

# Situações geradoras de Distresse Moral em enfermeiras da Atenção Primária

*Generating situations of Moral Distress in Primary Care Nurses*

*Situaciones generadoras de Distresse Moral en enfermeras de la Atención Primaria*

**Priscila Orlandi Barth<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-3931-6005

**Flávia Regina Souza Ramos<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-0077-2292

**Edison Luiz Devos Barlem<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-6239-8657

**Heloíza Maria Siqueira Rennó<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-8142-9313

**Laura Cavalcanti de Farias Brehmer<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-9965-8811

**Jéssica Mendes Rocha<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-5009-0698

<sup>I</sup> Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal de Rio Grande. Rio Grande-RS, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Federal de São João Del Rei.  
São João Del Rei-MG, Brasil.

## Como citar este artigo:

Barth PO, Ramos FRS, Barlem ELD, Rennó HMS, Brehmer LCF, Rocha JM. Generating situations of Moral Distress in Primary Care Nurses. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(1):35-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0378>

## Autor Correspondente:

Priscila Orlandi Barth  
E-mail: [priscilabarth@yahoo.com.br](mailto:priscilabarth@yahoo.com.br)



## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as situações geradoras de Distresse Moral em enfermeiras da Atenção Primária de diferentes regiões do Brasil. **Método:** Pesquisa qualitativa, com 13 enfermeiras da Atenção Primária à Saúde brasileira, por meio de entrevista semi-estruturada e submetidas à Análise Textual Discursiva, com os recursos do *software ATLAS.ti 7.0*. **Resultados:** Apresentam-se em quatro categorias, relacionando o Distresse Moral ao profissional; aos serviços de saúde; aos usuários e aos conflitos no exercício profissional. **Considerações finais:** Ao assumirem valores éticos e políticos como norteadores de sua ação, as enfermeiras dão maior visibilidade ao conteúdo moral de muitos problemas e fragilidades que poderiam ser vistas apenas pelo viés das condições de trabalho. **Descritores:** Moral; Enfermeiras; Atenção Primária à Saúde; Condições de Trabalho; Esgotamento Profissional.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the situations generating Moral Distress in Primary Care nurses from different regions of Brazil. **Method:** Qualitative research, with 13 nurses of the Brazilian Primary Health Care, through a semi-structured interview and submitted to the Discursive Textual Analysis, with the resources of the *software ATLAS.ti 7.0*. **Results:** They are presented in four categories, relating the Moral Distress to the professional; health services; users and conflicts in professional practice. **Final considerations:** By assuming ethical and political values as guides to their action, nurses give greater visibility to the moral content of many problems and weaknesses that could be seen only by the bias of working conditions.

**Descriptors:** Moral; Nurses; Primary Health Care; Working Conditions; Professional Exhaustion.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las situaciones generadoras de Distresse Moral en enfermeras de la Atención Primaria de diferentes regiones de Brasil. **Método:** La investigación cualitativa, con 13 enfermeras de la Atención Primaria a la Salud brasileña, por medio de entrevista semi-estructurada y sometidas al Análisis textual Discursivo, con los recursos del *software ATLAS.ti 7.0*. **Resultados:** Se presentan en cuatro categorías, relacionando el Distresse Moral al profesional; a los servicios de salud; a los usuarios ya los conflictos en el ejercicio profesional. **Consideraciones finales:** Al asumir valores éticos y políticos como orientadores de su acción, las enfermeras dan mayor visibilidad al contenido moral de muchos problemas y fragilidades que podrían ser vistas sólo por el sesgo de las condiciones de trabajo.

**Descriptorios:** Moral; Enfermeras; Atención Primaria de Salud; Condiciones de Trabajo; Agotamiento Profesional.

**Submissão:** 02-06-2018    **Aprovação:** 17-07-2018

## INTRODUÇÃO

O pioneirismo do conceito de Distresse Moral ou *Moral Distress* (DM) foi apresentado como um desequilíbrio psicológico, ocasionado por sentimentos de dor e angústia, quando o profissional sabe o que deveria ser realizado, mas devido a barreiras institucionais, interpessoais e interprofissionais, é impedido de exercer sua função de acordo com seus preceitos morais<sup>(1)</sup>.

Este conceito vem sendo debatido nos últimos 30 anos em diversos estudos, no entanto, ainda são relatadas lacunas no conhecimento da realidade e fragilidades do próprio conceito. Uma das críticas que se tem feito é em relação às narrativas de DM serem vistas como confusas nas dimensões éticas do trabalho em Enfermagem e a pouca profundidade de conhecimentos que abarcam os fundamentos psicológicos e éticos do enfrentamento de questões éticas pela enfermeira<sup>(2-3)</sup>.

Existe um consenso de que o DM perpassa pelo emocional, físico e psíquico da enfermeira, a partir das restrições e constrangimentos gerados pela omissão ou não realização da ação adequada<sup>(4)</sup>. Há consenso de que a impotência ou a incapacidade de realizar a ação adequada são elementos-chaves para o desencadeamento do DM. Outro aspecto destacado é o modo como cada profissional vivencia o DM nos diferentes cenários do trabalho e níveis de complexidade, apontando para a necessidade de novas proposições conceituais que possam dar suporte a tal empreendimento<sup>(5)</sup>.

Com um novo olhar, é apresentado um marco conceitual brasileiro, o qual aponta o DM como um fenômeno processual e ao mesmo tempo uma experiência singular, que integra a experiência ética e moral. Nesse enfoque, tem-se o sentido produtivo do DM pela agregação da experiência de si na constituição da formação do sujeito ético<sup>(5)</sup>.

O DM como construto engloba, processualmente, elementos que articulam a experiência ética, tais como o problema moral, a incerteza moral, a sensibilidade moral, a inquietação moral, a deliberação moral e as competências éticas profissionais. O problema moral é o ponto de partida do DM, pois não há DM sem o sujeito estar de frente a um problema que lhe exige posicionamento. Para o problema ser perceptível é necessária que se tenha a sensibilidade moral, uma capacidade de refinamento, de percepção diferenciada<sup>(6)</sup>.

Tendo em vista que cada ser humano vivencia o processo de DM de uma forma única e singular, pois possui crenças, valores e culturas distintas, as respostas e consequências para o próprio sujeito também serão diversificadas. Além do abandono da profissão, são relatadas situações de isolamento profissional, transtornos mentais, esgotamento físico e emocional<sup>(5)</sup>.

No Brasil, vem sendo desenvolvidos estudos sobre DM com algumas variações de enfoques, tais como revisões bibliográficas, estudos metodológicos, de reflexão, de validação, pesquisas quantitativas e pesquisas qualitativas<sup>(3,5-10)</sup>. Desse modo, é evidente a importância de compreender o processo de DM nos diferentes contextos de atuação da enfermeira.

Os estudos apresentados na literatura internacional e nacional retratam majoritariamente o DM no cenário hospitalar em seus vários âmbitos de especialidades<sup>(7,11-14)</sup>. No entanto, o Brasil é regido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem

na Atenção Primária à Saúde seu eixo ordenador das Redes de Atenção à Saúde e do acesso aos serviços. Essa é direcionada para as necessidades de saúde local, na qual a enfermeira se apresenta como um profissional de referência na comunidade e nos serviços de saúde.

A Atenção Primária é regida pela Política Nacional de Atenção Básica instituída pela Portaria Nº 48/MS/2006, reestruturada pela Portaria Nº 2.488/MS/2011/2012 e atualmente pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017<sup>(15)</sup>. A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS), apresentada sem distinção de conceitos pela Portaria Nº 2.436/2017, define esta como um conjunto de ações que envolve promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido.

Desde a primeira Portaria em 2006, as atribuições do enfermeiro podem ser consideradas fontes geradoras de estresse e ou distresse em relação à responsabilidade profissional, complexidade e quantidade de atividades a serem desenvolvidas. A última Portaria avança também nessa direção, por trazer atribuições questionáveis para o trabalho do enfermeiro, como a supervisão do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, que poderá realizar agora atividades restritas à equipe de enfermagem, como realização de curativo, dentre outras. Somadas a essas atribuições, temos questões diversas ligadas à precariedade das condições de trabalho, problemas ligados à gestão, usuários e trabalho em equipe. As exigências e cargas de trabalho, mesmo que se tornem fontes de estresse, podem ou não vir a desencadear distresse ou Distresse Moral, pois este último indica uma impotência para atuar segundo seu julgamento moral.

Em função da amplitude e especificidade deste cenário, bem como o papel primordial da enfermeira, torna-se necessário investigar o processo de DM neste contexto.

## OBJETIVO

Analisar as situações geradoras de Distresse Moral em enfermeiras da Atenção Primária de diferentes regiões do Brasil.

## MÉTODO

### Aspectos Éticos

Essa pesquisa está vinculada ao macroprojeto intitulado: *O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiras de diferentes contextos de trabalho em saúde*, o qual foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das três Universidades envolvidas no Projeto Multicêntrico, com os seguintes pareceres finais: Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal de Rio Grande. Vale ressaltar que foram seguidas as diretrizes dispostas pela Resolução Nº 466/12 do Comitê de Ética em Saúde, e que todas as enfermeiras assinaram o TCLE. Para manter o anonimato, as falas foram identificadas pela letra E, de enfermeira, com sequência numérica (E1, E2, E3...).

## Tipo e cenário do estudo

Pesquisa qualitativa descritiva exploratória, desenvolvida no contexto da Atenção Primária brasileira. Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil<sup>(16)</sup>, o Brasil consta com 50.165 equipes pertencentes à Atenção Primária, sendo que dessas, 18.407 se localizam na região Nordeste, 16.502 na região Sudeste, 7.315 na região Sul, 4.460 na região Norte e 3.481 na região Centro-Oeste, o quantitativo de enfermeiras atuantes na Atenção Primária é de 59.036.

## Fonte de dados

Os participantes do estudo foram 13 enfermeiras atuantes na Atenção Primária brasileira, sendo 3 da região Sul, 3 do Sudeste, 3 do Nordeste, 2 do Norte e 2 do Centro-Oeste. Como critério de inclusão foi adotado a atuação mínima de 6 meses na Atenção Primária. Procurou ter a representatividade de ao menos 1 enfermeira de cada região do Brasil, sendo que a coleta dos dados foi finalizada quando se iniciou o processo de saturação dos dados, ou seja, quando os dados começaram a se repetir, não trazendo mais nenhum aspecto novo à pesquisa.

As enfermeiras foram escolhidas intencionalmente por contato via e-mail e redes sociais, explicando sobre a pesquisa e convidando a participação dessas. Quando havia o retorno pelo interesse em participação, era enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) via e-mail para que pudessem ler e assinar caso consentissem e, após digitalizados, eram retornados via e-mail à pesquisadora.

## Coleta e organização dos dados

As entrevistas seguiram o seguinte roteiro: 1. Apresentação do conceito de DM às enfermeiras; 2. Questionamentos: - a partir do conceito exposto, quais situações de DM você vivencia em sua realidade?; Que sentimentos isso gera em você? Como age frente a essas situações? Nesse estudo, é abordada apenas a primeira questão referente às situações desencadeadoras de DM. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a março de 2016, de forma online via Skype, com o tempo médio de 35 minutos, sendo gravadas por meio digital, transcritas na íntegra e devolvidas aos participantes para validação do texto final.

## Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizado parcialmente o referencial da Análise Textual Discursiva (ATD)<sup>(17)</sup>, tendo em vista que a análise semântica proposta pelos autores não foi parte deste estudo, além do apoio do *software* de análise de dados qualitativo *Atlas.ti 7.0*. A análise desdobrou-se em quatro etapas: 1) desmontagem dos textos (inserção dos textos dentro do *software/Hermeneutic Unit – Unidade Hermenêutica*). Nesse momento, as entrevistas foram inseridas no *software* e foi realizada leitura profunda; 2) estabelecimento de relações (inserção dos *codes – códigos e das quotations-seleção de trechos das entrevistas*). Nessa etapa, inicia-se o processo de codificação, ou seja, a inserção de códigos por temas ou palavras-chaves em trechos das entrevistas; 3) captura de um novo emergente (formulação das *families- famílias/categorias/*

*subcategorias*). Nessa etapa, ocorre o agrupamento dos códigos por aglutinação teórica e temática, formando assim as famílias ou categorias iniciais do processo da análise; 4) recolocação dos achados em um processo auto organizado (formulação das *networks- redes/categorias principais*). Por fim, realizou-se a última análise das categorias iniciais, reestruturando-as em redes, também por aglutinação teórica e temática, construindo as relações centrais do processo de análise. Pela análise dos dados emergiram 4 quatro categorias centrais: *DM relacionado ao profissional; DM relacionado aos serviços de saúde; DM relacionado aos usuários e DM relacionado aos conflitos no exercício profissional*.

## RESULTADOS

Os sujeitos da pesquisa foram, em sua maioria, do sexo feminino (nove), possuindo idade entre 28 a 35 anos, com tempo médio de cinco anos de formação, dois participantes possuíam mestrado e os outros 11 possuíam especialização na área da Saúde da Família.

### Distresse Moral relacionado ao profissional

O DM relacionado ao profissional contempla questões como: Sobrecarga de trabalho, estabilidade profissional, desempenho da função do outro, falta de continuidade do cuidado, falta de profissionais qualificados, falta de qualificação profissional (si mesmo) e falta de recursos humanos.

Diferentes aspectos apresentam-se inter-relacionados, a exemplo da sobrecarga de trabalho e desempenho da função do outro gerada pelo quantitativo insuficiente ou falta de profissionais qualificados e, muitas vezes, somados a questões trabalhistas que levam à ausência de estabilidade no emprego. Assim, um fator condiciona o outro, numa cadeia multicausal no desenvolvimento de DM no cotidiano das enfermeiras.

*[...] a equipe estava até completa, tinha médico, dentista, só que eles não eram voltados para a AB, não estavam nem um pouco interessados em trabalhar, comecei a ter bastante dificuldade em desenvolver meu trabalho de enfermeira nessa nova equipe. (E5)*

*A AB é o tempo todo desfalcada, não tem enfermeira, não tem médico, não tem dentista, eu mesmo fiquei três meses sem médico e dois anos sem dentista. Além de você não ter os profissionais todos, você tinha que, sozinho, criar critérios para resolver aquele problema. (E5)*

Ainda relacionado ao profissional, destacam-se situações nas quais o desempenho da ação eticamente adequada é prejudicado pela falta de qualificação do próprio profissional que define tal ação como necessária para a continuidade do cuidado. Assim, a limitação percebida não é por um fator externo, mas sim por uma autocrítica. Fica claro que a falta de qualificação e continuidade do cuidado estão presentes muitas vezes pela ampliação e reestruturação da Atenção Primária, que exige do profissional novas capacidades frente à diversidade de necessidades e demandas de saúde.

*Muitas vezes, a gente se sente inseguro, porque vem paciente de alto risco; eu, pelo menos, não tenho segurança, me sinto*

*impossibilitada, porque às vezes até tinha para quem referenciar, mas os profissionais aqui são complicados, a área de saúde é complicada, muitas coisas o município não dá a contra-partida. (E7)*

*Com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, nós acolhemos todas as pessoas dentro das Unidades Básicas de Saúde, inclusive com sofrimento mental, alcoolista, usuários de drogas, mas ainda é difícil, porque a gente ainda não tem muito preparo para acolher e fazer uma escuta qualificada, propor atividades. (E3)*

### **Distresse Moral relacionado aos serviços de saúde**

O DM relacionado aos serviços de saúde apontou para dois conjuntos de achados. O primeiro é focado em limites localizados no serviço, relativos à alta demanda em contraposição a uma série de carências de estrutura física, materiais, equipamentos e recursos humanos, que também acabam por gerar sobrecarga de trabalho e comprometimentos na qualidade do cuidado. Um segundo conjunto se refere às deficiências da rede de serviços, envolvendo os fluxos entre os serviços, o funcionamento da referência e contrarreferência e a retaguarda que assegure a continuidade de cuidados de maior complexidade. Associadas a tais precariedades se revelam críticas e conflitos com a gestão local ou municipal, com as normas institucionais ou políticas governamentais.

Quando se aborda o grande número de usuários e a falta de recursos, desde materiais até profissionais, observa-se uma barreira para o desenvolvimento das ações de saúde de modo resolutivo e humanizado.

*Geralmente, a gente cria essas angústias por problemas mais estruturais. Na minha realidade falta de medicamento, falta estrutura física, RH, isso acaba gerando problemas e estresse com os usuários, muito menos em relação à forma como o trabalhador desenvolve seu trabalho. (E2)*

*Eu tinha uma área de 5.000 pessoas e existia basicamente duas mil sem cobertura de ACS, sem falar que era para eu ter 8 ACS e eu estava trabalhando com 6, porque muitos estavam afastados pelo sindicato e não mandavam ninguém para cobrir a área dele e a outra estava afastada por motivo de doença, porque estava com reação de hanseníase, a exposição solar prejudicava mais a doença dela. (E5)*

A falta de continuidade do cuidado, ligada à problemas relacionados aos serviços de referência e contra referência e da organização de fluxos entre esses serviços também foi citada como um fator no desenvolvimento do DM.

*Se você fala que é uma consulta de urgência ela tem que ser considerada de urgência, não posso esperar 3 meses, eu posso esperar no máximo 3 semanas, e isso dá uma angústia em quem está lá na ponta trabalhando. O sistema de regulação é o que me causa muita revolta, na verdade hoje é até mais que material, os materiais até que já estão bons nas unidades, mas regulação ainda é um nó na nossa vida. Dependendo do que o usuário estiver precisando, você vai ficar esperando muito tempo. (E4)*

*Em relação aos usuários mais é a questão da média e alta complexidade, na Atenção Primária tem o impasse para o encaminhamento e isso me causa impotência. (E7)*

Na Atenção Primária, as barreiras estruturais e organizacionais são visualizadas como rotineiras, mas de difícil resolução pelos profissionais, por estarem fora de sua alçada ou governabilidade. Há uma forte inter-relação dos fatores apontados com os conflitos existentes com a gestão e com as políticas e normas governamentais que, por diferentes competências, deveriam dar suporte e garantir as condições necessárias para a resolutividade do cuidado.

*Além do mais, a questão da gestão da AB, eles sabiam dos problemas de lá e não faziam nada em relação a isso, eles jogavam para você, até te maltratando, porque os profissionais ficavam com raiva. (E5)*

*Vem a norma da vigilância epidemiológica [campanha de vacina influenza], quem que tem direito ou não de tomar a vacina pelo SUS de forma gratuitamente [...] fica todo mundo alvoroçado, todo mundo quer, só que a gente vem com as normas da vigilância, a gente tem que respeitar [...] O secretário de saúde libera para fazer a vacina na secretaria X, para todos os servidores [...] eu vou de forma descontente, cumprir uma ordem, não vou dizer que gera um conflito, mas é algo que eu acho errado, porque a gente está negando para a população, e tem que ir lá, e não interessa a nota técnica. (E1)*

As enfermeiras destacam os conflitos relacionados às questões políticas que incidem sobre a gestão. Denunciam problemas quanto à distribuição e uso correto de verbas, a definição de prioridades e interesses político/privados que prevalecem sobre os interesses.

*É complicado, deixa de se realizar muito procedimentos dos quais você sabe o que tem que ser feito em detrimento da barreira política, sempre tem a politicagem, você tem que iludir, inventar e omitir a realidade para os pacientes, mesmo que não seja o certo, isso deixa a gente frustrada, dá vontade de largar. (E6)*

*Infelizmente, o grande problema é a questão política, eu estou na secretaria, aí vem minha superior, fala com o prefeito, tem a politicagem que é imensa, e aí ela faz o que, não pode descontar no meu superior, vou soltar nos meus subordinados, e isso acontece muito, acontece em todas as instâncias, na secretaria, no PSF, na área de saúde em geral, tanto hospitalar, quanto Atenção Primária. (E9)*

Muitos dos fatores apresentados remetem às grandes desigualdades loco regionais que envolvem a Atenção Primária brasileira, que expressam o também desigual peso da “má política” e “má gestão” sobre a organização da atenção, a cobertura, o acesso e a qualidade do cuidado, de modo que as críticas destacadas devem ser tomadas como manifestação não generalizável.

### **Distresse Moral relacionado aos usuários**

O DM relacionado aos usuários está atrelado a situações de conflitos, falta de continuidade do cuidado, violência na comunidade e vulnerabilidade social. O conflito entre o enfermeiro e o usuário surge, muitas vezes, de uma deliberação do profissional que pondera os princípios válidos, como o direito à informação e à proteção versus o direito ao sigilo. Também podem estar

ligados às limitações na oferta e resolutividade do cuidado, por (des)respeito à autonomia do usuário ou a obstáculos em superar formas tradicionais de atendimento e organização do trabalho.

*Estamos acompanhando uma gestante e foi detectado que ela é HIV positiva no pré-natal, e ela não quer contar para o parceiro, então você faz toda abordagem para ela falar, faz o que você acha correto, mas você tem que respeitar o direito dela de não divulgar o diagnóstico. Eu me senti em conflito, porque o outro está sendo colocado em risco. (E1)*

*Nós temos resistência à adesão do paciente em alguns casos, nem tanto do paciente, mas a gente lida com crianças que no teste do pezinho têm diagnosticadas algumas doenças, anemia falciforme, hipotireoidismo, fibrose cística, e as vezes os pais recusam. Um marido não queria deixar que a mãe acompanhasse o filho por ciúmes do motorista, por exemplo, então tivemos que entrar com o conselho tutelar, polícia, pois o pai não aceitava a mãe viajar com a criança. (E6)*

Fica explícito que a atuação da enfermeira na Atenção Primária é mediada por relações conflituosas e pela falta de subsídios para a prestação do cuidado. Estas incoerências e instabilidades nas práticas de saúde refletem-se na incapacidade da implementação de um cuidado resolutivo e de qualidade.

Além disso, as questões relacionadas à violência e às vulnerabilidades sociais também implicam em impotência e, conseqüentemente, em DM, no momento em que se tornam barreiras para o profissional desenvolver a ação que acredita ser correta ou para alcançar os resultados desejados naquela comunidade.

*Às vezes a gente quer fazer ações, especialmente em educação em saúde, em relação à cultura da paz, e a gente não consegue desenvolver por medo do tráfico, então há mensagens subliminares para a equipe, não saia para a rua, nesses territórios vocês não se metem, esse tipo de assunto vocês não trabalham. A própria comunidade vem e nos avisa, para que a gente não entre em riscos maiores. (E2)*

*A gente sofre mais em dar orientação sobre um cuidado e ela não conseguir desenvolvê-lo por falta de fornecer subsídios a esse cuidado, isso traz uma angústia, por ela não conseguir, não conseguir seguir suas orientações por ter condições sociais precárias, então traz uma angústia. (E2)*

A enfermeira deve compreender as necessidades do usuário, atuar sobre elas e manter relações de reciprocidade e cooperação com o mesmo. Tais relações podem ser permeadas por dificuldades e instabilidades, que devem ser superadas por meio do apoio do usuário e da comunidade, sob o risco de tais ações serem ineficazes, prejudicando não somente o usuário, mas também o profissional.

### **Distresse Moral relacionado a conflitos no exercício profissional**

O DM relacionado aos conflitos no exercício profissional engloba os fatores desencadeadores representados por um embate entre o julgamento e a conduta pessoal da enfermeira

com a de outro profissional, especialmente médicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Alguns conflitos, como os relacionados à própria conduta, às normas governamentais e à legislação que rege a profissão estão interligados. Quando o profissional julga sua própria conduta, mesmo na ausência de ato concreto, mas pela simples constatação de uma limitação potencial ou efetiva, ele reflete criticamente sobre questões legislativas e políticas que regem seu trabalho. A valorização do cumprimento de metas e da cobrança quantitativa das ações pela gestão dos serviços, em detrimento dos aspectos quantitativos, é vivenciado no cotidiano do trabalho do enfermeiro.

*Senti-me negligente. Mesmo que ele já estivesse com a condição [HIV] eu acho que era um direito dele saber. Então eu me senti bem incomodada com essa situação, por ter que obedecer uma lei. Eu não revelei pessoalmente mais por medo de perder meu COREN. (E1)*

*Assim que eu assumi a equipe estava quase para terminar o prazo para cadastrar as crianças no bolsa família. Eu tive que fazer um mutirão [...] tive que dar conta e atropelar os processos e entreguei, mas entreguei de uma forma que qualitativamente eu sei que não foi boa, eu cumpri um aspecto quantitativo, mas eu não avaliei todas aquelas crianças de verdade, eu não entendi todas as vulnerabilidades daquele grupo, eu simplesmente pessei e vi carteira. (E4)*

Pela pluralidade de demandas a que deve responder a Atenção Primária e o caráter multiprofissional das intervenções em saúde, é comum que se presenciem conflitos no interior das equipes. Dentre estes, destacam-se os conflitos com o profissional médico, no que diz respeito à hegemonia de seus saberes e a discordância em relação às suas condutas, quando são vislumbradas alternativas de ação eticamente mais adequadas.

*Alguns médicos apertavam a agenda só no turno da manhã, atendiam as 20 pessoas, e não apareciam no turno da tarde, porque já tinham cumprido a sua meta [...] e chegou um usuário que deveria ser atendido por ele, e ele se recusou, a TE aferiu a PA e estava alta e ele era usuário dele. Ele disse "não. Já atendi os meus 20", e eu, lógico, fiquei indignada. (E4)*

*Em função de que o médico é quem manda, então você perde a sua autonomia como profissional. Você tenta trabalhar com uma equipe multiprofissional, mas não consegue, dificulta o exercício da profissão. Se tivesse um envolvimento de toda a equipe para decidir um cuidado ao paciente, mas o caso nem é trazido. (E8)*

*A gente pensa uma coisa, eticamente, profissionalmente, a gente estuda uma coisa e quando vai para a prática surgem inúmeras barreira institucional, barreira do profissional médico que está acima, barreira de falta de respeito do colega, até técnico de enfermagem, que não aprendeu a respeitar outras pessoas e ele também não te respeita e então isso vira uma cascata. (E9)*

Os conflitos identificados nas relações com o ACS se referem à falta de identificação deste com a equipe, o não reconhecimento do trabalho da enfermeira, ou mesmo de seu importante papel

dentro da comunidade. Muitas vezes, falta compreensão para os objetivos da Atenção Primária por parte dos próprios ACS. Apesar das atribuições do ACS serem legalmente estabelecidas, as mesmas podem ser corrompidas e não executadas na sua integralidade.

*Eu tenho muita dificuldade com os ACS, por exemplo, nós fazemos muitas coisas no sábado de manhã, ou no expediente após o horário de trabalho, que seja melhor para determinada atividade e eu ainda encontro bastante resistência. Eles acham que eles tem que trabalhar das 07 às 17 e pronto, e que o trabalho deles é fazer visita domiciliar e pronto. Então a promoção e outras atividades eles pensam que não são trabalhos deles [...] eu me frustrei inúmeras vezes tentando fazer alguma atividade, uma campanha. (E8)*

*Muitas das vezes, nos deparavam com denúncias, da própria comunidade que não estava satisfeita, e eles iam reclamavam na unidade, e se davam conta que a gente tinha esse controle de ponto, porém quando a gente ia fazer a busca, ver o que eles [ACS] estavam fazendo, eles não estavam fazendo visita domiciliar, eles estavam em casa, ou fazendo qualquer outra atividade pessoal, diferente do que era para estar sendo feito ali naquele momento, e isso por mais que a gente tivesse uma equipe formada, com estrutura, a gente não tinha a ação efetiva, e isso com o tempo foi frustrando. (E12)*

O sistema de saúde brasileiro tem a Atenção Primária como referência das ações em saúde, alicerçada na resolutividade e nas necessidades dos usuários. No entanto, como expresso pelos achados, a carência de recursos, a falta de organização e condições de trabalho, os conflitos com e entre políticas institucionais, governamentais, profissionais e pessoais mostram-se fatores predominantes de predisposição da enfermeira ao DM.

## DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa apontam para diversos fatores que desencadeiam o DM da enfermeira, intrínsecos ao cotidiano do profissional, como falta de condições e organização do processo de trabalho, conflitos presentes nas relações interpessoais (usuário, comunidade, profissionais de saúde) e conflitos relacionados à gestão dos serviços e do sistema de saúde.

A falta de condições e organização do trabalho implica na sobrecarga, alta demanda de usuários, falta de recursos diversos, como estrutura física, medicamentos, recursos humanos. Também foram apontadas a falta de qualificação profissional e a ausência de continuidade do cuidado, que se apresentaram nesse estudo como fatores de DM.

Esses fatores também são vislumbrados em outros estudos da Atenção Primária, como barreiras para a enfermeira desenvolver uma ação efetiva no trabalho em saúde, gerando sentimentos de desvalorização, incerteza, impotência, insatisfação<sup>(18-20)</sup>.

Nesse estudo, a sobrecarga de trabalho se apresenta como um fator condicionante ao DM no momento em que influencia o planejamento e execução do cuidado em saúde. Alguns elementos também estão associados; tais como o déficit de estruturas físicas, alta demanda de usuários, falhas no funcionamento das redes de atenção, insatisfação com os salários, jornadas de trabalho excessivas, falta de recursos humanos e excesso de atividades administrativas<sup>(18)</sup>.

Outro fator importante para o efetivo exercício profissional se refere à qualificação da enfermeira. Nessa qualificação, está implícito o desenvolvimento da competência para o agir ético, que se mostrou um componente importante para desencadear o DM. Isso porque, o exercício do agir ético proporciona questionamentos, dilemas e conflitos éticos frente ao desempenho da equipe e à efetividade das ações realizadas. Interfere também no enfrentamento dessas questões, quando a limitação é percebida em si mesmo ou em outro profissional. Estratégias, como reuniões entre profissionais, capacitações, instrumentos de avaliação de problemas éticos, auxiliam a promover a competência ética e podem ter reflexos positivos no enfrentamento e na redução dos níveis de Distresse Moral frente aos desafios éticos presentes na realidade de trabalho dos enfermeiros<sup>(21)</sup>.

A prática do cuidado em saúde exige a qualificação do enfermeiro para o exercício do agir ético. Os profissionais de enfermagem precisam olhar atentamente para o que é apresentado como normal e questionar as suas instituições, as relações interpessoais e a si mesmos, identificando as razões pelas quais situações se tornam obstáculos aparentemente intransponíveis e até mesmo as razões que os levam ou não ao DM<sup>(6)</sup>.

Essa capacitação ética deve acontecer desde a formação em Enfermagem, com ênfase no estágio curricular, quando o estudante de enfermagem se depara com a realidade e os problemas e dilemas éticos. Durante o processo de formação, o estudante pode desenvolver as competências éticas e vivenciar o sofrimento moral<sup>(10)</sup>.

A constatação de dificuldades no exercício profissional devido à insuficiência de capacitação deve também mobilizar processos de reciclagem, que representariam um enfrentamento e superação da causa de DM. No entanto, cabe considerar que as multifaces das necessidades de saúde e da Atenção Primária desafiam continuamente o alcance e suficiência dos saberes e práticas, já que atuar em um campo sem pleno domínio de toda a sua complexidade pode levar à insegurança e ao estresse.

Nos contextos de trabalho são vivenciados conflitos que se dão nas relações pessoais e profissionais, tanto usuário-profissional quanto profissional-profissional. Estes conflitos, muitas vezes, estão atrelados ao despreparo do profissional, à falta de diálogo, de cooperação e de integração, acarretando em mal-estar, insatisfação, desprazer, desgaste e desmotivação<sup>(22-24)</sup>.

Os conflitos com os usuários apresentaram-se como fator importante no desenvolvimento do DM, principalmente relacionados à adesão à conduta orientada pela enfermeira. Nesse caso, a sensibilidade e a reflexão moral sobre um problema torna apreensível o componente moral que, de outro modo, estaria invisível em questões técnicas, políticas e relacionais, que são a base para o processo de DM. O estudo acerca de problemas éticos é tão importante quanto sobre os efeitos destes sobre os diferentes sujeitos. As descrições dos problemas éticos com os usuários remetem às falhas de comunicação, ao desrespeito à autonomia ou ao tratamento desrespeitoso do usuário pela enfermeira.

Já os problemas éticos nas relações entre os integrantes da equipe se dão pelo descompromisso de alguns profissionais, desrespeito entre os mesmos ou despreparo da enfermeira em atuar na Atenção Primária<sup>(25)</sup>.

Além disso, emergiram especificidades da Atenção Primária no Brasil, não presentes em outros estudos sobre DM, como os apontados para as relações conflituosas estabelecidas entre o ACS e a enfermeira. O ACS é parte da comunidade, possui conhecimentos sobre seus problemas e as situações de vulnerabilidades existentes<sup>(26)</sup>. Esse profissional pode entrar em conflito com a enfermeira quando é obrigado a desempenhar ações que não fazem parte de sua competência profissional.

O fato de que cada profissional responde ética e legalmente por seus atos em seus respectivos órgãos fiscalizadores contribui para que as funções e competências de cada integrante da equipe sejam respeitadas; no entanto, o ACS não possui um órgão legal que o ampare, levando a vivenciar conflitos dessa dimensão<sup>(27)</sup>. Essas relações conflituosas tendem se agravar frente às novas atribuições propostas para o ACS na Portaria Nº 2.436<sup>(15)</sup>, que acrescenta atividades até então exclusivas da equipe de enfermagem.

As relações profissionais conflituosas que se tornam “problemáticas” ou objeto de um julgamento moral só deveriam desencadear DM na enfermeira caso sua constatação viesse acompanhada por um obstáculo real, se não insuperável pelo menos momentaneamente assim percebido, de modo a impedir a ação eleita como eticamente correta. No entanto, o que se depreende da análise é o predomínio de problemas e precariedades, como as derivadas das condições inadequadas de trabalho, que se enfrentadas não levariam, necessariamente, ao DM, uma vez que uma decisão/ação eticamente aceitável pode ainda ser tomada mesmo em cenários desfavoráveis em face às sérias precariedades. Obviamente que haverá desgastes e insatisfações, mas uma linearidade causal destes com o DM deve ser cuidadosamente ponderada, inclusive levantando a possibilidade de limite da própria compreensão sobre o conceito.

Questões referidas à gestão, normas e políticas, que incidem sobre o trabalho e os serviços, articulam o que foi categorizado tanto como DM relacionado aos serviços de saúde como aos conflitos no exercício profissional. O conflito se dá pelo reconhecimento de situações injustas que a obediência à norma acarreta em processos gerenciais prejudiciais ao trabalho cotidiano, estabelecidos de forma verticalizada, parcial e não isenta de interesses pessoais. Isto sem considerar que a própria priorização e escolhas de uma determinada ação em saúde, para responder a uma e não outra pessoa/demanda já podem produzir divergências e problemas éticos com a gestão, influenciando diretamente na vivência do DM pela enfermeira<sup>(9)</sup>.

Existe um rompimento entre o direito à saúde do usuário, posto na Constituição Federal brasileira, e a forma como ele se aplica na realidade da Atenção à Saúde, principalmente entre o descompasso entre o que está contratualizado e as interações entre coordenadores e trabalhadores, gerando desavenças, discussões e reações emocionais<sup>(27)</sup>.

O DM e a demanda ética estão muito presentes no trabalho dos enfermeiros. Para lidar com essas questões, os profissionais usam diferentes recursos de enfrentamento, positivos ou negativos. Esses recursos podem ser positivos e levar ao diálogo e à reflexão, e podem ter efeitos negativos, quando levam o profissional a aceitar e se conformar com a realidade. A vivência isolada de situações éticas pelo enfermeiro, sem apoio dos colegas ou da instituição, acarreta o seu sofrimento moral<sup>(21)</sup>.

Dessa forma, a questão do DM está relacionada ao entorno da situação de trabalho, ou seja, não se limita às ações individuais, mas às necessidades de toda a equipe e usuários.

### Limitação do estudo

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o estudo não infere na generalização dos resultados, embora tenha buscado captar experiências de profissionais em realidade distintas do país. Outro limite está relacionado ao próprio conceito de DM e ao entendimento deste pelo profissional, uma vez que sempre haverá um componente subjetivo sobre o que se coloca como ação eticamente correta e que se coloca como real impedimento para tal ação.

### Contribuições para a Enfermagem

A contribuição desse estudo se deu no apontamento de alguns fatores desencadeadores de DM, tais como a falta de condições de trabalho e os conflitos interpessoais, evidenciando a relação que estes apresentam entre insatisfação no trabalho e o DM. A partir da identificação destes, é possível propor estratégias de enfrentamento ao DM, eliminando ou diminuindo seus fatores causais, bem como suas consequências, tais como o abandono da profissão, estresse, ansiedade. Assim, destaca-se a contribuição deste estudo na área da Enfermagem, visto seu ineditismo na Atenção Primária à Saúde brasileira.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores condicionantes ao desencadeamento do DM na enfermeira da Atenção Primária fazem parte do dia a dia desse profissional. As condições de trabalho, a forma de organização, as relações profissionais e interpessoais, os conflitos existentes nessas relações e as formas de se gerir a Atenção à Saúde são os gatilhos para o DM.

As ações de saúde são intervenções sobre necessidade e demandas, dependentes das formas como estas são concebidas e das formas como diferentes atores e recursos são organizados para supri-las. O compromisso com o usuário e com a qualidade almejada para o cuidado ofertado se mostra como valor ético a ser defendido, no amplo cenário da Saúde, como direito do cidadão. Ao assumirem como norteador de sua ação, as enfermeiras dão maior visibilidade ao conteúdo moral de muitos problemas e fragilidades que, de outra forma, poderiam ser vistos apenas pelo viés das condições de trabalho.

É importante destacar que o DM é um tema estudado ainda de forma incipiente no cenário brasileiro, principalmente na Atenção Primária, sendo necessário o avanço de pesquisas nesse cenário particular para que se possam criar estratégias que fomentem o seu enfrentamento. As formas de enfrentar e deliberar frente às fontes de DM identificadas não foram objeto do presente recorte, mas foi evidenciada a importância da profissão desenvolver aprofundamentos sobre a diversidade de manifestações do DM no diversificado contexto brasileiro. Como estudo pioneiro a focalizar a temática do DM no contexto específico da Atenção Primária, o estudo apresentou bases para a compreensão da complexidade

deste problema e indicativos tanto para novos estudos como para intervenções educativas para o enfrentamento de suas causas e consequências, promovendo a necessária reflexão ética profissional neste campo de atuação.

## FOMENTO

O presente estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

---

## REFERÊNCIAS

1. Jameton A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Bioeth Inq*. 2013;10(3):297-308. doi: 10.1007/s11673-013-9466-3
2. Johnstone, MJ, Hutchinson, A. Moral distress – time to abandon a flawed nursing construct? *Nurs Ethics*. 2015; 22(1):5-14. doi: 10.1177/0969733013505312
3. 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 [cited 2018 May 05];25(2):e4460015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004460015>
4. McCarthy J, Gastmans, C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics*. 2015;22(1):131-52. doi: 10.1177/0969733014557139
5. Ramos FRS, Barth PO, Schneider AMM, Cabral AS, Reinaldo JS. Effects of moral distress on nurses: integrative literature review. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 31];21(2):1-13. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.45247>
6. Barlem ELD, Ramos FRS. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics* [Internet]. 2015;22(5):608-615. doi: 10.1177/0969733014551595
7. Fruet IMA, Dalmolin GL, Speroni KS. [Moral distress assessment instruments to nursing workers: Integrative review]. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 31];7(2):314-26. Available from: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769220716> Portuguese
8. Ramos FRS, Barlem ELD, Brito MJM, Vargas MAO, Schneider DG, Brehmer LCF. Construction of the Brazilian scale of moral distress in nurses – a methodological study. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 05];26(4):e0990017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000990017>
9. Barth PO, Ramos FRS, Barlem ELD, Dalmolin GL, Schneider DG. Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care. *Rev. Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 31];26:e3010. doi: 10.1590/1518-8345.2227.3010
10. Renno HMS, Ramos FRS, Brito MJM. Moral distress of nursing undergraduates: Myth or reality? *Nurs Ethics* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 05];25(3):304-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733016643862>
11. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaszewski-Barlem JG, Almeida ASH, Domingues C. Psychometric characteristics of the moral distress scale in Brazilian nursing professionals. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2018 May 05];23(3):563-72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000060013>
12. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaszewski JG. The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2018 May 06]; 46(3):678-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300021>
13. Lusignani M, Gianni ML, Re LG, Buffon ML. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *J Nurs Manag* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 05];25(6):477-85. Available from: <https://doi.org/10.1111/jonm.12431>
14. O'Connell CB. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nurs Ethics* [Internet]. 2015 [cited 2018 May 05];22(1):32-42. Available from: <https://doi.org/10.1177/0969733013513216>
15. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil*; 2017 [cited 2018 May 05]. Sep 22. Seção 1: [about 5 screens]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
16. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [Internet]. Ministério da Saúde: CNES; 2016 [cited 2018 May 05]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br/>
17. Moraes R, Galiazzi MC. [Discursive textual analysis: a multiple face reconstructive process]. *Cienc Educ* [Internet]. 2006 [cited 2018 Nov 3];12(1):117-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v12n1/08> Portuguese.
18. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Nursing workloads in family health: implications for universal access. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 05];24:e2682. Available from: doi: 10.1590/1518-8345.0992.2682
19. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Mapping pain in the clinical practice of nurses within primary health care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2018 May 05];22(2):318-326. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200007>
20. Cordeiro TMSC, Araújo TM. [Prevalence of inadequate work ability among nursing workers in the primary care setting]. *Rev Bras Med Trab* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 05];15(2):150-157. Available from: doi: 10.5327/Z1679443520177004 Portuguese.

21. Schaefer R, Vieira M. Ethical competence as a coping resource for moral distress in nursing. *Text Context Nursing* [Internet]. 2015 [cited 2018 May 06];24(2):563-573. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001032014>
  22. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, Oliveira JSA, Forte ECN, Melo TP. Job dissatisfaction among health professional working in the Family health strategy. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 06];26(3):e2500016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>
  23. Nogueira LS, Sousa RMC, Guedes ES, Santos MA, Turrini RNT, Cruz DALM. Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 31];71(2):336-42. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0524>
  24. Nora CRD, Zoboli ELCP, Vieira M. Ethical problems experienced by nurses in primary health care: integrative literature review. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 May 06];36(1):112-121. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.48809>
  25. Briese GP, Lunardi VL, Azambuja EP, Kerber NPC. Moral distress of community health workers. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 31];14(2):1035-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.17696>
  26. Cardoso CML, Pereira MO, Moreira DA, Tibães HBB, Ramos FRS, Brito MJM. Moral distress in family health strategy: experiences expressed by daily life. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 31];50(n.esp):086-092. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300013>
  27. Carvalho BG, Peduzzi M, Ayres JRCM. [Conceptions and typology of conflicts between workers and managers in the context of primary healthcare in the Brazilian unified national health system (SUS)]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2018 May 06];30(7):1453-1462. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00134613> Portuguese.
-