi, Grazielle L. Dalmolin; **Visualização:** Ariel S. Lemos, Grazielle L. Dalmolin.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 30/08/2023

Aprovado em: 30/08/2024

Editores Responsáveis:

-  José Renato Gatto Júnior
-  Luciana Regina Ferreira da Mata

RESUMO

Objetivo: analisar as vivências no trabalho de enfermeiros que atuavam na Unidade de Terapia Intensiva geral e Unidade de Terapia Intensiva COVID no período pandêmico e sua relação com o sofrimento moral. **Método:** estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado em um hospital universitário da Região Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu de agosto a outubro de 2021, de forma *online*, mediante entrevistas em plataforma eletrônica, seguindo um roteiro semiestruturado. Empregou-se análise textual discursiva. **Resultados:** no total, sete enfermeiros participaram da pesquisa. Na perspectiva dos participantes, relataram-se vivências envolvendo a falta de recursos materiais e humanos, precariedade na infraestrutura, conflitos entre profissionais e seus processos de decisões, fragilidades no cuidado, hegemonia médica e tomada de decisão unilateral. **Conclusão:** foram reconhecidas vivências em nível organizacional e relacional que podem propiciar o desenvolvimento de sofrimento moral no processo de trabalho dos enfermeiros de ambas as unidades de terapia intensiva.

Palavras-chave: Enfermagem; Ética; Angústia Psicológica; Unidades de Terapia Intensiva; COVID-19.

ABSTRACT

Objective: to analyze the work experiences of nurses who worked in the general Intensive Care Unit and COVID Intensive Care Unit during the pandemic period and their relationship with moral distress. **Method:** qualitative, exploratory-descriptive study, carried out in a university hospital in the southern region of Brazil. Data collection took place from August to October 2021, online, through interviews on an electronic platform, following a semi-structured script. Discursive textual analysis was used. **Results:** a total of seven nurses participated in the research. From the perspective of the participants, experiences involving the lack of material and human resources, precarious infrastructure, conflicts between professionals and their decision-making processes, weaknesses in care, medical hegemony, and unilateral decision-making were reported. **Conclusion:** experiences at the organizational and relational levels were recognized that can lead to the development of moral distress in the work process of nurses in both intensive care units.

Keywords: Nursing; Ethic; Psychological Distress; Intensive Care Units; COVID-19.

RESUMEN

Objetivo: analizar las experiencias laborales de los enfermeros que trabajaban en la Unidad de Cuidados Intensivos general y en la Unidad de Cuidados Intensivos COVID durante el período pandémico y su relación con el sufrimiento moral. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, realizado en un hospital universitario de la Región Sur de Brasil. La recolección de datos se llevó a cabo de agosto a octubre de 2021, de forma online, mediante entrevistas en una plataforma electrónica, siguiendo un guion semiestruturado. Se empleó análisis textual discursivo. **Resultados:** en total, siete enfermeros participaron en la investigación. Desde la perspectiva de los participantes, se reportaron experiencias que involucraban la falta de recursos materiales y humanos, precariedad en la infraestructura, conflictos entre profesionales y sus procesos de decisiones, fragilidades en el cuidado, hegemonía médica y toma de decisiones unilateral. **Conclusión:** se reconocieron experiencias a nivel organizacional y relacional que pueden propiciar el desarrollo de sufrimiento moral en el proceso de trabajo de los enfermeros de ambas unidades de cuidados intensivos.

Palabras clave: Enfermería; Ética; Distrés Psicológico; Unidades de Cuidados Intensivos; COVID-19.

Como citar este artigo:

Lemos AS, Bernardi CMS, Villagran CA, Costa VZ, Dalmolin GL. Vivências no trabalho de enfermeiros de unidade de terapia intensiva geral e unidade de terapia intensiva COVID. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2024[citado em ____ ____]; 28: e-1558. Disponível em: <https://doi.org/10.35669/2316-9389.2024.47905>

INTRODUÇÃO

Os profissionais de Enfermagem enfrentam constantes conflitos éticos e dilemas morais em sua rotina de trabalho, muitas vezes caracterizados como problemas morais. Especificamente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), eles são expostos repetidamente a situações estressantes decorrentes do processo de trabalho, uma vez que sua prática demanda um alto nível técnico-científico, agilidade no raciocínio clínico e intervenções complexas. Esse contexto, aliado ao alto risco de morbimortalidade dos pacientes, pode levar a sensações de impotência e insatisfação⁽¹⁾.

Além disso, o estresse nesses ambientes pode ser atribuído a suas características de setores fechados, marcados por ritmos acelerados de trabalho, cargas horárias extensivas, e sentimentos de tristeza, sofrimento e imprevisibilidade perante as situações clínicas e organizacionais⁽²⁾, que podem originar problemas morais.

Durante a pandemia de COVID-19, algumas UTIs foram adaptadas e outras criadas para atender a essa demanda, apresentando aos profissionais novos desafios e uma ampla gama de elementos estressantes. A COVID-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, é uma doença respiratória altamente contagiosa, com sintomas que variam de leves, como febre e tosse, a graves, como pneumonia, insuficiência respiratória e morte⁽³⁻⁴⁾.

A pandemia, declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020⁽³⁾, gerou uma crise sanitária, sobrecarregando sistemas de saúde e exacerbando desigualdades sociais e econômicas, levando a mudanças em todos os níveis de atenção à saúde, com impactos significativos nas UTIs. O elevado número de internações pela rápida propagação do vírus, especialmente no primeiro ano da pandemia, colocou os profissionais frente a desafios sem precedentes⁽⁵⁾.

Nesse contexto, pesquisas apontaram a intensificação de problemas morais entre os profissionais de saúde. Os enfermeiros, em particular, precisaram aprimorar habilidades e enfrentaram situações de extremo desgaste. A pressão por decisões rápidas, muitas vezes de vida ou morte, a sobrecarga de pacientes críticos, a alta taxa de mortalidade, a falta de recursos e equipamentos essenciais, o aumento das jornadas de trabalho, o risco constante de infecção para si e seus familiares, a perda de colegas e o medo diante dos aspectos desconhecidos da doença são exemplos desse desgaste. Como resultado, houve um aumento da angústia psicológica, fomentando sintomas de ansiedade, isolamento, exaustão e, conseqüentemente, sofrimento moral (SM)^(3,6,7-10).

O SM é um problema emergente no contexto da saúde, pois sua ocorrência prejudica o processo deliberativo necessário para a prática profissional autônoma e compromete a integridade moral dos indivíduos. A vivência de SM pode causar impactos profundos na saúde mental e no bem-estar dos profissionais, afetando o cuidado prestado e a satisfação pessoal no trabalho⁽¹¹⁾.

O SM manifesta-se diante de barreiras institucionais como falta de recursos, políticas restritivas, sobrecarga de trabalho, estruturas hierárquicas rígidas e autonomia limitada⁽¹²⁾. Surge de um conflito interno significativo causado pela incoerência entre as ações e as convicções do sujeito⁽¹³⁾, caracterizando-se como uma experiência na qual o profissional sabe qual é a ação moralmente correta a ser executada, mas, devido a esses obstáculos e limitações na rotina de trabalho, torna-se incapaz de partir em consonância com seus ideais e preceitos ético-morais⁽¹²⁻¹³⁾.

Estudos internacionais demonstram que os níveis de SM entre os profissionais de UTIs variam de baixos^(14,15), moderados^(15,16) a altos⁽¹⁷⁾, dependendo do contexto e das condições de trabalho. Níveis altos de SM em enfermeiros foram observados em UTIs com avaliação do clima ético como negativo, baixo acesso a equipes de cuidados paliativos e falta de autonomia, impactando negativamente tanto na qualidade da assistência prestada aos pacientes quanto na saúde mental e bem-estar desses trabalhadores⁽¹⁷⁾.

Embora já tenham sido publicados artigos relacionados ao trabalho dos profissionais de saúde de UTIs no contexto pandêmico, ainda existem lacunas significativas na compreensão de como as circunstâncias de trabalho durante a pandemia impactaram nas vivências de SM dos enfermeiros no cuidado ao paciente crítico. Este estudo objetiva, portanto, analisar as vivências no trabalho de enfermeiros que atuaram na UTI geral e na UTI COVID no período pandêmico e sua relação com o SM.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado em um hospital universitário na Região Sul do Brasil, referência regional para atendimentos de média e alta complexidade. Participaram da pesquisa os setores da UTI geral e da UTI COVID. No início da pandemia, a UTI geral estava localizada no quinto andar da instituição e a UTI COVID no térreo, em anexo ao Pronto-Socorro. Durante a pandemia, no início de 2021, inaugurou-se a Central de UTIs, que estava em construção desde 2012. No período do estudo, ambas as UTIs estavam alojadas nesse espaço central, a primeira com 14 leitos e a segunda com 20 leitos.

A população deste estudo incluiu 34 enfermeiros atuantes nas UTIs geral e COVID. O número de enfermeiros não foi diferenciado por unidade, uma vez que alguns trabalhavam em ambas. O critério de inclusão foi ser enfermeiro atuante nos setores mencionados. O critério de exclusão foi estar afastado da prática assistencial durante a coleta de dados.

Os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa por meio de um *flyer* digital, que informava título, objetivo, forma de participação e o contato das pesquisadoras. O *flyer* de convite foi enviado por e-mail, divulgado no Instagram do grupo de pesquisa e compartilhado nos grupos de *WhatsApp* das unidades, após autorização das chefias, garantindo assim que todos tivessem a oportunidade de participar. Com interesse manifestado, as entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade de cada enfermeiro. A interação, desde o interesse até o agendamento das entrevistas, ocorreu pelas redes sociais mencionadas. A coleta de dados foi realizada de agosto a outubro de 2021, por duas mestrandas capacitadas pela pesquisadora responsável.

Devido às restrições da pandemia de COVID-19, a divulgação e a coleta de dados foram feitas totalmente online, por plataformas eletrônicas, reduzindo riscos à saúde e preservando a integridade dos participantes e pesquisadores, em conformidade com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)⁽¹⁸⁾.

As entrevistas, com duração média de 34 minutos, ocorreram via *Google Meet*, com gravação audiovisual, permitindo a análise das expressões faciais e linguagem corporal, contribuindo para transcrições precisas e para um entendimento detalhado das experiências e sentimentos dos participantes. A interação visual fortaleceu a conexão empática e a confiança.

Após a aceitação, o *link* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado pelo *chat* do *Google Meet* para ser lido e assinado eletronicamente. Os TCLEs assinados e os arquivos das entrevistas estão arquivados em disco rígido externo, sob custódia da pesquisadora responsável, seguindo protocolos éticos e legais para proteção da privacidade e integridade das informações.

O número de participantes não foi estabelecido a priori; o tamanho da amostra buscou seguir a coerência metodológica para obter respostas satisfatórias à pergunta de pesquisa e atender aos objetivos propostos. Assim, a coleta de dados foi finalizada quando se constatou a falta de novas informações relevantes para o estudo e a repetição de elementos anteriormente identificados⁽¹⁹⁾.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, abordando questões fechadas (idade, tempo de formação,

anos de atuação no setor e presença de pós-graduação) e abertas ('Quais são os conflitos éticos ou morais percebidos neste setor? Como ocorrem? Como são enfrentados?', 'Você acredita que os conflitos ou a forma de enfrentar as situações no ambiente de trabalho afetam sua saúde? E o cuidado prestado ao paciente?', 'Como você reconhece o sofrimento moral na sua rotina de trabalho?', 'Se você se sentir confortável, relate situações em que você experienciou/experimenta o sofrimento moral', 'Como você percebe a atmosfera moral no seu ambiente de trabalho? Você acha que isso interfere na sua saúde?', 'Como você avalia as ações na sua unidade para a segurança e qualidade do cuidado?').

A análise dos dados foi realizada por meio da análise textual discursiva, uma metodologia que compreende os fenômenos e discursos dos participantes através da produção de significados em um processo auto-organizado dividido em três fases sequenciais: unitarização, categorização e comunicação. A unitarização consistiu na leitura dos dados para identificar as unidades de sentido relevantes para a pesquisa. A categorização envolveu a organização dessas unidades em categorias temáticas, agrupando-as conforme suas semelhanças e diferenças para facilitar a interpretação. Na fase de comunicação, os resultados foram sintetizados e apresentados em uma narrativa coerente que expressa os significados emergentes dos discursos dos participantes⁽²⁰⁾.

Este estudo foi elaborado conforme os Critérios Consolidados para Relatar Pesquisa Qualitativa (COREQ), visando assegurar sua qualidade, coesão e credibilidade. Foram considerados os preceitos éticos da Resolução 466/12. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, com o Parecer de número 4.847.212 em 14 de julho de 2021. As narrativas dos enfermeiros foram identificadas pelo codinome 'Enf', seguido de um número sequencial (Enf1 a Enf7), conforme a ordem das entrevistas. Os codinomes Enf1 a Enf3 referem-se aos profissionais da UTI geral; Enf4 a Enf7, aos da UTI COVID.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa sete enfermeiros, dos quais seis eram do sexo feminino e um do sexo masculino. A idade variou de 26 a 49 anos, e seis tinham algum tipo de pós-graduação. Quanto ao tempo de atuação nos atuais setores, este variou de seis meses a seis anos. Além disso, em relação às unidades de atuação, três trabalhavam na UTI geral e quatro na UTI COVID. O processo de análise resultou na categorização de duas unidades temáticas sobre as vivências no trabalho e sua relação com

o sofrimento moral: organização do trabalho e relações interpessoais.

Organização do trabalho

Nesta categoria, constatou-se que os profissionais vivenciavam inquietações relacionadas à estrutura organizacional da instituição, especialmente no que diz respeito aos recursos materiais, à infraestrutura e aos recursos humanos. Os profissionais que atuavam na UTI geral relataram a escassez de recursos materiais, incluindo que vai desde a falta de equipamento para medicações, até a insuficiência de peças para os respiradores, além de destacarem as precárias condições da infraestrutura. A seguir, estão descritos depoimentos que evidenciam esse cenário.

A gente estava com uma infraestrutura física horrível, necessitando de reformas e com pouco espaço para trabalhar. Passava por dificuldades com equipamentos, teve fases que tinham pacientes que não tinham oxímetro. (ENF1)

É a questão também de falta de materiais, como eu já falei, e recursos. Às vezes, a gente tem que fazer, tentar outros jeitos, com outras coisas que, às vezes, não seria o correto, faltam... Por exemplo, a gente estava em falta de equipo para aminoácidos, que a gente chama de equipo free, que o gotejamento é melhor. Então, a gente botava, no caso, uma agulha, que não é o correto, mas tapava a agulha por conta da contaminação. Então, a gente “poxa! mas isso não é correto”, daí nós íamos atrás, tentava de tudo que é jeito para conseguir o equipo correto. Então, isso é uma coisa que a gente não gostaria que acontecesse, mas tinha que fazer. [...] o paciente estava grave e a gente não tinha recursos. O respirador estava faltando peças, não tinha um outro respirador. [...] Assim, a gente no dia a dia dos plantões, tu acaba não percebendo que, às vezes, tu está em sofrimento moral por conta dessas coisas todas que faltam, falta recurso, falta... tanto material quanto pessoal. (ENF3)

Em contrapartida, no setor da UTI COVID, constatou-se que os profissionais apresentavam condições favoráveis em relação ao modelo organizacional do ambiente de trabalho. Nesse sentido, os participantes relataram ter a infraestrutura e os recursos materiais adequados às necessidades da rotina laboral, tanto para garantir a proteção individual do profissional quanto para assegurar um bom desempenho assistencial.

As condições de trabalho foram excelentes! [...] assim que entrei, ganhei o sapato para trabalhar. A roupa, pegava diariamente na lavanderia; quando precisava trocar, era só pedir um circulante. Os aventais sempre estiveram à disposição para todos os leitos

também. A máscara N95, diariamente. Tem protetor facial, óculos e luvas. Acho que nenhum material relacionado a EPIs faltava. (ENF4).

No hospital, não falta material, tem bastante gente para trabalhar, se ajudar. Tudo funciona, todos se ajudam (ENF5).

A gente tem um aparato de equipamento, EPIs, equipamentos tecnológicos, tudo à nossa disposição (ENF6).

Estrutura muito boa de quartos, salão com quatro leitos, quartos independentes, onde tu tem uma tranquilidade muito boa para trabalhar (ENF7).

Ainda durante o período da pandemia, houve a transição do espaço físico da UTI adulto para a Central de UTIs, que estava em construção. Posteriormente, com melhorias na infraestrutura e ganhos em recursos materiais, a mudança trouxe benefícios para o processo de trabalho desse setor.

A gente se mudou para uma infraestrutura completamente nova, recebeu monitores novos, respiradores novos, todos os leitos têm estativas, recebeu até um gerador marcapasso externo na semana passada (ENF1).

Antes, a gente estava com uma estrutura física muito ruim. Um espaço muito pequeno, as condições eram muito ruins para o trabalho (ENF3).

Além disso, na UTI geral, devido ao absenteísmo causado pelo elevado número de atestados no primeiro ano da pandemia, identificou-se a falta de recursos humanos. Nessa situação, o número insuficiente de profissionais tornava o cumprimento das demandas cotidianas do setor inviável.

Quando tinha atestado em um número muito expressivo e o hospital não tinha técnicos para assumir, os enfermeiros acabavam assumindo. Muitos não queriam desempenhar esse papel de estar nos cuidados integrais do paciente (ENF1).

A falta de profissionais acaba repercutindo no paciente, é muita demanda e poucos profissionais. A qualidade do serviço vai ficando pior (ENF3).

Na UTI COVID, por outro lado, além de os recursos humanos estarem apropriados à rotina do setor, identificou-se a existência de um trabalho em equipe coeso

entre os profissionais de Enfermagem e bem integrado à equipe multiprofissional.

Uma equipe que pegava junto, ninguém tinha mais experiência que ninguém. A gente criou uma relação de parceria, de ajuda, de humildade, de trabalho em equipe, de enfermeiros e técnicos conversando sobre os casos, dos médicos também nos solicitando muito como enfermeiros. A equipe multiprofissional envolvida (ENF4).

Não precisa ficar se preocupando com outras coisas, se preocupando com a farmácia, se preocupando com logísticas de serviços. [...] Tudo é mais fácil de se conseguir, um exame, conseguir alguma especialidade. E, como eu digo, a mão de obra ali é... a gente não se aperta, tem bastante gente (ENF5).

A equipe trabalha de forma bem síncrona, todo mundo conversa, discute os casos. A gente tem round de discussão, nem sempre todas as enfermeiras conseguem participar. Não existe imposição de nada. O manejo, a conduta são discutidos junto (ENF6).

Relações interpessoais

Nesta categoria, observou-se que os profissionais demonstravam insatisfação com certas particularidades nas interações dentro do ambiente de trabalho. Os participantes da UTI geral, por exemplo, ressaltaram a existência de relações interpessoais conflituosas no setor, especialmente envolvendo questões de falta de respeito, constrangimento frente ao estabelecimento de relações de poder e fofoca. Abaixo, destacam-se algumas narrativas que comprovam esse contexto.

As pessoas têm que ter postura profissional, têm que saber respeitar os outros profissionais. Vejo mais técnicos agredindo enfermeiros do que enfermeiros aos técnicos. Ou médicos, muitas vezes, acham que são superiores aos demais profissionais da equipe, utilizam umas palavras um pouco ríspidas, agressivas(ENF1).

Um ou outro médico se aproxima de você para falar mal de alguém, já com uma segunda intenção. Isso é uma coisa que não é ética. A pessoa fica até constrangida de estar escutando (ENF2).

Identificou-se o descontentamento com a organização das relações de trabalho, as rotinas dos turnos e a presença de tomada de decisão unilateral. Essa situação, devido à falta de comunicação entre a equipe multiprofissional e ao consequente desvio no processo de trabalho, tornava-se geradora de sofrimento moral.

Tem decisões que vão ser de enfermagem, tem decisões que vão ser médicas. O trabalho multiprofissional só agrega para o paciente, mas é uma coisa que não existe. Por isso cria, às vezes, um clima não favorável, porque a equipe não concorda com determinadas coisas (ENF1).

Às vezes, o médico pede uma coisa, tu sabe que é complicado de fazer, e o médico insiste muito, tu acaba fazendo. Claro, tu envolve outros profissionais, tem fisioterapeuta... Mas é que, às vezes, não é que tu põe o paciente em risco, mas é que são situações que são bem próximas do risco. Por exemplo, sentar um paciente que está em ventilação mecânica, que está bem complicado. O médico insiste em querer sentar. Não tem muito o que fazer, se eu vou dizer não, fica complicado. E aí, às vezes, tu acaba não querendo se estressar, tu conversa com o fisioterapeuta, aí tu acaba fazendo (ENF2).

Olha, a gente sempre acaba se estressando, se angustiando com as coisas, a gente acaba se achando impotente, tu não consegue resolver as coisas ali na hora. E eu, como faço plantão de noite, tudo tem que ser resolvido durante o dia, e aí tu fica naquela coisa: “ai, queria tentar resolver agora”, o que dá para resolver a gente resolve, mas, se não, tem que esperar para o dia. Daí, tu tem que falar para o pessoal do dia que falta tal coisa, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo, aí parece que já fica uma situação ruim. [...] já teve vezes de o médico dizer assim: “pode desligar o respirador”. Uma questão ética que não seria a gente de fazer isso. E acaba que ele delega: “técnico de enfermagem, vai lá”. Ele fala: “desliga o respirador, pode desligar, pode desligar as medicações”. Depois que ele já atestou o óbito (ENF3).

Muitos médicos de outros setores foram remanejados para lá. Então, eu sentia que era uma equipe, assim, na maior parte, que não queria estar lá. Então, isso trouxe um sofrimento moral para a gente, porque, muitas vezes, a gente sabia o que o paciente precisava e não era realizado, porque não tinha uma solicitação médica. [...] nenhum paciente é entubado no turno da noite, nenhum paciente recebe cateter venoso central, PAM, ou vai para a tomografia no turno da noite, porque a equipe médica não se responsabiliza com isso conosco. E me trazia, assim, um sofrimento, porque era só assumir o plantão no turno da manhã que esse paciente ia para o tubo. E isso acabava danificando a saúde deles, sabe? Precisava de muitas coisas, às vezes, que a gente não podia fazer, claro, por organização da nossa profissão mesmo. Então, trazia sim um sofrimento para mim, traz ainda (ENF4).

Ademais, tanto no setor da UTI geral quanto no setor da UTI COVID, observaram-se fragilidades no cuidado. Essas fragilidades eram decorrentes, principalmente, da falta de comunicação entre a equipe multiprofissional e

da falta de tempo, devido à complexidade dos pacientes, o que prejudicava a qualidade da assistência, tornando-a fragmentada.

Como fragilidade, começou a ocorrer os rounds agora, mais para o final da pandemia, porque sempre foram pacientes graves, a gente nunca conseguiu fazer discussão de equipe multiprofissional. Era praticamente impossível passar vinte pacientes em equipe multi (ENF4).

Achei que faltou bastante apoio psicológico para os pacientes. Isso eu achei muito fraco! Às vezes, o enfermeiro tinha que estar ali, muitas vezes, tendo que dar uma assistência para a família, para o paciente. E, às vezes, a gente mesmo que precisaria de ter força para estar ali enfrentando aquilo, porque teve alguns casos de muito sofrimento. Então, nós tínhamos que segurar a barra da família e ser forte ali (ENF5).

A gente tem uma certa limitação ao acesso dos resultados de exames de imagem, de exames de sangue. Isso dificulta um pouco o nosso trabalho, é uma fragilidade (ENF6).

Por conseguinte, identificou-se a existência de uma significativa hegemonia médica em ambos os setores, especialmente devido à predominância de um modelo biomédico e vertical. No setor da UTI geral, a hegemonia médica acontecia, principalmente, pela falta de comunicação multiprofissional, com as decisões médicas prevalecendo em detrimento das demais. No setor da UTI COVID, essa hegemonia ocorria, sobretudo, devido à dificuldade de acesso à chefia médica.

E muitos pacientes entram em cuidados paliativos, a equipe, de alguma forma, não concorda, mas não é uma decisão nossa. Então, eu acho que isso acaba, não que interfira na qualidade do cuidado, entende? Mas eu acho que existe uma interferência ética, assim, para a equipe. Porque tu está cuidando daquele paciente e tu não está concordando com aquilo, entende? [...] É modelo biomédico, é o que o médico decide e o restante da equipe acata. Não é um trabalho multiprofissional, que todas as pessoas participam das decisões (ENF1).

A chefia médica também não era uma pessoa muito fácil de lidar. [...] Já tinha passado um enfermeiro lá e que acabou sendo demitido, justamente por questionar a chefia de medicina. Essa briga de classe incomodava bastante (ENF4).

DISCUSSÃO

Observou-se que as vivências no trabalho dos enfermeiros em UTI geral e COVID estão relacionadas

principalmente aos eixos de organização do trabalho e relações interpessoais, os quais podem estar associados ao desenvolvimento de sofrimento moral ou até mesmo serem precursores dele, uma vez que diferentes problemas morais se tornam evidentes nesse contexto laboral. Porém, muitas vezes, esses problemas são negligenciados pela instituição e até mesmo pelos próprios profissionais.

Entre os elementos da organização do trabalho, destacam-se a insuficiência de recursos materiais e humanos, e as fragilidades da infraestrutura. Quanto às relações interpessoais, identificaram-se questões como falta de respeito, constrangimento diante de relações de poder, organização inadequada das relações de trabalho, decisões tomadas de forma unilateral, falta de comunicação, fragmentação do cuidado e hegemonia médica.

A complexidade funcional e estrutural das UTIs, somadas às repercussões negativas de uma pandemia, transformam esses setores em locais com alto nível de estresse ocupacional. O estresse ocupacional facilita a ocorrência de SM, pois ao alterar a dinâmica organizacional, intensifica conflitos éticos e morais e, conseqüentemente, afeta a condição física e psicológica dos profissionais⁽²¹⁾.

Ao explorar a percepção dos enfermeiros de UTI geral, constatou-se um aparente sentimento de frustração, característico do SM, devido a obstáculos relacionados às vulnerabilidades estruturais e interpessoais, como a insuficiência de recursos materiais e humanos e a precariedade da infraestrutura, especialmente antes da mudança do espaço físico. O cenário de luta contra a COVID-19 exacerbou problemas já existentes nas UTIs, submetendo os enfermeiros a sobrecarga emocional devido à combinação de estressores no local de trabalho e medos pessoais. Os impactos prejudiciais à saúde mental desses profissionais, somados à percepção de escasso suporte institucional, apontam para um aumento nos níveis de estresse, ansiedade, depressão e sinais de exaustão^(21,22).

Na UTI geral, as condições precárias relacionadas aos recursos materiais e à infraestrutura, antes da transição para um novo ambiente físico, bem como a insuficiência de recursos humanos, dificultavam o processo de trabalho. Elementos da organização do trabalho, como um ambiente inadequado e a escassez de insumos, incluindo Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), contribuem para o sofrimento psicofísico dos profissionais⁽²³⁾. Além disso, o número de enfermeiros infectados pelo coronavírus e afastados de suas funções resultou em uma redução significativa da equipe na UTI geral, e esse absenteísmo tem se mostrado como um fator que causa

sobrecarga de trabalho e esgotamento físico e mental dos profissionais^(22,24).

Por outro lado, no setor da UTI COVID e na UTI geral, após a mudança de infraestrutura, os profissionais demonstraram-se satisfeitos com as condições de trabalho e referiram usufruir satisfatoriamente dos recursos disponíveis na unidade. O desprovimento de recursos materiais e infraestruturais acarreta maior sobrecarga psicológica⁽²⁴⁾, no entanto, infere-se que a existência de condições de trabalho favoráveis às necessidades do setor eleva o sentimento de satisfação entre os profissionais e reduz os índices de adoecimento mental, corroborando com a premissa da relação inversa entre a satisfação profissional e o SM na Enfermagem⁽²⁵⁾. Além disso, percebe-se que o gerenciamento eficiente de recursos humanos e o trabalho em equipe inclusivo e colaborativo coincidem com maior satisfação no trabalho e melhor desempenho profissional, representando potenciais redutores do SM⁽²⁶⁾.

No que concerne aos elementos das relações interpessoais, na UTI geral, destaca-se a menção aos conflitos entre os profissionais que integravam a equipe do setor, interferindo negativamente na resolução de problemas. Embora conflitos estejam intrínsecos à rotina dos enfermeiros, independentemente do seu local de atuação, compreende-se que relações interpessoais desrespeitosas dificultam o desempenho de uma prática colaborativa⁽²⁷⁾. Nessa mesma conjuntura, a tomada de decisão unilateral foi outro elemento referido pelos participantes. Entende-se que, ao se sentirem preteridos nas deliberações de seu processo de trabalho, sentimentos de impotência, inadequação e insegurança são manifestados em relação à assistência, tornando-os mais suscetíveis a vivenciar o SM⁽²⁸⁾.

Destacam-se, ainda, as fragilidades do cuidado emergidas em ambas as UTIs. Acredita-se que a falta de comunicação e de tempo, especialmente em virtude da complexidade das demandas em UTIs, comprometem a qualidade da assistência prestada, inviabilizando a integralidade do cuidado e, como efeito, gerando sofrimento para os membros da equipe⁽²⁷⁾. Além disso, salienta-se a significativa hegemonia médica exposta pelos enfermeiros dos dois setores. Percebe-se que a persistência de um modelo biomédico perpetua uma estrutura de relacionamentos hierárquicos, cujas decisões éticas, muitas vezes, acontecem de maneira verticalizada e sob uma dominância médica. Logo, a limitação do exercício de autonomia e de uma prática colaborativa entre a equipe potencializa a sensação de invisibilidade, frustração e angústia, acarretando maiores níveis de SM⁽¹¹⁾.

Com o intuito de reduzir danos e evitar que prejuízos ao bem-estar psicossocial do profissional perdurem, ressalta-se a necessidade da criação ou potencialização de estratégias de enfrentamento de situações problemáticas e até mesmo do SM. Nesse sentido, a literatura internacional aponta algumas estratégias, como o *debriefing*, que auxilia na comunicação eficaz entre equipes⁽²⁹⁾, a implementação de programas para o empoderamento moral, que reduz os índices de SM⁽³⁰⁾, e ainda oportunizar espaços que proporcionem suportes ativos, reflexivos e estruturados no ambiente de trabalho⁽³¹⁾. Destaca-se a responsabilidade institucional para a implementação de intervenções e o estabelecimento de uma prática colaborativa entre a equipe, contribuindo para a promoção de um ambiente de trabalho saudável⁽³²⁾.

É válido ressaltar a impossibilidade de generalização dos resultados, visto que se trata de um estudo qualitativo, realizado em uma amostra específica de enfermeiros de duas UTIs de uma mesma instituição. Pesquisas posteriores devem ser conduzidas, uma vez que o aprofundamento da temática se torna fundamental para maiores esclarecimentos acerca das vivências profissionais em UTIs.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a identificação de vivências no processo de trabalho de enfermeiros em duas UTIs, uma geral e outra COVID, e sua relação com o SM. Na UTI geral, notou-se a insuficiência de recursos materiais, de pessoal e uma infraestrutura inadequada. Em ambas as UTIs, detectaram-se conflitos entre os profissionais da equipe em seus processos decisórios. Observou-se, ainda, que tanto na UTI geral quanto na UTI de COVID, as fragilidades no cuidado foram evidenciadas pela falta de comunicação entre a equipe multiprofissional e entre colegas, além da falta de tempo devido à complexidade dos pacientes, refletindo na fragmentação e na desqualificação da assistência.

Além disso, ambas as UTIs apresentaram relatos de uma significativa hegemonia médica, que, frente a um modelo biomédico verticalizado e à inacessibilidade das chefias médicas, dificultava ainda mais a comunicação eficaz entre a equipe. Portanto, acredita-se que são necessários maiores investimentos em ações de promoção da saúde no trabalho e métodos mais efetivos para superar dilemas éticos e conflitos interprofissionais, incluindo, por exemplo, a criação de espaços coletivos para discussões e decisões conjuntas, minimizando possíveis vivências de SM.

REFERÊNCIAS

- Paulino GEM, Matta ACG, Camillo NRS, Simões AC, Nishiyama JAP, Oliveira JLC, Matsuda LM. Professional satisfaction and work environment of the Nursing team in intensive care units. *REME – Rev Min Enferm* [Internet]. 2019[citado em 2023 ago. 15];23:e-1271. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190119>
- Moura RCD, Chavaglia SRR, Coimbra MAR, Araújo APA, Scárdua SA, Ferreira LA, et al. Common mental disorders in emergency services nursing professionals. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2022[citado em 2023 ago. 15];35:eAPE03032. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03032>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Folha Informativa – COVID 19. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875
- Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung AS, Tan M, Wu S, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* [Internet]. 2021[citado em 2023 ago. 15];27(6):964-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>
- Guttormson JL, Calkins K, McAndrew N, Fitzgerald J, Losurdo H, Loonsfoot D. Critical Care Nurses' Experiences During the COVID-19 Pandemic: A US National Survey. *Am J Crit Care* [Internet]. 2022[citado em 2023 ago. 15];31(2):96-103. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2022312>
- Conz CA, Braga VAS, Vasconcelos R, Machado FHRS, Jesus MCP, Merighi MAB. Experiences of intensive care unit nurses with COVID-19 patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2021[citado em 2023 ago. 15];55:e20210194. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0194>
- Leng M, Wei L, Shi X, Cao G, Wei Y, Xu H, et al. Mental distress and influencing factors in nurses caring for patients with COVID-19. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2021[citado em 2023 ago. 15];26(2):94-101. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12528>
- Bambi S, Iozzo P, Lucchini A. New Issues in Nursing Management During the COVID-19 Pandemic in Italy. *Am J Crit Care* [Internet]. 2020[citado em 2023 ago. 15];29(4):e92-e93. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2020937>
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020[citado em 2023 ago. 15];3(3):e203976. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA* [Internet]. 2020[citado em 2023 ago. 15];323(21):2133-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Vilela GS, Ferraz CMLC, Moreira DA, Caram CS, Brito MJM. Nurse's identity construction in the face of the moral distress process in an intensive care unit. *REME - Rev Min Enferm* [Internet]. 2020[citado em 2023 ago. 15]; 24:e1334. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200071>
- 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 em 2023 ago. 15];25(2):e4460015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004460015>
- Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.
- Meziane D, Ramirez-Garcia MP, Fortin ML. A reflective practice intervention to act on the moral distress of nurses providing end-of-life care on acute care units. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2018[citado em 2023 ago. 15]; 24(9):444-51. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.9.444>
- Wolf AT, White KR, Epstein EG, Enfield KB. Palliative Care and Moral Distress: An Institutional Survey of Critical Care Nurses. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2019[citado em 2023 ago. 15];39(5):38-49. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ccn2019645>
- Browning ED, Cruz JS. Reflective Debriefing: A Social Work Intervention Addressing Moral Distress among ICU Nurses. *J Soc Work End Life Palliat Care* [Internet]. 2018[citado em 2023 ago. 15];14(1):44-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15524256.2018.1437588>
- Altaker KW, Howie-Esquivel J, Cataldo JK. Relationships Among Palliative Care, Ethical Climate, Empowerment, and Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses. *Am J Crit Care* [Internet]. 2018[citado em 2023 ago. 15];27(4):295-302. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2018252>
- Ministério da Saúde (BR). Orientações para condução de pesquisas e atividade dos CEP durante a pandemia provocada pelo coronavírus SARS-COV-2 (COVID-19). 2020. Disponível em: <https://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2020/07/Orienta%C3%A7%C3%B5es-condu%C3%A7%C3%A3o-de-pesquisas-e-atividades-CEP.pdf>
- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008[citado em 2023 ago. 15];24(1):17-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Moraes R, Galiazzi MC. *Análise Textual Discursiva*. 3ª ed. Ijuí: Unijuí; 2016.
- Leite AC, Silva MPB, Alves RSS, Lima RS, Albuquerque FCS, Lima MBS, et al. Evidências científicas sobre os fatores de estresse em profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva. *RSD* [Internet]. 2021[citado em 2023 ago. 15];10(2):e3710212128. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12128>
- Nascimento AKF, Barbosa YMM, Camargo SRV, Souza TA, Gomes SM, Galvão MHR, et al. Impactos da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental de profissionais de enfermagem. *Rev Port Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2021[citado em 2023 ago. 15];(26): 169-86. Disponível em: <https://doi.org/10.19131/rpesm.317>
- Maziero ECS, Cruz EDA, Alpendre FT, Brandão MB, Teixeira FFR, Krainski ET. Association between nursing work conditions and adverse events in neonatal and pediatric Intensive Care Units. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2020[citado em 2023 ago. 15]; 54:e03623. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019017203623>
- Sánchez-Sánchez E, García-Álvarez JÁ, García-Marín E, Gutierrez-Serrano M, Alférez MJM, Ramirez-Vargas G. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Nurses and Auxiliary Nursing Care Technicians-A Voluntary Online Survey. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021[citado em 2023 ago. 15];18(16):8310. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168310>
- Wachholz A, Dalmolin GL, Silva AM, Andolhe R, Barlem ELD, Cogo SB. Moral distress and work satisfaction: what is their relation in nursing work?. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2019[citado em 2023 ago. 15];53:e03510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018024303510>
- Callefi JS, Teixeira PMR, Santos FCA. Relações entre motivação, satisfação no trabalho e as dimensões competitivas da estratégia de recursos humanos no great place to work. *RAD* [Internet]. 2021[citado em 2023 ago. 15];23(1):106-21. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2178-0080.2021v23i1.48650>
- Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2020[citado em 2023 ago. 15];18:e0024678. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- Costa MR, Guimarães ITR, Baliza MF, Bausso RS, Pales K. Moral suffering of nurses, in end-of-life situations, in intensive therapy unit. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2017[citado em 2023 ago. 15];11(1):10-15. Disponível em: <https://doi.org/10.18745/revista.v11n1.1015>

- 2023 ago. 15];11(Supl. 9):3607-16. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a234492p3607-3616-2017>
29. Fontenot NM, White KA. Using evidence-based debriefing to combat moral distress in critical care nurses: A pilot project. *J Nurs Educ Practice* [Internet]. 2019[citado em 2023 ago. 15]; 9:12. Disponível em: <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n12p1>
30. Abbasi S, Ghafari S, Shahriari M, Shahgholian N. Effect of moral empowerment program on moral distress in intensive care unit nurses. *Nurs Ethics* [Internet]. 2019[citado em 2023 ago. 15];26(5):1494-504. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969733018766576>
31. Helmers A, Palmer KD, Greenberg RA. Moral distress: Developing strategies from experience. *Nurs Ethics* [Internet]. 2020[citado em 2023 ago. 15];27(4):1147-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0969733020906593>
32. Caram CS, Rezende LC, Fonseca MP, Almeida NG, Rezende LS, Nascimento J, et al. Strategies for coping with moral distress adopted by nurses in tertiary care: a scoping review. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2022[citado em 2023 ago. 15];31:e20210159. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0159>
-