

Tese de Doutorado

**O ENFERMEIRO E O EXERCÍCIO
DA ADVOCACIA DO PACIENTE
DIANTE DA INTERNAÇÃO POR
ORDEM JUDICIAL NA TERAPIA
INTENSIVA**

KELY REGINA DA LUZ



Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem

KELY REGINA DA LUZ

**O ENFERMEIRO E O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO
PACIENTE DIANTE DA INTERNAÇÃO POR ORDEM
JUDICIAL NA TERAPIA INTENSIVA**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Doutora em Enfermagem.

Área Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mara Ambrosina de O. Vargas

Coorientador: Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Luz, Kely Regina da
O ENFERMEIRO E O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA DO
PACIENTE DIANTE DA INTERNAÇÃO POR ORDEM JUDICIAL NA
TERAPIA INTENSIVA / Kely Regina da Luz ;
orientadora, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas,
coorientador, Edison Luiz Devos Barlem, 2018.
221 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Judicialização da saúde. 3.
Ética em enfermagem. 4. Cuidados críticos. 5.
Advocacia em saúde. I. Vargas, Mara Ambrosina de
Oliveira. II. Barlem, Edison Luiz Devos. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

KELY REGINA DA LUZ

**O ENFERMEIRO E O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA
DO PACIENTE DIANTE DA INTERNAÇÃO POR ORDEM
JUDICIAL NA TERAPIA INTENSIVA**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

DOUTORA EM ENFERMAGEM

e aprovada em 15 de Fevereiro de 2018, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Area de Concentração “Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem”, Linha de Pesquisa “Trabalho em Saúde e Enfermagem”.



Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

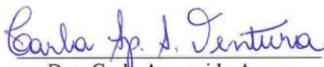
Banca Examinadora:



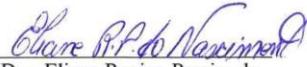
Dra. Mara Ambrosina de Oliveira
Vargas
Presidente



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Membro



Dra. Carla Aparecida Arena
Ventura
Membro



Dra. Eliane Regina Pereira do
Nascimento
Membro

Honra-me muito ver esta Tese publicada e, por isso, dedico esta obra à toda minha família, especialmente aos meus filhos Luísa e Lucas e ao meu marido Pablo. Saibam que os momentos de imensa alegria que passamos juntos me supriam de energia para seguir em frente. Conscientemente, sacrifiquei por este trabalho acadêmico o tempo que ter dedicado a vocês, mas creio que foi por uma boa causa. Espero que um dia vocês orgulhem-se de mim e do meu trabalho. Na qualidade de pesquisadora cumpro minha primeira missão, pois o único lugar onde o sucesso vem antes do trabalho é no dicionário!

AOS ANJOS DA MINHA VIDA, O MEU AGRADECIMENTO:

Desafio tão grande quanto escrever esta Tese, foi utilizar apenas três páginas para agradecer às pessoas que fizeram parte desta minha trajetória...

À Deus, pela presença constante em minha vida, por me capacitar para que eu tenha discernimento e equilíbrio durante cada momento de minha caminhada, tornando meus sonhos possíveis e por colocar pessoas tão especiais a meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta!

À minha avó Chica, pelo amor, carinho e dedicação. Obrigada por existir em minha vida!

Aos meus pais, Antonio e Sonia, por terem me proporcionado educação e amor pelos estudos, e, apesar das inúmeras dificuldades, por sempre me estimularem a continuar.

Ao meu pai Alceu, pelo apoio incondicional, obrigada pela confiança e por proporcionar a realização deste sonho.

Ao meu amado Pablo, que esteve o tempo todo ao meu lado, incondicionalmente.

Nos momentos mais difíceis, que não foram raros neste último ano, sempre me fazendo acreditar que chegaria ao final desta difícil, porém gratificante etapa. E, por cuidar com muito carinho de nossos filhos, sendo um exemplo de pai e marido. O teu apoio e auxílio foram fundamentais para a realização desta Tese, por isso a vitória também é tua.

Aos meus melhores presentes, minha filha Luisa e meu filho Lucas, que trazem tanta luz e felicidade para minha vida. Vocês são a lição mais profunda que vivi de ética, dignidade e amor... Agradeço pelo carinho incondicional que me manteve firme em meus propósitos, pois minha principal vontade de crescer, de ser melhor, sempre foi para poder dar exemplo a vocês.

Aos meus queridos irmãos, por todo o apoio, especialmente à Caty, pela disponibilidade que sempre demonstrou.

À minha grande família: Luz, Teixeira, Schmitt e Mayer! Essenciais em minha vida, cujo carinho, ternura e apoio foram fundamentais nesta longa e difícil caminhada.

À minha sogra Bia, pelo amparo, carinho e por estar sempre torcendo pelas minhas conquistas.

À Rejane, pelo apoio sincero e afeição.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Mara A. de Oliveira Vargas, muito obrigada pela parceria iniciada no ano 2012. Sou grata pelos momentos vividos durante esses anos, pela acolhida afetuosa, disponibilidade, por aceitar o meu tempo, as minhas angústias, e, especialmente, por ter aberto espaço ao meu aprendizado, aceitando as diferenças de ideias e

opiniões. Obrigada por me guiar com tanta sabedoria durante todo este processo. Expresso meu profundo agradecimento, admiração e respeito. Nunca esquecerei seus eternos ensinamentos, seus preciosos conselhos, sua inestimável confiança e a linda maneira como vê a vida!

Ao coorientador, Prof. Dr. Edison Luiz Devoe Barlem, pela competência científica e orientação dada, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação, contribuindo para esta concretização.

À minha amiga de infância Ellen, pelo carinho, amizade sincera e torcida sempre.

Ao meu amigo Odon, enfermeiro exemplar, por ter acreditado que eu era capaz, me incentivando a confiar no meu potencial.

À querida Carmem, quem me ajudou a reencontrar “meu eu”, tanto no lado pessoal como acadêmico e profissional. Atenuei meus anseios para conseguir seguir em frente, me utilizei de seus ensinamentos para exercer o meu potencial. Você teve uma grande importância nessa fase da minha vida.

Aos colegas da Turma do Doutorado 2014, alguns desde o mestrado, pelas alegrias e angústias compartilhadas e amizades construídas. Em especial, Juliana G. Coelho de Melo, obrigada por abrir as portas de sua casa, além de tornar o caminho mais suave, alegre e interessante.

Meus respeitosos agradecimentos aos membros da banca examinadora: Dra. Flávia Regina de Souza Ramos, Dra. Carla Aparecida Arena Ventura, Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider e Dra. Silviomar Camponogara, por aceitarem compor esta banca e contribuírem para a consolidação desta etapa.

Aos professores integrantes da banca de qualificação, pelas importantes contribuições feitas naquele momento, as quais foram fundamentais para a condução da pesquisa.

À coordenação da Pós-graduação de Enfermagem da UFSC, aos professores, pela competência profissional e valiosa contribuição durante minha formação. Aos servidores, pelo apoio durante o curso de doutorado.

Aos colegas do Hospital São Camilo de Esteio, principalmente as minhas parceiras da Gerência de Enfermagem e aos meus funcionários da UTI G e da UTI Neo, obrigada pela parceria, pela conciliação de horários e troca de plantões para que eu pudesse comparecer às aulas.

Aos colegas da UCC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, obrigada pela acolhida e por tornar meus plantões de final de semana mais divertidos.

A todos os participantes desse estudo, enfermeiros das regiões Sul e Sudeste do Brasil, que de forma anônima compartilharam as suas vivências ao longo destas páginas, obrigada pela disposição em ajudar na conclusão da pesquisa, embora muitas vezes se encontrassem assobrados pelo trabalho a realizar.

Finalmente, gostaria de agradecer à Universidade Federal de Santa Catarina por abrir as portas para que eu pudesse realizar este sonho que era a minha Tese de Doutorado.

Mostrou-me a nobre função da Pesquisa: produzir novos conhecimentos.

E a todos aqueles que, embora não nomeados, de uma maneira ou de outra contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído.

Mais uma etapa foi vencida! Sei que ainda é só o começo... Essa Tese não é ganho somente de um empenho individual, mas sim de um esforço coletivo que se consolidou ao longo de toda uma jornada acadêmica.

MUITO OBRIGADA POR ACREDITAREM NO MEU SUCESSO!

“Estou convencida de que os maiores heróis são aqueles que fazem o seu dever na rotina diária”.

Florence Nightingale

LUZ, Kely Regina da. **O enfermeiro e o exercício da advocacia do paciente diante da internação por ordem judicial na terapia intensiva**. 2018. 221 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

RESUMO

Introdução: Quando as demandas assistenciais são maiores que a oferta, nem todos os cidadãos conseguem acesso aos tratamentos que necessitam, acionam, portanto, o poder judiciário para garantia do direito à saúde. Essa execução judicial repercute sobre a gestão e tomada de decisão dos profissionais envolvidos, comprometendo a qualidade e a efetividade da assistência. Os enfermeiros advogam pelo cuidado e pela defesa dos interesses dos pacientes, exercendo um papel político junto aos usuários. Objetivou-se: compreender como enfermeiros intensivistas têm exercido a advocacia do paciente diante da necessidade de internação em unidade de terapia intensiva por ordem judicial, perante in/viabilidade de leito. Analisar os problemas e dilemas éticos vivenciados no exercício da advocacia pelos enfermeiros intensivistas, nas situações que interferem na disponibilidade de leitos em terapia intensiva, na perspectiva da deliberação moral. Relacionar a complexidade do exercício da advocacia em saúde à gestão da disponibilidade de leitos de UTI em casos de internação por ordem judicial. **Método:** pesquisa qualitativa, exploratória analítica, com 42 enfermeiros de UTI das regiões Sul e Sudeste do Brasil, em 2016, mediante entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados desenvolveu-se através da Análise Textual Discursiva. **Resultados e discussão:** articulados em três manuscritos: 1) *Advocacy na terapia intensiva diante da internação por ordem judicial: qual a posição dos enfermeiros?* Aborda o exercício da advocacia do paciente através da sensibilidade e dever moral do processo de cuidar ao defender seus pacientes, informando-os sobre seus direitos, orientando, agindo e falando sobre e em nome dos pacientes e familiares, prezando por um cuidado livre de julgamentos e prejuízos ao paciente que interna através da ordem judicial. 2) *Deliberação moral de enfermeiros frente à internação por ordem judicial*, salienta a reflexão dos problemas éticos e as paradoxalidades vivenciadas pelos enfermeiros em situações que interferem na disponibilidade de leitos em UTI, na perspectiva da

deliberação moral. 3) *Gestão da disponibilidade de leitos na UTI: análise na perspectiva do exercício do enfermeiro na advocacia do paciente*, articula a gestão de leitos de UTI e sua repercussão na deficiência de estrutura física e de recursos humanos, as responsabilidades diante da triagem para a ocupação desses leitos, a condução do processo de alta da UTI e os custos gerados pela internação por ordem judicial no direito à saúde, seja em âmbito público ou privado. **Considerações finais:** as repercussões em relação ao exercício da advocacia pelo enfermeiro diante da internação por ordem judicial na UTI materializaram-se em defesa do paciente como um processo nada fácil, porque, constantemente, sentem-se isolados e sem a colaboração de outros profissionais de saúde. Também, buscam soluções para exercerem a sua função política, como defensores dos usuários, especialmente para aqueles que necessitam de um leito de UTI, pois possuem uma perspectiva única nesse contexto. Confirma-se a tese de que a internação por ordem judicial é uma situação que exige do enfermeiro intensivista o posicionamento diante dos conflitos e problemas éticos, requerendo, assim, o exercício da advocacia em saúde, ao mesmo tempo em que pode desencadear vivências de sofrimento moral diante da inviabilidade de leito em UTI.

Descritores: Judicialização da saúde. Ética em enfermagem. Cuidados críticos. Tecnologia biomédica. Ocupação de leitos. Advocacia em saúde.

LUZ, Kely Regina da. **The nurse and the practice of patient advocacy in the face of the admission by judicial order in intensive care.** 2018. 221 pp. Thesis (Doctorate in Nursing) –Graduate Nursing Program. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

ABSTRACT

Introduction: when care demands are greater than supply, not all citizens gain access to the treatments they need, which leads them to ask for help from judiciary to ensure the right to health. This judicial execution affects the management and decision-making of the professionals involved, undermining the quality and effectiveness of care. Nurses advocate for the care and defense of the patients' interests, playing a political role with the users. **Objective:** to understand how intensive care nurses have practiced the patient advocacy in the face of the need for admission in an intensive care unit by judicial order, in case of non/viability of beds. To analyze the problems and ethical dilemmas experienced in the practice of advocacy by intensive care nurses in situations that interfere with the availability of beds in intensive care from the perspective of moral deliberation. To relate the complexity of the practice of health advocacy in the management of the availability of ICU beds in cases of admission by judicial order. **Method:** this is a qualitative and analytical-exploratory research involving 42 ICU nurses from the South and Southeast regions of Brazil, performed in 2016, through semi-structured interviews. Data analysis was developed through Discursive Textual Analysis. **Results and discussion:** they were articulated in three manuscripts: 1) *Advocacy in intensive care in the face of the admission by judicial order: what is the position of nurses?* It addresses the practice of patient advocacy through the sensitivity and moral duty of the health care process when defending patients by informing them of their rights, advising, acting and speaking on behalf of patients and relatives, appreciating a care free of judgments and losses to the patient admitted through judicial order. 2) *Moral deliberation of nurses in the face of the admission by judicial order*, which highlights the reflection about the ethical problems and the paradox things experienced by nurses in situations that interfere with the availability of ICU beds from the perspective of moral deliberation. 3) *Management of the availability of beds in ICU: analysis from the perspective of the nurses' practice in patient advocacy*, which articulates

the management of ICU beds and its repercussion on the deficiency of physical structure and human resources, the responsibilities concerning the screening for the occupation of these beds, the conduction of the ICU discharge process and the costs generated by the admission by judicial order in the right to health, whether in the public or private sphere. **Final considerations:** the repercussions in relation to the practice of advocacy by the nurse in the face of the admission by judicial order in ICU were materialized in defense of the patient as an uneasy process, because, constantly, they feel isolated and without the collaboration of other health professionals. They also seek solutions to practice their political function, as advocates of users, especially for those who need an ICU bed, because they have a single perspective in this context. Accordingly, we confirm thesis that the admission by judicial order is a situation that requires from the intensive care nurse the positioning in the face of the conflicts and ethical problems, thus requiring the practice of health advocacy, at the same time in which it may trigger experiences of moral suffering due to the non-viability of ICU beds.

Descriptors: Judicialization of Health; Ethics, Nursing; Critical Care; Biomedical Technology; Bed Occupancy; Health Advocacy.

LUZ, Kely Regina da. **El enfermero y el ejercicio de la abogacía del paciente ante la internación por orden judicial en cuidados intensivos**. 2018. 221 h. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

RESUMEN

Introducción: cuando las demandas asistenciales son mayores que la oferta, no todos los ciudadanos consiguen tener acceso a los tratamientos que necesitan, recurriendo al poder judicial para garantizar el derecho a la salud. Esta ejecución judicial repercute en la gestión y toma de decisión de los profesionales involucrados, comprometiendo la calidad y la efectividad de la asistencia. Los enfermeros abogan en favor del cuidado y de la defensa de los intereses de los pacientes, ejerciendo un rol político junto a los usuarios. **Objetivo:** comprender cómo enfermeros intensivistas han ejercido la abogacía del paciente ante la necesidad de internación en la unidad de cuidados intensivos por orden judicial, ante la in/viabilidad de lecho. Analizar los problemas y dilemas éticos experimentados en el ejercicio de la abogacía por los enfermeros intensivistas en las situaciones que interfieren en la disponibilidad de camas en cuartos de cuidados intensivos desde la perspectiva de la deliberación moral. Relacionar la complejidad del ejercicio de la abogacía en salud en la gestión de la disponibilidad de lechos de UCI en casos de internación por orden judicial. **Método:** investigación cualitativa, exploratoria y analítica, con 42 enfermeros de UCI de las regiones Sur y Sudeste de Brasil, llevada a cabo en 2016, mediante entrevistas semiestructuradas. El análisis de los datos se desarrolló a través del Análisis Textual Discursivo. **Resultados y discusión:** articulados en tres manuscritos: 1) *Advocacy en cuidados intensivos ante la internación por orden judicial: ¿cuál es la posición de los enfermeros?* Aborda el ejercicio de la abogacía del paciente a través de la sensibilidad y deber moral del proceso de cuidar al defender a sus pacientes informándoles sobre sus derechos, orientando, actuando y hablando sobre y en nombre de los pacientes y familiares, privilegiando un cuidado libre de juicios y perjuicios al paciente que es admitido por medio de la orden judicial. 2) *Deliberación moral de enfermeros ante la internación por orden judicial*, señala la reflexión de los problemas éticos y las paradojalidades experimentadas por los enfermeros en

situaciones que interfieren en la disponibilidad de lechos en UCI desde la perspectiva de la deliberación moral. 3) *Gestión de la disponibilidad de lechos en la UCI: análisis desde la perspectiva del ejercicio del enfermero en la abogacía del paciente*, articula la gestión de camas de UCI y su repercusión en la deficiencia de estructura física y de recursos humanos, las responsabilidades ante la selección para la ocupación de estos lechos, la conducción del proceso de alta de la UCI y los costos generados por la internación por orden judicial en el derecho a la salud, ya sea en el ámbito público o privado. **Consideraciones finales:** las repercusiones con respecto al ejercicio de la abogacía por el enfermero ante la internación por orden judicial en la UCI se materializaron en defensa del paciente como un proceso nada fácil, porque, constantemente, se sienten aislados y sin la colaboración de otros profesionales de la salud. También buscan soluciones para ejercer su función política, como defensores de los usuarios, especialmente para aquellos que necesitan un lecho de UCI, pues poseen una perspectiva singular en ese contexto. Se comprueba la tesis de que la internación por orden judicial es una situación que exige del enfermero intensivista el posicionamiento delante de los conflictos y problemas éticos, requiriendo así el ejercicio de la abogacía en salud, al mismo tiempo que puede desencadenar experiencias de sufrimiento moral ante la inviabilidad de lecho en UCI.

Descriptor: Judicialización de la Salud; Ética en Enfermería; Cuidados Críticos; Tecnología Biomédica; Ocupación de Camas; Defensa de la Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -Categorias de problemas éticos	84
Figura 2- Aspectos desencadeantes de sofrimento moral no profissional de enfermagem	86
Figura 3 - Judicialização do direito à saúde	92
Figura 4 - Leitos de UTI adulto.....	95
Figura 5 - Informações gerais dos participantes.....	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese dos artigos publicados no período de 2009 a 2014.	68
Quadro 2 - Estrutura dos resultados e discussões.....	106
Quadro 3- Motivos de indisponibilidade de leitos de UTI.....	156

LISTA DE SIGLAS

A	Adulto
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ANA	<i>American Nurses Association</i>
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ATD	Análise Textual Discursiva
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ECMO	<i>Extracorporeal Membrane Oxygenation</i>
ES	Espírito Santo
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MG	Minas Gerais
ONU	Organização das Nações Unidas
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PR	Paraná
RJ	Rio de Janeiro
RS	Estado do Rio Grande do Sul
SC	Estado de Santa Catarina
SCCM	<i>Society of Critical Care Medicine</i>
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SP	São Paulo
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UKICS	<i>UK Intensive Care Society</i>
USCCM	<i>U.S. Society for Critical Care Medicine</i>
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	27
1.1 OBJETIVOS	35
1.2 JUSTIFICATIVA.....	36
2. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	41
2.1 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	41
2.2 A ADVOCACIA DO PACIENTE DIANTE DA INTERNAÇÃO POR ORDEM JUDICIAL NA UTI	48
2.3 DELIBERAÇÃO MORAL DOS ENFERMEIROS DE UTI.....	60
2.4 SOFRIMENTO MORAL NO CONTEXTO DA UTI: UMA DISCUSSÃO NECESSÁRIA	67
2.4.1 Sofrimento moral de enfermeiros no ambiente de terapia intensiva	81
3. METODOLOGIA	93
3.1 LOCAL DO ESTUDO	94
3.2 PARTICIPANTES	96
3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão	96
3.3 COLETA DE DADOS	97
3.3.1 Instrumento	98
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	99

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	101
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	103
4.1 MANUSCRITO 1 - ADVOCACY NA TERAPIA INTENSIVA DIANTE DA INTERNAÇÃO POR ORDEM JUDICIAL: QUAL A POSIÇÃO DOS ENFERMEIROS?	108
4.2 MANUSCRITO 2 - DELIBERAÇÃO MORAL DE ENFERMEIROS FRENTE À INTERNAÇÃO POR ORDEM JUDICIAL	132
4.3 MANUSCRITO 3 - GESTÃO DA DISPONIBILIDADE DE LEITOS NA UTI: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DO EXERCÍCIO DO ENFERMEIRO NA ADVOCACIA DO PACIENTE	154
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
REFERÊNCIAS	187
ANEXO A - Parecer substanciado do CEP	209
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	215
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	219

1. INTRODUÇÃO

A internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em geral, é determinada por um evento ameaçador à vida e, muitas vezes, inesperado. Esta dinâmica abrupta gera sentimento de medo, incapacidade e solidão para o paciente e familiar. Em contrapartida, existe uma falsa esperança de que todo o aparato tecnológico, farmacológico e atendimento intensivo multidisciplinar retardarão e impedirão sua morte (FALCO et al., 2012; RAMOS et al., 2016).

Compondo um cenário desgastante, por vezes frustrante e que envolve forte carga emocional, os trabalhadores destas unidades precisam de preparo técnico em alto grau, pois podem se defrontar com situações cujas decisões definem o limite entre a vida e a morte das pessoas (SULZBACHER et al., 2009; FALCO et al., 2012; VARGAS, 2013; LUZ et al., 2015).

Considerando a importância das unidades que realizam tratamento intensivo e de acordo com a Portaria MS 1,071 de 04 de julho de 2005, a qual institui a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, entende-se que é necessário fazer uma avaliação acerca do funcionamento adequado, tanto das instalações e equipamentos quanto dos profissionais inseridos nesse contexto, considerando, assim, o cumprimento dos requisitos estabelecidos pela portaria (BRASIL, 2005). A Resolução n. 7 de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (BRASIL, 2010), também serve como suporte e auxílio para o cumprimento de tais requisitos.

Na avaliação de práticas assistenciais e serviços de saúde, pressupõe-se que a disponibilidade de uma estrutura adequada pode propiciar um bom processo de assistência à saúde e que este, por sua vez, pode levar à mudança favorável no nível de saúde da população. A avaliação do processo reafirma-se na ideia de que a probabilidade de ocorrências de resultados favoráveis cresce quando tecnologias em saúde (equipamentos, medicações, recursos complementares, sistemas organizacionais, entre outros) são aplicadas corretamente (SOARES et al., 2008).

A Constituição de 1988 garantiu aos cidadãos o direito social à saúde, permitindo acesso universal e integral aos cuidados de saúde. Consta nos artigos nº 196 e 197 que a saúde é direito de todos e dever do

Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O Estado ficou obrigado a prover quaisquer que sejam os serviços de saúde necessários para cada tipo de doença ou agravo de saúde a população, não importando o nível de sua evolução. Além disso, cabe a ele prestar atendimento integral e universal, objetivando o bem-estar de todos os indivíduos em nome da concretização da justiça social e da igualdade (BRASIL, 1988).

Na saúde, a equidade aparece como premissa da atenção básica e apresenta o sentido de que a distribuição de recursos deve ser feita em função das necessidades de saúde de uma população determinada. Equidade em saúde significa que todas as pessoas tenham oportunidades justas de atingir seus potenciais máximos de saúde. Desigualdades referem-se àquelas diferenças percebíveis e mensuráveis existentes, quer nas condições de saúde quer sejam relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde (desigualdades no cuidado à saúde). Iniquidades em saúde, por outro lado, também pode ser referida como disparidade, denota uma diferença injusta na saúde entre pessoas de diferentes grupos sociais, a qual poderia ser evitável. No momento em que desigualdades transformam-se em iniquidades é que emergem as condições para formulações e ações políticas concretas direcionadas a minimizar as desigualdades existentes (WHO, 2010).

Entretanto, o que se tem visto é a desigualdade social no acesso aos serviços de saúde. Assim, emerge a necessidade de conhecer melhor a dinâmica da determinação social das desigualdades e iniquidades em saúde para que se possa superá-las. Requer explorar o impacto das desigualdades na qualidade de vida, no estilo de vida e nas condições de saúde dos sujeitos, com vistas a proteger sua vulnerabilidade no trinômio saúde-doença-cuidado (SOUZA, 2016).

A crescente demanda por uma assistência cada vez mais complexa, sem o crescimento da oferta de serviço, aumenta os desafios para que a equidade seja concretizada, fornecendo acesso à uma assistência adequada, oportuna e em conformidade com as necessidades da população. De acordo com um estudo realizado no Estado de Minas Gerais, Brasil, o acesso do cidadão às instâncias de poder foi ampliado, com a abertura do Poder Judiciário, às demandas individuais e coletivas, propiciando um cenário favorável ao chamado “fenômeno da

judicialização”, que nos anos 90 cresceu de forma exponencial (GOMES; CHERCHIGLIA; MACHADO et al, 2014).

Diante disto, com o objetivo de promover o acesso dos usuários aos serviços do sistema de saúde, conforme normas técnicas já existentes, a Portaria nº 1559 de 01 de agosto de 2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual contribui para que o atendimento aos cidadãos ocorra de forma mais igualitária de acordo com as necessidades individuais, sem causar prejuízos ao cuidado integral. Esta Política está focada em três eixos estruturantes: a garantia da alocação de recursos para a implantação dos Complexos Reguladores da Assistência; o desenvolvimento de instrumentos que operacionalizem as funções reguladoras; e o desenvolvimento de um programa de capacitação permanente de recursos humanos (BRASIL, 2008).

Quando os serviços de saúde deparam-se com demandas maiores que a oferta, como os de alta complexidade, nem todos os cidadãos conseguem acesso aos tratamentos e medicamentos que necessitam, buscando o poder judiciário para a garantia do direito à saúde, através de ações judiciais individualizadas. Isso porque o Judiciário tem sido provocado a intervir na administração para cumprir o dever que a Constituição lhe impõe, garantindo, assim, o exercício do direito à saúde. Essa busca pela garantia e direito à saúde e à cidadania, nos tribunais, denominou-se como judicialização da saúde (VENTURA et al., 2010).

As internações por decisões judiciais em UTI ocorrem quando o município ou o Estado não possuem condições ou meios de garantir uma assistência adequada ao paciente grave ou gravíssimo, em situações de urgência/emergência que representam risco à vida deste indivíduo. Nesta circunstância, ciente da gravidade do seu familiar e da necessidade de um leito de UTI, a família ou um representante recorre ao Ministério Público ou ao seu advogado para proceder ou deferir uma liminar. Esta é uma ação contra o município e/ou Estado, encaminhada à Central de Leitos do Estado, buscando um leito de UTI (VARGAS et al., 2013)

Se por um lado a intervenção do poder judiciário na regulação existente nos serviços públicos de saúde acaba por ferir os princípios do SUS, de igualdade e equidade, pois a internação do autor sem inserção do nome na lista de espera e sem classificação de prioridade modifica o processo regulatório de priorizar a quem mais necessita, não respeitando

a fila de espera já existente, por outro, isso ocorre devido à insuficiência de leitos para atender a todos os necessitados ou, até mesmo, por uma gestão inadequada desses leitos, o que fere o princípio da universalização, levando o poder público a garantir a universalidade e integralidade daquele cidadão que busca seus direitos junto ao poder judicial, gerando certo conflito quanto aos limites da atuação judicial, diante de direitos fundamentais (VARGAS et al., 2018).

Nos casos de indisponibilidade de vaga hospitalar no serviço público, é de responsabilidade do gestor estadual providenciar leito do SUS em serviço privado, garantindo assim o direito à recuperação da saúde dos cidadãos. Para tal, foram criadas as políticas e estratégias que abrangem tanto a questão da Regulação de Leitos do Estado como da Vaga Zero e da Internação por Ordem Judicial, com o propósito de diminuir e auxiliar no processo de procura por vagas (SANTOS; VARGAS; SCHNEIDER, 2010).

No Brasil, a proatividade judicial ganhou destaque na área da saúde. Os mais de 240 mil processos judiciais por prestações em saúde contabilizados até 2011, somados ao fato do crescimento dos gastos com as demandas judiciais, indicam que o Judiciário pretende alcançar um papel de destaque no processo de efetivação do direito à saúde. E o procedimento mais demandado foi internação hospitalar, incluindo internação em UTI, retratando as necessidades individuais e coletivas de saúde. Apesar da não identificação das razões que levam os indivíduos a requererem o acesso à assistência à saúde por via judicial, os fatores tempo de diagnóstico e ausência de vagas podem ser fortes indícios de dificuldades de acesso (CAVALCANTI, 2011).

Sinaliza-se que a demanda judicial individualizada relacionada a procedimentos, insumos e internações de saúde contra entes públicos teve um crescimento significativo nos últimos anos. A utilização de mecanismos diversos do SUS para viabilizar acesso aos mais variados níveis da saúde tem gerado prejuízos à equidade na saúde. O atendimento dessas demandas é outro problema, a grande quantidade causa transtornos para as finanças públicas, pois o Estado acaba sendo ineficiente. Além disso, a judicialização da saúde de forma indiscriminada aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando segmentos de doentes que têm mais recursos financeiros para pagar advogados, ou mais acesso à informação, em detrimento, talvez, daqueles que têm mais necessidade (RAMOS; GOMES, 2014).

Pode-se dizer, portanto, que a ampliação da atuação do sistema judiciário no acesso à assistência à saúde tem repercussões sobre a gestão, influenciando na tomada de decisão dos profissionais envolvidos, e que, ao menos em parte, decorre das deficiências da própria administração pública. A combinação desses elementos pode causar um tipo de "desvio no sistema", onde pode prevalecer a via judicial como principal meio para se garantir o acesso à saúde, ruindo a efetividade (individual e coletiva) do direito à saúde, com violação de princípios éticos e legais importantes, como o acesso igualitário e a integralidade da saúde (RAMOS et al., 2016).

Tal situação é assim revelada por conta de o ordenamento jurídico estabelecer um caráter prestacional aos direitos sociais e não prever uma harmonização entre esses direitos e os recursos disponíveis para a concretização das políticas públicas (DORES, 2013). Logo, pensar o papel do Judiciário é um dos grandes desafios das sociedades democráticas. Identificar os limites da atividade judicial e as possibilidades de controle sobre a atividade política é uma tarefa árdua e controversa. Atualmente, essa tarefa tornou-se ainda mais complexa em razão da proatividade judicial orientada, no sentido de garantir efetividade aos direitos sociais (ANDRADE et al., 2010).

A este respeito, destaca-se que a dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde, relacionada à internação por ordem judicial em UTI, sugere uma vulnerabilidade. Logo, ressalta-se que a reflexão ética acerca da acessibilidade aos serviços de saúde torna-se essencial para superar os limites, reavaliar as atitudes e efetivamente assegurar o direito social do acesso a esses serviços, com qualidade e respeito aos direitos humanos fundamentais, previstos na Constituição de 1988 (SILVA et al., 2013).

Os profissionais da saúde constataam, em seu cotidiano, que a demanda por leitos de UTI é muito maior do que a oferta, o que transforma o atendimento aos pacientes graves, muitas vezes, distante do que se pode considerar uma assistência adequada e qualificada. Neste sentido, a inviabilidade crescente de disponibilizar tecnologia à serviço da vida e da saúde dos usuários do sistema público de saúde é uma importante forma de desumanização (VARGAS et al, 2013). Essa situação provoca nos profissionais de saúde impotência e desconforto significativo, uma vez que enfrentam dificuldades para prestarem uma assistência adequada (SANTOS; VARGAS; SCHNEIDER, 2011; VARGAS et al., 2013).

O prolongamento da expectativa de vida e o conseqüente crescimento da população idosa, aliados a um contexto crescente de acidentes e violência urbana e à uma insuficiente estruturação do sistema de saúde, tem gerado uma demanda por atenção à saúde, sobrecarregando, principalmente, os serviços hospitalares de atendimento intensivo e de emergência. Diante desse aumento evidenciado do número de casos que necessitam por ambientes de alta complexidade, a gestão desses leitos faz-se de suma importância para a garantia da integralidade dos serviços a serem prestados à população (FERNANDES et al., 2011).

Além de melhorar a distribuição e a organização dos leitos de terapia intensiva, é necessária, para a melhoria da gestão e da assistência em terapia intensiva, uma capacitação dos profissionais de saúde para que consigam impactar positivamente no prognóstico dos pacientes. A capacitação profissional contínua tem como objetivo principal, tornar os profissionais cada vez mais qualificados para a realização de uma assistência com excelência, mais especializada para com os pacientes e todos aqueles envolvidos no processo de internação (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

A formação de intensivistas e da equipe multidisciplinar deve ser enfatizada como fator fundamental de melhoria. Ou seja, o desenvolvimento profissional, através de capacitação, é necessário para que se possa implementar práticas potencialmente melhores, fazendo com que haja reconhecimento do trabalho em equipe para qualificar a assistência. (VIANA CORREIO et al., 2015)

No âmbito da enfermagem, destaca-se a necessidade da atuação do enfermeiro na UTI, pois esse profissional é o responsável por todos os cuidados diretos ao paciente, estando em tempo integral ao seu lado, tendo seu enfoque no ser humano e não em sua doença e, conseqüentemente, comprometendo-se com o ato de zelar pelo bem-estar e pela saúde da pessoa (VIANA CORREIO et al., 2015).

Se o objetivo da enfermagem passa prioritariamente pelo cuidado do paciente e pela defesa dos seus interesses, a advocacia do paciente é uma dimensão importante, sendo considerada valor fundamental da profissão. Embora não seja um atributo exclusivo da enfermagem, no cotidiano do trabalho, pode ser difícil para os profissionais de enfermagem reconhecerem de maneira individual os problemas de desrespeito aos direitos que afetam seus pacientes e a si e tentarem enfrentá-los (TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2014).

A advocacia do paciente enquadra-se como um componente ético do trabalho da enfermagem. Está fortemente articulada ao exercício de poder dos enfermeiros, pois requer a coragem de falar a verdade, principalmente em virtude da natureza do seu trabalho, da sua proximidade com o paciente e do caráter de continuidade do cuidado de enfermagem. Em situações integrantes da advocacia do paciente, percebe-se o reforço da sua autonomia, a construção de relações de cuidado terapêutico e a melhoria da qualidade da comunicação entre profissionais de enfermagem e paciente (COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014).

A profissão de enfermagem tem ligado, por muito tempo, a advocacia em nome de um paciente como um princípio de proteção, particularmente no ambiente hospitalar. Mais recentemente, a advocacia foi atribuída à enfermagem como uma função profissional, significando atuar em nome dos outros, sejam pacientes, famílias, grupos ou a sociedade em geral. Embora a história da advocacia de enfermagem possa também ser atribuída a Florence Nightingale, considerada a precursora da enfermagem moderna, há pouca menção na literatura de saúde relacionada ao papel de advocacia em enfermagem. Durante os anos 70, essa prática emergiu nos Estados Unidos e foi um foco crescente nos direitos dos pacientes no sistema de saúde americano (HANKS, 2013).

Uma vez que os pacientes são geralmente vulneráveis à doença, eles precisam de alguém que possa se voltar para a defesa dos seus interesses e ajudar a passar pelas transições, descontinuidade dos cuidados e rápidas mudanças dentro do sistema de saúde. Porém, isso pode implicar em estresse profissional se a equipe não estiver coesa, fazendo com que os enfermeiros negligenciem oportunidades de advogar pelos pacientes. Assim sendo, o profissional deve instigar o cuidado terapêutico respeitando a individualidade, direitos e valores deste ser humano tão fragilizado pelas circunstâncias.

Assim, a atuação da enfermagem, muitas vezes, sofre fortes influências em função de estar exposta à elevada gama de estressores, o que pode gerar a vivência de problemas e dilemas éticos em seus cotidianos, provocando o sofrimento moral (DALMOLIN et al., 2012).

Os objetivos declarados da profissão de enfermagem são comprovadamente éticos: proteger o paciente, prestar cuidados e evitar complicações, além de manter um ambiente saudável psicologicamente para pacientes e familiares. O princípio fundamental da ética deve

passar basicamente pelo respeito ao ser humano, como indivíduo atuante e autônomo. A postura ética do enfermeiro permite a abertura e a troca no grupo, instigando o pensamento reflexivo, sem julgar ou categorizar, assumindo o próprio caminho (LUZ et al., 2015).

Dessa forma, pode-se dizer que, nas instituições de saúde, os profissionais de enfermagem mostram-se vulneráveis a crises de valores e queda da qualidade do seu trabalho, tendendo a enfrentarem situações problemáticas quanto às tomadas de decisão em relação aos seus fazeres, com implicações éticas para si, para os pacientes e para toda a equipe e instituições em que trabalham.

Muitas questões vivenciadas pelos profissionais, cotidianamente são apenas percebidas como problemas e conflitos organizacionais e/ou de relacionamento na equipe de enfermagem e de saúde, relacionados com a administração, chefias, pacientes e familiares e não como problemas ou conflitos morais. Esses problemas ou conflitos morais podem ocorrer quando há diferenças no modo de perceber uma determinada situação (LUZ et al., 2015). Na prática profissional, esses conflitos são vivenciados a partir de situações já consideradas como parte do cotidiano profissional, tais como a falta de consentimento informado de pacientes antes da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o prolongamento da vida sem a preocupação com sua qualidade, práticas profissionais questionáveis (SHORIDEH; ASHKTORAB; YAGHMAEI, 2012), que podem gerar o sofrimento moral.

Além disso, muitos problemas éticos da enfermagem não só são sistemáticos como envolvem, usualmente, dificuldades práticas, não sendo necessariamente dilemas individuais. Os profissionais de enfermagem, frequentemente, têm clareza do que é correto, mas a implementação da ação pode não ser bem aceita em seu ambiente de trabalho. Aparentemente, a maior parte destes dilemas decorre de problemas que podem ser relacionados à falta de diálogo e aos conflitos entre grupos de profissionais de saúde do hospital. Esses dilemas decorrem das manifestações de problemas éticos entre trabalhadores de enfermagem, outros profissionais, outras unidades, outras instituições e a sociedade como um todo (BARLEM et al., 2013a). Assim, parece ser imprescindível reconhecer este sofrimento moral e desenvolver estratégias para enfrentá-lo.

Quando o sofrimento moral faz-se presente, o impacto para o doente pode ser a falta de advocacia por parte da enfermagem e

situações em que os trabalhadores evitam o contato com os doentes, causando um aumento no desconforto e no sofrimento de si mesmos e do cliente frente à doença e ao tratamento (BARLEM et al., 2013a). O sofrimento moral dos trabalhadores de enfermagem, inicialmente, decorre e é potencializado pelo fato de ser um trabalho desenvolvido em períodos prolongados de tempo e em contato direto com o paciente. Deste modo, o crescente aumento das internações hospitalares e a alta complexidade dos cuidados empregados na terapia intensiva são fatores que podem causar grande desgaste, quando os funcionários não possuem materiais e estrutura adequada para exercerem suas atividades, como a identificação da falta de leitos na terapia intensiva, por exemplo.

Na medida em que se entende o que estas questões repercutem e/ou demandam, do ponto de vista ético, nestes profissionais, torna-se relevante questionar através dos objetivos enunciados a seguir, com base na compreensão do contexto da advocacia do paciente, o trabalho da enfermagem em terapia intensiva e a exposição do trabalhador a questões éticas. Objetivos esses propostos nesta pesquisa doutoral com a finalidade de responder a seguinte questão de pesquisa: **como se dá o exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro diante da internação por ordem judicial na UTI?**

Nesta perspectiva, a tese é de que: **“A internação por ordem judicial é uma circunstância que exige do enfermeiro intensivista o posicionamento diante dos conflitos e problemas éticos, requerendo, assim, o exercício da advocacia em saúde, ao mesmo tempo em que pode desencadear vivências de sofrimento moral diante da inviabilidade de leito em unidade de terapia intensiva”**.

1.1 OBJETIVOS

- ✓ Compreender como enfermeiros intensivistas têm exercido a advocacia do paciente diante da necessidade de internação em unidade de terapia intensiva por ordem judicial, perante in/viabilidade de leito;
- ✓ Analisar os problemas e dilemas éticos vivenciados no exercício da advocacia pelos enfermeiros intensivistas nas situações que interferem na disponibilidade de leitos em terapia intensiva na perspectiva da deliberação moral;

- ✓ Relacionar a complexidade do exercício da advocacia em saúde na gestão da disponibilidade de leitos de UTI em casos de internação por ordem judicial.

1.2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa, de caráter multicêntrico, consiste na segunda etapa de um macroprojeto intitulado: "*Internação por Ordem Judicial: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas*" centrado na possibilidade de visibilizar a internação por ordem judicial como uma das circunstâncias que demandam do enfermeiro intensivista posicionamentos e deliberações éticas complexas, que se articulam ao exercício da advocacia do paciente. Objetivando-se: analisar crenças e ações de enfermeiros intensivistas no exercício da advocacia do paciente; compreender de que modo os enfermeiros intensivistas têm exercido a advocacia do paciente que necessita de internação em unidade de terapia intensiva por ordem judicial; descrever os problemas e dilemas éticos vivenciados pelos enfermeiros intensivistas diante da necessidade do paciente internar em unidade de terapia intensiva e articular a in/viabilidade de leito em unidade de terapia intensiva à análise da bioética social.

O estudo teve início no segundo semestre de 2014, com duração de 3 anos, composto por uma abordagem quantitativa - 1ª etapa - e qualitativa - 2ª etapa, sendo um estudo exploratório, descritivo, apoiado no método misto de pesquisa.

A presente pesquisa tem grande relevância, tendo em vista a recente criação do SUS no Brasil, pouco mais de vinte e cinco anos, após a saúde ser positivada no ordenamento jurídico como direito social e, conseqüentemente, a judicialização da saúde tornar-se um tema recente. As demandas de saúde surgiram para tentar alcançar o que já era garantido por lei ao cidadão através da Constituição de 1988, como dever do Estado, e que, devido a algum problema, não era concedido ao cidadão atendimento da forma prevista ou a obtenção de um bem ou serviço de saúde como deveria ser. Levando, a partir dessas situações, o judiciário a intervir na Administração Pública, para que o usuário consiga ter acesso aos serviços, gerando um debate sobre a intervenção do judiciário nas formas de organização do SUS.

Mesmo que haja uma medicina de alta tecnologia equipada para prevenir e curar doenças, em contrapartida a maioria da população não possui recursos para pagar os seus altos custos (DRANE; PESSINI, 2005). A dignidade da pessoa humana ainda é algo secundário quando se fala de saúde neste país, basta verificar a quantidade de pessoas que precisa ficar em macas nos corredores dos hospitais por falta de leitos, a insuficiência de profissionais de saúde para atender determinadas regiões no Brasil, o número de pessoas necessitadas que recorrem aos postos de saúde para conseguir medicamentos e que voltam para casa de mãos vazias. Esses são apenas alguns dos fatos corriqueiros que fazem parte do cotidiano de muitos brasileiros. Todavia, o enfrentamento dessa realidade pode produzir algo a mais, além de uma mera denúncia impregnada de indignação, na medida em que se deixa de focalizar somente na fragilidade e nas deficiências do sistema vigente e passa-se a repensar os direitos sociais a partir das questões que se apresentam e das possibilidades que surgem, neste caso, articulado à advocacia do paciente e à enfermagem em terapia intensiva.

Sendo uma temática pouco estudada internacionalmente e no Brasil, há algumas lacunas de estudos sobre esse tipo de pesquisa, mesmo quando a advocacia do paciente tem sido considerada um elemento inerente da ética profissional de enfermagem. (VENTURA et al., 2012), mostrando-se como importante elemento ao promover os direitos não respeitados dos usuários e ao sensibilizar as autoridades para as carências e necessidades da população.

Profissionais de enfermagem, e os pacientes sob seus cuidados, deveriam almejar e conseguir a melhor qualidade da atenção à saúde, fundamentada em uma relação profissional baseada na valorização e no respeito ao ser humano. No entanto, muitos problemas e dilemas éticos da enfermagem vêm do campo prático, onde os profissionais, frequentemente, têm clareza do que é correto, mas a execução desta ação pode não ser bem aceita em seu ambiente de trabalho, caracterizando o sofrimento moral (VARGAS, 2013). Logo, os enfermeiros por mais que vivenciem situações de doença, agonia, frustrações e morte, imobilizam-se e sofrem moralmente pela impotência, culpa e pelo receio diante da impossibilidade de executar o que consideram correto (BARLEM et al., 2013b).

O intensivismo é uma especialidade que demanda alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico. Ou seja, além de requerer dos profissionais extrema habilidade relacional e

afetiva, consideram-se as necessidades e especificidades dos pacientes e familiares. Assim, nas questões que compreendem a internação em UTI por ordem judicial, as ações de advocacia do paciente podem estar atreladas à possibilidade de garantir acesso equitativo aos cuidados de saúde e corrigir injustiças clínicas e sociais que desrespeitem sua dignidade, direitos e valores.

Outro aspecto que evidencia a relevância do presente estudo pauta-se, justamente, na reivindicação da sociedade e dos profissionais da saúde por mais leitos em UTI nos estabelecimentos de saúde, ou, talvez, sua melhor gestão, sendo que isto não é um fato recente e também atinge os profissionais da saúde. A gravidade dos pacientes que aguardam um leito na UTI exige dos profissionais tomadas de decisões rápidas e precisas, para evitar sequelas e aumentar a sobrevida dos mesmos (VARGAS et al., 2013).

No Brasil, muito pouco se conhece da infraestrutura disponível e, principalmente, da qualidade da assistência prestada por essas unidades. Em busca de respostas para estes questionamentos a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) realizou o Censo Brasileiro de UTIs, buscando atualizar a quantidade de serviços, leitos disponíveis e de profissionais que atuam como intensivistas no Brasil. Este levantamento tem ainda o objetivo de prestar serviços de consultoria para a extração e análise de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a respeito de leitos de UTI e profissionais da saúde intensivistas, bem como análise de dados provenientes de pesquisas realizadas pela AMIB, com cruzamento das informações coletadas, além de contribuir com a formulação de políticas de saúde no Brasil (AMIB, 2016).

Contudo, ressalta-se que o censo realizado pela AMIB, em 2016, referenda recomendações do Ministério da Saúde ao indicar a necessidade de 4 a 10% de leitos de UTI do total de leitos hospitalares (o que corresponde a 1-3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes) (AMIB, 2016).

Atualmente, o Brasil conta com 27.701 leitos de UTI A (adulto) distribuídos em 1752 estabelecimentos, mas esta distribuição é desigual, 53% desses leitos estão na região Sudeste e 14% na região Sul. Contrastando em 9% dos leitos de UTI na região Centro-Oeste, 19% no Nordeste e 4% no Norte do país. Além disso, o índice de cobertura de leitos SUS *versus* Não SUS é de 49% e 51% nas regiões Sudeste e Sul, com uma população que utiliza o SUS estimada em 77% na região

sudeste e 66% na região Sul. Em relação à proporção de leitos de UTI A e o número de habitantes, a região Sudeste tem 1,71 e a Região Sul 1,39 leitos/10.000 habitantes (BRASIL, 2017a; BRASIL, [2017b]; AMIB, 2016).

Diante desse cenário, esta pesquisa busca refletir a realidade da macrorregião sul e sudeste, na qual existe um quantitativo maior de serviços privados que não disponibilizam leitos de SUS. É fundamental a participação dos enfermeiros intensivistas em debates que envolvam a problemática social de inviabilidade de leito de UTI. Compete, também, aos profissionais, assumirem politicamente propostas que busquem mapear as diferentes instâncias que têm promovido esta situação muitas vezes caótica.

Por fim, considera-se pertinente ressaltar que a advocacia do paciente deve ser proposta como um papel político do enfermeiro junto aos usuários, objetivando assegurar seus direitos.

2. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

O conceito de saúde sustenta em si um duradouro debate que transcorreu simultaneamente com o que se entende por cidadania, proclamado no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948. Nesse sentido, o direito à saúde foi confirmado pelo Pacto da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais em 1966. Desde o final do século XIX os direitos sociais, entendidos como direitos fundamentais e garantias básicas que devem ser compartilhados por todos os seres humanos em sociedade e essencial para que as pessoas tenham o mínimo de qualidade de vida e dignidade, resultavam no cerne de discussões e reivindicações na sociedade ocidental industrializada, fomentando o início de alguns dos mais significativos "acordos políticos", fundadores do constitucionalismo social (ANDRADE, 2001).

Em 1923, com o advento da "Lei Elói Chaves", surgiu a Previdência Social no Brasil, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sendo que, a partir de 1926, a assistência médica também passa a ser incorporada pelas CAPs. No o início da década de 50, o Brasil passou a viver um período de industrialização acelerada, o qual determinou o deslocamento do polo econômico para os centros urbanos e acarretou um crescimento da demanda por serviços médicos devido à legião operária. Instaurou-se, assim, o modelo médico- assistencial privatista em 1966, onde os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) foram substituídos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que predominou até meados dos anos 80 (ANDRADE, 2001).

No Brasil, apesar de todos esses avanços, a saúde somente foi garantida como direito fundamental a toda a população por meio do art. 196 da Constituição de 1988. Todas as mudanças ocorridas no cenário da saúde, notadamente após a promulgação desta Constituição, foram resultado de um movimento que teve como liderança intelectual e política o autodenominado "Movimento Sanitário", formado por uma associação de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, oriundos, em sua maioria, do Partido Comunista Brasileiro

(PCB), opositor ao regime militar vigente naquele período. Esse processo de reformulação resultou na Reforma Sanitária Brasileira, a qual se sustentou numa conceituação ampliada da saúde, relacionada às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, situações de trabalho, educação e lazer (CARNEIRO, 2015).

Um marco nessa época foi, sem dúvida, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, em Brasília, abordando os seguintes temas nesse evento: a) a criação do SUS, com notável predomínio do setor público; b) a descentralização do sistema e a hierarquização de unidades de atenção à saúde; c) a participação e o controle da população na reorganização dos serviços; d) a readequação financeira do setor. A Reforma Sanitária foi adotada pela Carta constitucional vigente e, em atendimento às disposições do art. 197 da atual Carta Política, que remete para a legislação infraconstitucional, o tratamento das matérias atinentes à regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, foi publicada a Lei n° 8.080/90, tida como a Lei Orgânica da Saúde, e a Lei n° 8.142/90, que veio regular a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (PAIM, 2012).

Logo, o Sistema Único de Saúde surgiu no Brasil como fruto da Reforma Sanitária, onde a saúde passou a ter um direcionamento distinto, apoiado no acesso universal e igualitário às ações e serviços que visem a sua promoção, proteção e recuperação. Desta maneira, visto que a implantação do SUS trouxe benefícios para uma parcela relevante de brasileiros privados de um atendimento adequado em relação à saúde, em contrapartida, constatou-se a escassez de recursos para suportar o aumento da despesa. Neste contexto, tornar o direito à saúde uma realidade para o cidadão, deixando de ser uma promessa constitucional, em especial, para aquele que não possui recursos para custear seu próprio tratamento, é um desafio e atinge não somente aos profissionais da área da saúde e aos administradores públicos, mas também os operadores jurídicos, sobretudo, os magistrados (CARNEIRO, 2015).

O litígio pelo direito à saúde tornou-se (no rastro de uma política bem-sucedida de tratamento da AIDS) uma rota alternativa para brasileiros terem acesso aos serviços de saúde. O ano de 1996 representou marco cronológico para o início precoce da judicialização da saúde no Brasil, o sistema judicial passou a defender a maioria dos casos que reivindicavam direitos e garantias de saúde diante da

promulgação da Lei 9.313, que consolidou a responsabilidade do Estado em oferecer gratuitamente todos os medicamentos necessários para o seu tratamento a partir do SUS. Evidencia-se, então, uma solução viável e oportuna para obrigar os gerentes públicos a colocarem em prática os direitos sociais através do sistema judicial, fortalecendo o conceito de cidadania em si (VENTURA et al., 2016).

No Brasil, o descaso em relação à implementação de medidas para conferir maior efetividade aos direitos fundamentais sociais mostra-se através de um retrato da situação política e econômica que atravessa um país que ocupa a 79ª posição entre 188 países, na classificação do IDH, e fica estagnado em relação a 2014, no valor de 0,754, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Em referência à América do Sul, o Brasil é o 5º país com maior IDH, atrás do Chile, Argentina, Uruguai e Venezuela (UNDP BRASIL, 2017). Esses dados vêm de encontro à internação por ordem judicial como resultado não somente pela desigualdade, mas também pela iniquidade, ou seja, as desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça.

O termo judicialização refere-se à procura do poder judiciário pelos cidadãos para que medidas judiciais sejam empregadas contra o Estado para sanar os problemas decorrentes de políticas públicas deficitárias, como, por exemplo, as políticas de saúde. Logo, compreende-se por mandado judicial uma tipologia de documento público, entregue por um oficial de justiça, onde se encontram as decisões e ordens emitidas por um juiz em processo, com a finalidade de impedir a ocorrência de dano, ou possibilidade de dano, aos interesses individuais das pessoas protegidas pela administração pública de um Estado Democrático de Direito, assegurando, desta forma, a proteção dos direitos através do acesso ao judiciário. (RAMOS; GOMES, 2014)

Os juízes são convocados por usuários insatisfeitos e com dificuldades de ter o direito à saúde concretizado, para resolverem o conflito instalado entre o cidadão e o Estado, atuando como verdadeiro mediador desse conflito e decidem convictos de que estão efetivando o princípio constitucional da dignidade humana, bem como tornando concreta a determinação contida nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal (MOCELIN, 2013).

Nesse contexto, a partir dos resultados da Audiência Pública nº 4, realizada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em 2009, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) constituiu um grupo de trabalho para estudo e

proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde (Portaria n. 650, de 20/11/2009). Em 6 de abril de 2010, o CNJ publicou a Resolução n. 107, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à Saúde – Fórum da Saúde. O Fórum da Saúde é coordenado por um Comitê Executivo Nacional (Portaria n. 8 de 2 de fevereiro de 2016) e constituído por Comitês Estaduais.

O juiz é um profissional extremamente qualificado, mas sua atuação compreende, acima de tudo, a área jurídica, assim sendo, esses comitês executivos de saúde estaduais fazem esse diálogo entre os profissionais de saúde e o judiciário. Auxiliando no julgamento da obrigação de prover tratamentos ou medicamentos que podem não estar nas listas do SUS, determinando o fornecimento de prestações de saúde não previstas nas políticas públicas elaboradas para o setor, interferindo no campo de atuação do Poder Executivo, transgredindo o princípio da separação dos poderes (CARNEIRO, 2015), legitimado no artigo 2º da Constituição: "*São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.*" (BRASIL, 1988). Outra questão relacionada a essa intervenção do Poder Judiciário na área da saúde refere-se à desconfiança de parcerias entre a indústria farmacêutica, médicos e advogados no processo de judicialização (GOMES et al., 2014).

Perante essas demandas, o magistrado tem sido impelido a manifestar-se acerca de situações complexas, que significa, essencialmente, pesar um direito do paciente à vida contra o direito de muitos outros a receberem os cuidados básicos que eles precisam, ou seja, enquanto alguns pacientes têm acesso por meios próprios aos tratamentos necessários (uma maioria que conta com a proteção e o acesso a que tem direito), mesmo diante das carências do sistema, outros usuários contam com o mandado judicial para “furar a fila” (RAMOS et al., 2016).

O fato de se utilizar a via judicial como principal meio para garantir o acesso, onde o sistema judiciário passa a configurar-se como mais uma porta de entrada ao sistema, pode descaracterizar as bases teóricas e conceituais amplamente discutidas e pensadas pelos idealizadores da política sanitária em vigência no país, dificultando ainda mais o acesso da grande parcela da população que depende da saúde pública para o atendimento de suas necessidades (RAMOS et al., 2016).

A fim de ordenar os recursos, priorizar o acesso igualitário, equânime e universal aos usuários do sistema, foram criadas as centrais de regulação, que atuam através de critérios de risco e gravidade da situação de saúde do paciente. Os cadastros dos pacientes que necessitam de internação ou transferência, inclusive para leitos de UTI, são de responsabilidade dos hospitais da rede pública, além de manter atualizadas as informações dos pacientes até o direcionamento para o leito pelos médicos reguladores da Central, conforme protocolos estabelecidos. (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Em face da insuficiência de leitos, como os de alta complexidade, e da garantia do direito à saúde pela Constituição Federal e leis de saúde, o judiciário vem interferindo diretamente na regulação de leitos com o objetivo de resguardar um direito individual. No caso dos leitos de UTI, a regulação surge como função primordial para gerar equilíbrio das prioridades de atendimento e organização dos fluxos dos pacientes e, também, qualificando as redes assistenciais (PENALVA et al., 2011).

Se a ação do poder judiciário na sistematização dos serviços públicos de saúde resulta na violação dos princípios do SUS da igualdade e equidade, visto que a internação do paciente, não incluída na lista de espera e sem classificação de prioridade, altera o processo regulatório de priorizar a quem mais necessita, isso, no entanto, advém da insuficiência de leitos ou da indevida gestão desses leitos existentes, o que também implica na garantia da política da universalidade e da integralidade (VARGAS et al., 2018).

Diante desse cenário, como resultado, há um aumento indiscriminado das intervenções judiciais atuais, sobrecarregando os orçamentos municipais, estaduais e federal com esses gastos imprevisíveis, impactando na gestão do SUS. É importante considerar os resultados obtidos pelo estudo de Mocelin (2013), o qual sinaliza gargalos nas linhas de cuidado e dificuldades na garantia da integralidade da atenção à saúde pelo SUS. Revela que os procedimentos mais solicitados foram internações em leitos comuns, UTIs e cirurgias do aparelho circulatório, apontando para as necessidades emergentes de acesso aos procedimentos de média e alta complexidade, através de uma ampla cobertura normativa. Esses obstáculos devem-se à reprodução do modelo hegemônico, baseado em procedimentos e em uma baixa resolutividade da atenção básica. Traz também como justificativa o modelo de Estado comprador de serviços e

a introdução da lógica de mercado na gestão dos serviços, que predispõe à distorção do direito à saúde.

O crescimento das ordens judiciais sobre o direito à saúde traz consequências prejudiciais à organização das políticas de saúde, uma vez que inviabiliza o planejamento das compras de produtos de saúde e a barganha por preços favoráveis junto aos fornecedores, e dificulta o controle de estoques, exigindo a formação de um controle paralelo do fluxo de produtos de saúde. O autor refere que a judicialização não é a causa do atual quadro da saúde pública brasileira, mas sim o resultado e deveria ser tratada como um indicador das condições de saúde, ao apontar que o investimento no setor saúde tem sido incapaz de atender às demandas de toda a população. Portanto, trata-se de uma suprema via de acesso a serviços e produtos que ainda não estão incorporados ao sistema público de saúde (BITTENCOURT, 2016). Essa falta de recursos impede que os direitos sejam realmente efetivados e o direito a saúde está incorporado ao direito social, porém a saúde só é garantida se o Estado tiver recursos, e isso proporciona o aumento das iniquidades.

Importante destacar que no Brasil a judicialização atinge tanto a saúde pública como a saúde privada, mas é na saúde pública que o fenômeno manifesta-se com maior intensidade. De acordo com Silva (2015), em 2005, o custo do Ministério da Saúde para atendimento de ações judiciais em saúde foi de R\$ 2,24 milhões; em 2007, R\$ 25,1 milhões. No ano de 2009, essas ações resultaram num gasto de R\$ 83 milhões, em 2010, somaram gastos de R\$ 132,6 milhões, o que representa quase 2% do orçamento total da saúde do país. O cenário parece ser mais grave considerando as ações interpostas em face dos municípios, que têm orçamentos menores, mas não podem se eximir da responsabilidade imposta pelo Judiciário (SILVA, [2015]).

A escassez de serviços complexos e de alto custo pode gerar relações conflituosas entre profissionais, usuários e serviços de saúde e essa repercussão desfavorável manifesta-se em relação aos profissionais de saúde. Uma pesquisa aborda um posicionamento negativo diante da determinação dos mandados judiciais, revelando a injustiça originada pela ação do judicial, visto que essa ação prioriza determinado atendimento em detrimento a outros que talvez tenham maior urgência dessa assistência. Ainda assim, reconhecem direito à saúde através do judiciário que passa a configurar-se como uma porta de entrada ao sistema, diante das dificuldades vivenciadas pelos usuários.

Esses mesmos profissionais se veem obrigados a cumprirem o que fora determinado pelo juiz, independente da aprovação do teor da sentença. O descumprimento da determinação pode ser caracterizado como crime de desobediência, previsto no Código Penal, tipificado no artigo 330, o qual prevê uma pena de detenção de 15 dias a 6 meses, além de multa pessoal (RAMOS; GOMES, 2014).

Conforme exposto anteriormente, a necessidade de internação em UTI de pacientes pode, muitas vezes, superar a disponibilidade de leitos, sendo necessário, nesses casos, avaliar criteriosamente os casos com base nas evidências disponíveis de forma a permitir o melhor atendimento.

A Resolução CFM N° 2.156/2016 estabelece os critérios de prioridade para admissão e alta na UTI e as condições específicas que funcionam como eixos norteadores recomendados para gestão desses leitos. A admissão na UTI deve ser dada, prioritariamente, aos pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico:

- Art. 1º relata no que devem ser baseadas essas internações: I- diagnóstico e necessidade do paciente; II- serviços médicos disponíveis na instituição; III- priorização de acordo com a condição do paciente; IV- disponibilidade de leitos; V- potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.
- Art. 6º estão os cinco critérios de admissão: a) Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. b) Prioridade 2: necessidade de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. c) Prioridade 3: idem a prioridade 1, porém com baixa viabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica. d) Prioridade 4: idem prioridade 2, mas com limitação de intervenção terapêutica. e) Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são

apropriados para admissão na UTI, devem prioritariamente ser admitidos em unidades de cuidados paliativos (exceto se forem potenciais doadores de órgãos).

A resolução reforça que os pacientes classificados como Prioridade 2 ou 4 devem prioritariamente ser admitidos em unidades de cuidados intermediários. Além disso, aborda no Art. 10 os critérios para alta das UTIs: a) Paciente que tenha seu quadro clínico controlado e estabilizado; b) Paciente para o qual tenha se esgotado todo o arsenal terapêutico curativo/restaurativo e que possa permanecer no ambiente hospitalar fora da UTI de maneira digna e, se possível, junto com sua família.

O encaminhamento de um paciente para UTI por ordem judicial evidencia que esta situação ocorre porque em algumas instituições de saúde ainda há condições inadequadas para prestar um cuidado digno ao paciente, despertando dilemas éticos. Nesta direção, a advocacia pode manifestar-se quando o enfermeiro está diante da questão do paciente permanecer ou não em um local de tecnologia restrita, carência de estrutura física e recursos humanos necessários para manter a vida do paciente (VARGAS et al., 2013).

2.2 A ADVOCACIA DO PACIENTE DIANTE DA INTERNAÇÃO POR ORDEM JUDICIAL NA UTI

A palavra advocacia é derivada do latim “*advocatus*”, ou seja, aquele que é convocado a depor, e está diretamente relacionada ao termo “advogado”, aquele que suplica, intercede e fala por, ou em nome de outra pessoa; um defensor; um intercessor (GRACE, 2001; HANKS, 2010). Considerando que as definições tradicionais do termo advocacia têm suas origens históricas na lei, a adoção do termo advogado para designar a atuação profissional em ambientes não jurídicos pode suscitar contradições, de modo que definir os alcances e limites da advocacia, fora do seu significado na área jurídica, representa um desafio para qualquer disciplina (GRACE, 2001).

Para falar de um conceito que trata da defesa pela saúde, no sentido da advocacia, ou seja, interceder a favor de alguém e defender com argumentos e razões, é importante considerar as diversas dimensões que envolvem a saúde, tornando-se fundamental o diálogo entre os campos da saúde, dos direitos humanos (BARLEM et al., 2013b) e da ética.

A advocacia além de ilustrar o poder profissional da enfermagem, ajuda a fornecer cuidados de enfermagem efetivos, é uma abordagem relativamente moderna, mas seus primeiros movimentos originaram-se nos dias de Florence Nightingale, inaugurando a era moderna de enfermagem com a publicação de *Notes on Nursing*, em 1859, que teve uma diretiva implícita de advocacia para pacientes, particularmente pacientes vulneráveis. Embora o foco principal de *Notas sobre Enfermagem* é o cuidado direto ao paciente e manipulação ambiental para efetuar a cura, Florence foi capaz de promover a mudança no saneamento não apenas hospitalar, mas também para a população em geral através de medidas de saneamento para saúde das comunidades (HANKS, 2013).

Para comemorar seu legado, estudantes de enfermagem recitavam *The Nightingale Pledge* durante a cerimônia de formatura como um compromisso em cuidar e aceitar obrigação de se dedicarem à profissão escolhida. Estas palavras simbolizam a devoção de enfermeiros a sua profissão e representam uma promessa de que não importa o que aconteça, o enfermeiro protegerá os direitos dos pacientes e advogará em nome deles (AL SHAMMARI et al., 2017).

A advocacia também se faz presente no juramento brasileiro. Esse ato solene é de grande importância para os futuros profissionais, pois assumem publicamente o compromisso de prestigiar a profissão e exercê-la com dignidade e respeito ao ser humano através do Juramento da Enfermagem:

Solenemente, na presença de Deus e desta assembléia, juro: dedicar minha vida profissional a serviço da humanidade, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana, exercendo a enfermagem com consciência e fidelidade; guardar os segredos que me forem confiados; respeitar o ser humano desde a concepção até depois da morte; não praticar atos que coloquem em risco a integridade física ou psíquica do ser humano; atuar junto à equipe de saúde para o

alcance da melhoria do nível de vida da população; manter elevados os ideais de minha profissão, obedecendo aos preceitos da ética, da legalidade e da moral, honrando seu prestígio e suas tradições (COFEN, 1999).

O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros emergiu de circunstâncias sociais amplas que levaram os consumidores dos cuidados de saúde a rejeitarem práticas de saúde paternalistas e a exigirem sua autonomia em situações de tomada de decisão clínica acerca dos cuidados nos seus processos de saúde e doença (ANNAS; HEALEY, 1974; JAMETON, 1993; MAHLIN, 2010).

Essa prática surgiu nos Estados Unidos, em 1973, conforme refere Hanks (2013), quando o Conselho Internacional de Enfermeiros introduziu o termo advocacia em seus códigos profissionais, evidenciando um princípio fundamental da ética em enfermagem. Contudo, a advocacia foi reconhecida abertamente na prática de enfermagem apenas na década de 1980 e ainda hoje pode ser considerada um papel relativamente novo para a profissão (VARGAS et al., 2018).

Portanto, a advocacia é um componente do papel dos profissionais de saúde na promoção do bem-estar dos pacientes e, para que isso ocorra, é necessário certo nível de desenvolvimento moral dos enfermeiros para praticar a advocacia. Vaartio e Leino-Kilpi (2005) definem a advocacia em proativa, reativa e por competência. A proativa refere-se à advocacia motivada pelo direito do paciente à informação, ou seja, ações destinadas a ajudar o paciente esclarecer questões relativas à sua saúde e apoio na tomada de decisões sobre seus cuidados. A reativa decorrente do direito do paciente à segurança pessoal, é necessária em situações onde os direitos do paciente estão em perigo, por exemplo, se o paciente não possui a competência para exercer o seu direito à segurança ou à autonomia, devido à deficiência cognitiva, dificuldades na comunicação (pacientes sedados), etc. E, por fim, a advocacia como um princípio filosófico, incorporado na competência de enfermagem.

O exercício da advocacia só pode ocorrer quando os pacientes invocam os enfermeiros para defender seus interesses ou é uma prática que os enfermeiros podem assumir a partir de iniciativa própria? Os enfermeiros devem se sentir obrigados a defender quando trabalham ambientes que não suportam atividades de advocacia? Onde a defesa dos pacientes pode entrar em conflito com o dever de cuidados dos

enfermeiros, particularmente em situações em que os pacientes insistem em um curso de ação que o enfermeiro sabe que pode prejudicá-los? Esses questionamentos chamam a atenção para a complexidade do conceito de advocacia, as dificuldades de operacionalização e concentração na perspectiva de defesa reativa dos enfermeiros.

As ações de defesa de direitos são aplicáveis especialmente às pessoas cujos direitos e necessidades são ignorados e/ou a proteção contra a incompetência de outros profissionais de saúde. O conceito de advocacia compreende um processo que visa mobilizar apoio para uma causa, buscando provocar mudanças favoráveis, por meio da formação de parcerias com indivíduos ou grupos que possuem objetivos comuns. Devido à sua importância, este aspecto da advocacia foi incorporado no Código de Enfermagem de muitos países. Contudo, não podemos deixar de mencionar que este processo pode não ser fácil (VENTURA et al., 2012).

O papel de defesa do paciente começou a ser definido na literatura pelos autores George J. Annas e Joseph H. Healey (1974), os quais exploraram este novo papel de advogado do paciente, e, a partir daí, a enfermagem começou a ser vista como a profissão ideal para assumir esse papel na saúde, devido à proximidade da relação enfermeiro-paciente e o tempo constante de permanência desse profissional nas unidades de saúde (CHOI; CHEUNG; PANG, 2014; FALCÓ-PEGUEROLES et al., 2015), principalmente na UTI, onde há uma pluralidade de problemas que demandam do enfermeiro intensivista reflexão ética aprimorada, capaz de orientar a tomada de decisão e o agir rápido e preciso, impactando na qualidade do cuidar (VARGAS et al., 2018).

Nos cuidados de saúde, os avanços tecnológicos não só melhoraram a capacidade de manter as pessoas vivas por mais tempo, mas também aumentaram a complexidade das decisões éticas enfrentadas pelos pacientes e profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, a autoridade da biomedicina moderna foi desafiada por críticos que questionaram a crescente influência que tinha sobre o corpo humano desde o nascimento até a morte. Através deste sobressalto na mudança social e cultural, a profissão de enfermagem procurou definir um novo papel para si própria, não mais como dependente da medicina, mas como uma profissão separada com seu próprio conjunto de objetivos e princípios, convalidando em torno de um conceito mais holístico de cuidados centrados no paciente. Assim, o conceito de defesa do paciente

fortaleceu a enfermagem para desafiar a autoridade da medicina e construir uma nova forma consolidando a sua identidade (LAW; CHAN, 2015).

Diante desse novo papel, três autores impulsionaram a enfermagem a abraçar o papel de advogado, concentrando-se principalmente na hospitalização do paciente. Leah Curtin (1979) baseou sua filosofia de defesa dos cuidados na crença das necessidades humanas, explorou a advocacia para o paciente vulnerável, alegando que os enfermeiros têm um compromisso moral para melhorar a autonomia do paciente. Também, alertou os enfermeiros para que evitem viés ao agir como advogados, ou seja, fornecer advocacia sem que as próprias crenças influenciem na decisão do paciente. Sally Gadow (1980) traz o conceito de defesa existencial, incluindo cuidar do paciente silencioso, no contexto da terapia intensiva, por exemplo. E Mary Kohnke (1980) teve uma abordagem pragmática para o estudo da defesa de enfermagem, alertou para não advogar de um ponto de vista paternalista e acreditar na capacidade de autonomia dos pacientes sem subjugar-los. Em relação à educação em enfermagem, reforça que para exercer a advocacia de maneira proficiente deve-se ter uma base de conhecimentos adequada em domínios como ética, direito social e política (HANKS, 2013; VARGAS et al., 2018)

No Brasil, a advocacia tem sido proposta como um papel político do enfermeiro junto aos usuários, objetivando assegurar seus direitos, contribuindo para seu empoderamento e para que se tornem sujeitos ativos (VENTURA et al., 2012).

A advocacia tem sido definida como a voz dos pacientes, como um guia de condutas, como uma forma de enfrentamento dos diversos desafios impostos pelas tradicionais estruturas de saúde e suas relações de poder, como uma forma de capacitar os pacientes para suas decisões e intervir nas falhas de comunicação entre os pacientes e outros profissionais da saúde. Ainda, tem como propósito auxiliar o paciente a obter cuidados de saúde necessários, a defender seus direitos, garantindo a qualidade do cuidado e servindo como um elo entre o paciente e o ambiente de cuidados de saúde (COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014). Portanto, algumas circunstâncias agem como um “gatilho” para que a advocacia do paciente ocorra. Entre essas circunstâncias estão a vulnerabilidade do paciente e a responsabilidade profissional vinculada à obrigação moral do enfermeiro.

Desse modo, o enfermeiro como advogado do paciente necessita apoiar ativamente seus direitos e escolhas, auxiliando-o a esclarecer suas decisões, promovendo seus interesses legítimos e protegendo seus direitos fundamentais, como a autonomia na tomada de decisões. Destaca-se que os enfermeiros agem como advogados dos pacientes principalmente quando percebem que esses estão vulneráveis, com suas necessidades não satisfeitas (VARGAS et al., 2013; HANKS, 2013), ou ainda se a qualidade dos serviços diminui e quando os pacientes não recebem cuidados adequados (BARNHORST; MARTINEZ; GERSHENGORN, 2015).

Os enfermeiros defendem pacientes, colegas, profissão e a si mesmos. Devem, também, defender políticas, programas e práticas no ambiente de saúde. Primeiro, é importante que os enfermeiros sejam defensores mútuos na prática para construir a moral e promover o trabalho em equipe. Por exemplo, um enfermeiro experiente pode desempenhar um papel de "preceptor" de um enfermeiro novato na UTI e/ou na profissão. Este tipo de acolhimento faz o profissional sentir-se pertencendo àquela equipe, representa a união entre colegas, com respeito mútuo e a responsabilidade que isso implica. Cuidar de si é tão importante quanto cuidar dos outros. Criar um ambiente saudável para a vida profissional e familiar, reforçando comportamentos positivos no local de trabalho, não só cria um ambiente colaborativo, mas também ajuda reforçar a capacidade de resistência necessária para prosseguir na prática intensivista a longo prazo (WALKER et al., 2015).

Hanks (2013) percebeu que a preparação educacional para o exercício da advocacia do paciente, muitas vezes, é aprendida no trabalho, observando-se essa prática em enfermeiros, ou após o enfermeiro vivenciar uma experiência de advocacia do paciente na sua prática profissional. Desse modo, pode-se destacar que as experiências profissionais na advocacia do paciente contribuem para aumentar a confiança do enfermeiro no exercício de suas ações como advogados.

Uma equipe de enfermagem de um centro médico acadêmico no sul da Califórnia foi homenageada durante um evento de reconhecimento hospitalar, por excelentes cuidados de enfermagem prestados a Kalynn, uma jovem que precisava de um segundo transplante de pulmão, por fibrose cística. Essa história inspirou o autor a explorar relacionamentos, confiança e advocacia que se cruzam em ambientes de enfermagem e em sistemas complexos de saúde. E ilustra como enfermeiros nos serviços de cuidados intensivos e peri-operatórios

exercitaram seus papéis de advocacia, centrados na garantia de que os direitos de Kalynn fossem protegidos, sua voz fosse ouvida, no estabelecimento de confiança e proporcionando segurança, conforto e cuidados.

Nesse estudo, os enfermeiros demonstraram-se idealmente posicionados no sistema e dispunham do conhecimento científico para fornecer cuidados, compartilhar informações, defender os pacientes e favorecer sua autonomia e a tomada de decisão, fazendo da advocacia uma obrigação moral e ética (GALUSKA, 2016). Esse reconhecimento funciona como uma estratégia para apoiar os enfermeiros, disseminar o trabalho exemplar e autenticar seus esforços de advocacia através de cerimônias de premiação, como esse que reconheceu o "*Team Kalynn*".

A proximidade com o paciente proporciona a oportunidade para conhecê-lo melhor, estabelecer uma relação terapêutica e atuar como mediadores em diferentes situações entre os próprios pacientes e os outros profissionais de saúde.

Considera-se que, quando bem-sucedido, o exercício da advocacia pode trazer inúmeros benefícios aos pacientes e enfermeiros. Entretanto, diversas vezes, mesmo buscando superar barreiras e reconhecendo fatores facilitadores em seus ambientes de prática, os enfermeiros podem falhar ao tentarem advogar por um paciente, o que pode lhes desencadear sentimentos de frustração, raiva, impotência e, possivelmente, a vivência do sofrimento moral. Tais circunstâncias devem ser retomadas e gerenciadas, a fim de evitar consequências que podem apresentar-se para enfermeiros e pacientes (LUZ et al., 2015).

No estudo de Fridh (2014), os problemas relatados pelos enfermeiros estão relacionados com a colaboração profissional e a comunicação entre médicos e enfermeiros. Há opiniões divergentes sobre quando o paciente deve ser considerado terminal. Quando uma boa comunicação entre os funcionários da UTI é uma realidade e quando os membros da família estão envolvidos nas decisões de limitar os cuidados terapêuticos, o prolongamento do sofrimento é evitado. O cuidado de enfermagem tem um profundo impacto na memória das famílias, gerando uma relação de confiança entre o enfermeiro, os pacientes e suas famílias, visto que esse profissional não só se preocupa, mas também tem conhecimento e qualificação, facilitando, assim, o entendimento da experiência de estar ou ter um ente querido dentro de uma UTI.

O papel do enfermeiro na advocacia do paciente revela em sua essência uma relação direta com a moral, constituindo-se em uma atividade fundamental da enfermagem, apesar de apresentar muitas barreiras em seu exercício, impossibilitando, muitas vezes, que os enfermeiros desempenhem esse papel de maneira que satisfaça seus ideais (BARLEM, 2012; TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2014).

Assumir o papel de advogado do paciente constitui um desafio nos diferentes ambientes de atuação da enfermagem. Situações que comumente dão origem a conflitos éticos nos diferentes ambientes de cuidado requerem dos enfermeiros ações morais, resistências, enfrentamentos e, especialmente, o exercício de advocacia, tendo em vista que suas omissões podem repercutir de forma negativa no cuidado aos pacientes. Logo, o enfermeiro, ao se reconhecer como responsável por advogar pelos direitos do paciente, sente-se encorajado a resistir e enfrentar situações que reconhece como moralmente inadequadas (TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2014). Por isso, é preciso enfatizar que o enfermeiro pode e deve assumir um papel maior que o de um mediador. Deve buscar assegurar os direitos dos usuários, especialmente o direito a um cuidado integral e de qualidade, que preserve seus valores na tomada de decisão, garantindo sua autodeterminação (VENTURA et al., 2012).

Uma pesquisa sobre ética e advocacia em enfermagem mostrou que apenas 5% a 15% dos enfermeiros e outros profissionais denunciariam sobre uma questão que testemunharam em relação à uma preocupação de defesa do paciente. Na falta de defesa o resultado é danoso para os pacientes. Além disso, constatou-se que o advogar é inconsistente, que é aprendido na prática do dia a dia, revelando uma lacuna na habilidade e preparação desses profissionais, sendo necessário desenvolver intervenções educacionais eficazes para ensinar advocacia para estudantes de enfermagem (GAZARIAN; FERNBERG; SHEEHAN, 2014).

A enfermagem, como uma das maiores forças de trabalho na saúde, tem um papel chave no apoio a pacientes, famílias e comunidades, o de alcançar melhores resultados em saúde. Além disso, as instituições de saúde devem também examinar a cultura e as práticas organizacionais que podem impedir a capacidade dos enfermeiros para o exercício da advocacia e proteger um ambiente em que o bem-estar do paciente e melhores resultados são priorizados (LAW; CHAN, 2015).

Um estudo aborda os obstáculos mais comuns relacionados à advocacia dos pacientes: o enfermeiro fazer uma escolha crucial entre proteger o interesse da organização hospitalar ou o interesse do paciente; a falta de tempo e de recursos e a relação médico-enfermeiro (OLIVEIRA; TARIMAN, 2015).

Quando os enfermeiros advogam pelos pacientes, podem enfrentar certos riscos e obstáculos, relacionados à organização e às relações de poder próprias do ambiente de trabalho, havendo a possibilidade de que a tentativa de advogar por um paciente possa falhar e que inúmeras barreiras surjam ao abordar os direitos, as escolhas ou o bem-estar dos seus pacientes. Desse modo, os riscos associados ao exercício da advocacia, como a segurança no emprego, conflitos no ambiente de trabalho e o temor de represálias por possíveis resistências implementadas, têm constituído fatores determinantes para os enfermeiros exercerem ou não o papel de advogados do paciente (TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2014).

A advocacia e a realidade da prática são variadas e complexas. Um estudo aborda algumas barreiras que os enfermeiros podem enfrentar quando exercem a advocacia do paciente: a) falta de clareza conceitual - o ensino atual sobre advocacia não prepara os enfermeiros com o entendimento e habilidades que eles precisam para serem defensores bem-sucedidos. É difícil advogar se a instituição empregadora não suporta os direitos do paciente e a participação nas decisões de saúde ou não reconhece as responsabilidades éticas dos enfermeiros. A cultura de trabalho da instituição de saúde tem um profundo impacto sobre a agência moral de enfermeiros; b) atitude de colegas - incluindo outros enfermeiros, gestores ou outros profissionais de saúde, mas na maioria das vezes é a atitude dos médicos que influencia na defesa do paciente, pois devem apenas repetir a mesma história que o médico disse ao paciente, reforçando a crença de que a decisão final sobre o tratamento encontra-se com o médico, não com o paciente; c) relação enfermeiro-paciente - em situações onde estas relações não acontecem devido ao paciente ser incapaz de se comunicar, ou porque o enfermeiro tem pouca oportunidade de interagir com o paciente, a defesa do paciente pode ser difícil, se não impossível, de alcançar; d) Características individuais - enfermeiros que acreditam ser os principais responsáveis pelo paciente estão mais propensos a denunciar do que aqueles que creem na responsabilidade igualmente entre médicos e outros profissionais de saúde. A capacidade de cultivar

relacionamentos profissionais positivos também emerge como uma habilidade fundamental para representantes dos doentes (LAW; CHAN, 2015).

Logo, a prática de enfermagem nos cuidados intensivos pode estar atrelada a condições de trabalho desfavoráveis, como contenção de custos, aumento das demandas de serviços, redução de pessoal e mistura de habilidades diluídas com um número crescente de enfermeiros novatos na força de trabalho. Isso pode limitar o grau e o tipo de advocacia desempenhada por esses profissionais. No entanto, independentemente desses desafios, o papel dos enfermeiros como defensores de interesses e bem-estar dos pacientes deve ser constantemente mantido.

Bu e Jezewski (2007) descrevem que os antecedentes da advocacia do paciente na enfermagem podem ocorrer em níveis macrossociais e microssociais no sistema de saúde. No nível macrossocial, as disparidades de saúde, motivadas por fatores como a pobreza e o acesso aos serviços de saúde, constituem as principais razões para advogar. Ainda, o ambiente hospitalar pode compreender um importante antecedente macrossocial na medida em que o uso da tecnologia avançada e os custos de saúde têm ignorado a autonomia e os valores dos pacientes. Desse modo, a advocacia do paciente vem consolidando-se como uma resposta aos problemas no sistema de saúde e às disparidades decorrentes.

Neste cenário, é indispensável discutir a necessidade de ampliar o conceito de advocacia do paciente, além da "prática de cabeceira", para a defesa da saúde na comunidade e na política diante daqueles que precisam de cuidados de saúde, mas não conseguem acessá-lo. Além disso, devem defender a profissão de enfermagem para avançar mudanças no nível do macrossistema, a fim de otimizar a saúde da população (WADDELL et al., 2016).

No que se refere ao nível microssocial, as condições clínicas dos pacientes constituem os principais antecedentes de advocacia, destacando-se, entre essas, a vulnerabilidade do paciente. Pacientes ou populações são consideradas vulneráveis, especialmente, quando não podem se representar plenamente e proteger seus próprios direitos, necessidades, benefícios e desejos, e quando são incapazes de tomar decisões apropriadas ou de realizar as suas decisões (BU; JEZEWSKI, 2007).

As reflexões a respeito de cada pessoa e suas condições diante da sociedade variam e são essas condições que permitem determinar se a pessoa é vulnerada ou vulnerável. Nesta direção, os autores afirmam que os vulnerados são aqueles que, por situações de fato, encontram-se com problemas que afetam suas condições de vida ou estado de saúde, é uma condição provocada socialmente e é evitável; os vulneráveis englobam a sociedade, visto que todos podem adquirir algo que interfira na condição de vida ou estado de saúde (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2009).

A vulnerabilidade dos pacientes pode decorrer de situações clínicas específicas, como a perda de consciência, câncer, dor, doença mental, deficiências cognitivas, ou, ainda, quando não tem conhecimento suficiente para tomar decisões. A própria hospitalização pode aumentar a vulnerabilidade dos pacientes, em virtude de seus conhecimentos limitados sobre os cuidados de saúde nesses ambientes e pela sua sujeição aos cuidados dos profissionais de saúde (EKLUND et al., 2014; BARNHORST, MARTINEZ, GERSHENGORN, 2015).

A combinação de hospitalização, doença e sujeição aos cuidados da equipe de saúde pode constituir uma situação difícil para que possam expressar plenamente suas opiniões e escolhas, explicitando suas vulnerabilidades, tanto pelo comprometimento da autonomia como também pela debilidade física. Assim, ao assumirem o compromisso moral de exercer a advocacia do paciente, os enfermeiros podem demonstrar que estão em uma posição única nas relações em saúde, podendo auxiliar os pacientes a esclarecerem os objetivos dos seus tratamentos e na tomada de decisões de saúde relacionadas (MAHLIN, 2010).

Contudo, mesmo em posições de vulnerabilidade, são os pacientes que determinam o sentido dos seus desejos e interesses, de modo que o enfermeiro deve auxiliá-los para que exerçam sua liberdade de escolha. Muitas vezes, a advocacia do paciente representa um desafio para os enfermeiros, pois pode ser vista como um ato paternalista, especialmente quando o paciente não está em condições adequadas de se comunicar, situação comum nos ambientes de terapia intensiva.

A relação entre paternalismo e advocacia em enfermagem causa confusão sobre seus significados e práticas. O paternalismo pode ser descrito como o exercício do poder sobre alguém combinando decisões arbitrárias e inquestionáveis (COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014), ou seja, tomada de decisões sem consultar as preferências individuais

dos pacientes, assumindo o que supõe ser o melhor para eles. Embora o paternalismo possa parecer contrário à prática da enfermagem baseada na advocacia, que está enraizada no princípio de que os pacientes têm o direito de autonomia nas decisões sobre seus cuidados, alguns autores observaram que existe uma "linha tênue" entre defesa e paternalismo. Algumas pesquisas sobre as percepções de advocacia de enfermeiros indicam que existe dificuldade em distinguir uma representação real dos desejos do paciente e de uma afirmação do que o advogado acredita ser no melhor interesse do paciente (CHOI; CHEUNG; PANG, 2014).

A exploração da advocacia para o paciente vulnerável foi chamada no estudo de Benner (2002) como conceito de defesa existencial, incluindo cuidar do paciente silencioso. O estudo explorou estratégias utilizadas pelos enfermeiros ao trabalhar com pacientes silenciosos: sedados, paralisados ou menos alertas. Como resultado, encontraram enfermeiros utilizando técnicas de preservação da personalidade do paciente, afirmando que o enfermeiro deve personificar as características do paciente para os seus cuidados e deve torna-se a sua voz.

Desde o primeiro estabelecimento de unidades de terapia intensiva nos anos 50, cuidar de pacientes em fase terminal tem sido parte integrante dos cuidados intensivos de enfermagem. Uma breve pesquisa mostrou que a morte e o morrer é um tema que possui pesquisadores e acadêmicos engajados desde as primeiras publicações. É interessante notar que um dos primeiros artigos publicados em enfermagem tratava da morte e foi publicado na seção do "Páginas de problemas" (WEBSTER, 1985). Uma enfermeira relatou sobre problemas que ela enfrentou com pacientes terminais em uma unidade de cuidados coronarianos. Ela entende que a morte poderia ter sido evitada e a vê como um fracasso, causando sentimento de culpa entre os profissionais. Além disso, ela descreveu a unidade como sem privacidade, tanto para o paciente quanto para os colegas; identificou a necessidade de abertura para falar sobre a morte com pacientes e familiares. Outro tópico discutido foi sobre quando as intervenções médicas prejudicam o direito do paciente a uma morte pacífica e digna. Assim, as perguntas e dilemas sobre as decisões de fim de vida foram reconhecidas pelos enfermeiros da UTI (FRIDH, 2014).

A tecnologia de salvamento caracterizou as unidades de terapia intensiva. O desenvolvimento contínuo da tecnologia levou ao sucesso

os cuidados intensivos e as vidas de hoje podem ser salvas numa medida que provavelmente ninguém poderia ter previsto nos primeiros estágios da medicina de cuidados intensivos (VARGAS et al., 2018). Esta evolução continua, mas também levanta importantes questões éticas: é uso de novas tecnologias de salvar vidas ou é apenas o prolongamento da morte, causando um desvio de recursos de UTI? E talvez esse seja um dos motivos da falta de leitos em terapia intensiva?

Escolher uma ou algumas opções dentre várias possíveis envolve um processo que inclui probabilidades onde se pondera os desfechos mais favoráveis para si mesmo ou para outros indivíduos. Partindo do âmbito das relações interpessoais, o processo de tomada de decisão no contexto de saúde diz respeito à construção da relação profissional-paciente, a qual é apoiada pelo conhecimento teórico e prático e pelos interesses dos pacientes. A assimetria inicial da relação profissional-paciente, pelo modelo da ética profissional tradicional, e tende a estabelecer maior poder de decisão ao médico, uma vez que sobre ele recai a detenção do conhecimento (MCCULLOUGH, 2013).

2.3 DELIBERAÇÃO MORAL DOS ENFERMEIROS DE UTI

Autoridades governamentais têm por meta fazer o máximo com aquilo que esteja disponível. Governar é fazer escolhas e a dificuldade principal é saber quem vai ficar desassistido, uma vez que não há país capaz de fazer tudo por todos, irrestrita e indefinidamente no tempo. Então, como resolver uma situação em que, se o Estado fornecer tudo o que for excepcional para alguns particulares, poderá desassistir a coletividade? Como solucionar um caso específico, que bate às portas da Justiça, se as evidências científicas a favor do paciente ainda não são contundentes? Como não ferir o princípio da equidade consagrado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei 8.080/90, uma vez que em tese beneficiaria demandas individuais em detrimento das coletivas?

Nesse contexto de equidade, uma pesquisa analisa a abordagem da judicialização do acesso a medicamentos e seus possíveis impactos descritos em artigos publicados em revistas científicas indexadas nos principais bancos de dados de saúde anteriores até julho de 2012, revelando que as interpretações judiciais do direito à saúde diferem de acordo com os países. Na Europa, os juízes europeus tendem a priorizar a riqueza comum sobre os direitos individuais, assim como na África do

Sul os tribunais têm relutado em decidir casos individuais que podem afetar a maioria da população, logo o benefício coletivo predomina sobre o benefício individual. Mas, em países da América Latina, as decisões judiciais são geralmente favoráveis a processos individuais, sem considerar os impactos sobre a saúde sistema e o resto da população (VARGAS-PELÁEZ et al., 2014). Neste âmbito, o debate reflete as discussões mais amplas e relacionadas, principalmente, ao acesso e à equidade, em como lidar com essas massas particularmente vulneráveis, ou literalmente vulneradas (ou afetadas), que não são capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhas pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentarem sua condição de afetadas e tentarem sair dela.

Há, portanto, uma grande necessidade de se pensar instrumentos e mecanismos que possam analisar, interagir com o sistema de justiça e buscar reduzir as distorções causadas pelos mandados judiciais (GARBIN et al., 2014).

O desafio desse tema exige discussão intersetorial e multidisciplinar. O reconhecimento de que o tema é complexo, mas que é possível prover subsídios aos poderes executivo e judiciário, de forma a atuar integradamente em benefício dos cidadãos, é algo que desafia, uma vez que a demanda judicial individualizada relacionada a questões de saúde contra entes públicos teve um crescimento exponencial nos últimos anos. Soluções passam pelo auxílio de médicos, afinal, não há como decidir uma questão estritamente técnica sem que um profissional da área auxilie, para não tomar as decisões somente com base no conhecimento jurídico. O auxílio do *expert* alicerça o julgador na sua nobre missão, uma vez que pelo menos a parte de mérito é embasada por um modelo técnico, subtraindo-se o passional (D'ÁVILA; SALIBA, 2017).

Partindo da compreensão de que o Poder Judiciário age corretamente ao exigir políticas públicas em consonância com as determinações constitucionais, diante da ineficiência da prestação dos serviços de saúde, também se pode afirmar que esta situação somente pode ser admitida de forma transitória. É preciso refletir sobre mecanismos de repartição, de compartilhamento dos sucessos que efetivamente produzam resultados positivos no campo da saúde, a fim de não perdurar um problema ainda maior, no tocante à alocação não planejada ou mal direcionada (VENTURA et al., 2010).

Em um contexto marcado por significativas incertezas – em que se discutem as dificuldades de acesso e os reais benefícios das novas tecnologias em saúde, enfermeiros necessitam desenvolver uma competência ética, necessária para lidar em seu cotidiano com os problemas éticos envolvidos no processo de cuidar de pacientes internados na terapia intensiva. Uma proposta que pode auxiliar enfermeiros a tomar decisões baliza-se na análise da situação, utilizando-se da Deliberação Moral. Esta é uma ação complexa que está envolvida pelo conhecimento técnico-científico e por elementos subjetivos, crenças, princípios e valores e, muitas vezes, a decisão tomada não representa a melhor opção, quando avaliada sob outros aspectos que não os utilizados por quem analisou o conflito (SCHNEIDER; RAMOS, 2012). Quem delibera precisa admitir a existência de mais soluções do que as vislumbradas à primeira vista, com abertura para novos descobrimentos, novas perspectivas interpretativas. Isso é importante para bem deliberar, pois as soluções vistas por primeiro são as extremas, que levam a realização de um dos valores em conflito com detrimento total do outro, ou seja, desenvolver habilidades para a tomada de decisão é essencial para a excelência da prática profissional e para a qualidade dos serviços de saúde (ZOBOLI, 2016).

Cotidianamente, os profissionais de saúde enfrentam dilemas/problemas éticos, como os relacionados às desigualdades de condições de vida, ao acesso aos serviços do sistema de saúde e à falta de preparo/qualificação dos recursos humanos em saúde.

Schneider (2010) define ética como o posicionamento, a decisão de cada pessoa perante a moral, ou seja, às normas, costumes e princípios. Em resumo, a ética está evidenciada nas atitudes que cada pessoa toma. Assim, a forma de agir de um profissional dependerá do seu posicionamento, do seu compromisso/comprometimento com a profissão.

A responsabilidade vincula-se à obrigação, encargo, compromisso ou dever de realizar algo que se determinou que deveria ser realizado. Na ética, a responsabilidade dos profissionais de saúde não está relacionada, somente, ao cumprimento do Código de Ética, está atrelada ao comprometimento civil e penal.

A habilidade de tomar decisões nos problemas éticos é essencial para a excelência profissional e para a qualidade da atenção à saúde. Só é excelente a assistência que alia exatidão técnica e

responsabilidade na tomada de decisão ética. A tomada de decisão ética depende de sensibilidade e de raciocínio moral. A sensibilidade ética é influenciada pela cultura, religião, educação e experiências pessoais e envolve a identificação dos aspectos morais e éticos envolvidos em uma situação que afeta o bem-estar do indivíduo. O raciocínio moral é um processo cognitivo, no qual cada pessoa estabelece a ação eticamente defensável para resolver um conflito de valores. A linguagem moral da deliberação refere-se aos valores e deveres e o problema ético é um conflito de valores. Os julgamentos morais precisam ser endossados por razões válidas e a moralidade exige uma consideração imparcial do interesse de cada indivíduo, a fim de se conduzir a situação por um caminho razoável, prudente e passível de realização (MOTTA et al., 2016). Em oposição a atitudes inflexíveis e autoritárias ou despreocupadas e descomedidas, há diversas perspectivas de práticas responsáveis, baseadas na deliberação participativa, na escuta reflexiva, no respeito da opinião de todos e na busca de atitudes razoáveis e prudentes.

A deliberação não cabe em todos os âmbitos da vida humana, pois delibera-se acerca do que pode ser de outro jeito, ou seja, acerca do que depende da intervenção humana para acontecer. Por isso, é um comportamento ético e não natural. Como concebe Diego Gracia (2009), estes três âmbitos da experiência moral originam três momentos distintos do procedimento deliberativo: deliberação sobre os fatos, deliberação sobre valores e deliberação sobre os deveres.

O entrelaçamento existente entre fatos, valores e deveres é fundamental na construção dos juízos morais, na deliberação. Esse processo conta com 10 etapas: 1) apresentação do caso pela pessoa responsável por tomar a decisão; 2) esclarecimento dos fatos do caso; 3) identificação dos problemas éticos; 4) identificação do problema ético fundamental; 5) determinação dos valores em conflito; 6) identificação dos cursos extremos de ação; 7) identificação dos cursos intermédios; 8) análise do curso de ação ótimo; 9) decisão final; 10) aplicação das provas de consistência, que correspondem, respectivamente, às perguntas: “Isso é uma decisão legal?”; “Você estaria preparado para defender publicamente o curso de ação escolhido?”; “Você chegaria à mesma decisão com algumas horas ou dias a mais?”. A decisão considerada mais prudente é a que responde positivamente aos três questionamentos (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015).

Importante salientar que os fatos carregam os valores e estes sustentam os deveres, que formam o âmbito mais próprio da ética e da bioética, pois a experiência moral é a experiência do dever. E o ponto final deste itinerário é a prudência. (GRACIA, 2009).

O processo do cuidar, que envolve a profissão associada à complexidade das questões referentes à saúde, à doença e às diversidades multiculturais dos sujeitos envolvidos, exige do enfermeiro um olhar amplo, conhecimento técnico-científico, além de condutas éticas que precedem e alicerçam a deliberação antecedendo à tomada de decisão. Não obstante, sabe-se que estes pilares, uma vez não estabelecidos, podem provocar desordens e possibilitar uma escolha ineficaz (OLIVEIRA, 2014).

O ambiente de cuidados em saúde atual com o rápido avanço da ciência e tecnologia tem trazido inúmeros problemas éticos para a prática dos enfermeiros, como fontes de conflitos de valores e deveres para as quais vislumbram vários cursos de ação. Nestas situações, é preciso deliberação e ponderação para chegar ao melhor caminho, à alternativa ótima para resolução do conflito, que realize ao máximo os valores em conflito ou os lese o menos possível (GRACIA, 2009), sendo este o objetivo da ética.

Deliberar é também um processo de autoeducação. Talvez também seja um processo de autoanálise, e até certo ponto uma terapia. É educar através da deliberação, ou no processo da deliberação, não respondendo perguntas, mas ajudando as pessoas a encontrarem suas próprias respostas às perguntas, visando soluções prudentes e não a decisão ideal, certa ou que maximiza resultados (SCHNEIDER, 2010).

O fenômeno da deliberação, no entanto, está imbuído pelas decisões já vivenciadas, ou seja, por uma experiência prévia que está na base das nossas escolhas, pois é ela quem determina o peso de cada decisão. Delibera-se para que sejam tomadas decisões. Estas são sempre concretas, não podem ser tomadas no abstrato, mas hão de levar em conta as circunstâncias do ato e suas consequências previsíveis. As decisões éticas equivalem a decisões concretas tomadas depois de cuidadosa deliberação (OLIVEIRA, 2014).

Muitas vezes, há questionamentos sobre como deve agir o enfermeiro em uma demanda judicial, diante de uma solicitação de internação, qual a melhor saída para a situação e qual a finalidade das ações desse profissional. Refletir sobre estas questões caracteriza uma reflexão moral, pois corresponde a um pensamento sobre as nossas

ações que objetiva prescrever as melhores atitudes, aproximando-nos de um exercício em ética quando utilizamos métodos adequados na investigação.

Acreditando que as ações na terapia intensiva exigem, na maioria das vezes, decisões rápidas, a partir do processo de deliberação moral, os profissionais pensam conjuntamente, compartilham suas percepções, ou seja, põem em diálogo diferentes sentidos morais. As diferentes perspectivas da realidade são importantes para aprimorar o sentido moral, pois este é coletivo e não só individual. Ainda que pareça uma atividade complexa, a sua efetividade em situações arroladas como correspondendo ao tempo necessário para que todo o processo de deliberação moral transcorra, e, por vezes, demorada, podendo ser efetivada de modo ágil. Sendo um recurso para ajudar a ordenação das discussões em torno de problemas éticos, por meio de passos sequenciais, delibera-se sobre fatos, valores e deveres, e a experiência na tomada de decisão ética irá trazer novos discernimentos, novas obrigações e deveres (SCHNEIDER; RAMOS, 2012; ZOBOLI, 2013).

O entendimento da saúde como socialmente determinada requer profissionais prudentes, pois implica, necessariamente, na consideração dos valores, crenças e no projeto de vida de cada um. Além disso, o profissional na UTI precisa ter em conta os diferentes sistemas de valores, padrões culturais, religiosos e familiares dos seus pacientes, ou seja, ao compreender o contexto social e cultural e os valores das pessoas, o enfermeiro encontra um caminho confortável para participar na tomada de decisão do usuário e, até mesmo, na construção da sua própria decisão ética, na perspectiva da família, do usuário e da instituição (ZOBOLI, 2012).

Mas, existem questões morais tão simples que nem ao menos são refletidas. Por exemplo, não há dúvida de que é imoral matar animais por pura diversão, notar isso é fundamental para pensar de forma consistente sobre o assunto. Ser inconsistente é uma falha que acontece por não compreendermos muito sobre o que estamos pensando e se tratando de questões morais, saber do que se está falando e no que isso implica é fundamental para o sucesso da deliberação (PINHEIRO, 2011).

Fatos, associados ao sofrimento moral, podem ser vivenciados pelos trabalhadores no cotidiano de suas rotinas, como em casos de práticas profissionais questionáveis; obstinação terapêutica; desigualdade na distribuição de recursos; exacerbada carga de trabalho;

imposições judiciais e quando há desprezo de suas opiniões nas tomadas de decisões. Quando esses fatos acontecem, os sentimentos de frustração e impotência podem ser desenvolvidos nos trabalhadores diante das dificuldades impostas. Estratégias de prevenção e enfrentamento são fundamentais na construção de ferramentas de deliberação, que possam auxiliar na sustentação da enfermagem como profissão, valorizando seus conhecimentos e seu trabalho na equipe de saúde, incentivando práticas de respeito e colaboração na equipe multiprofissional, em vista de maiores benefícios no desenvolvimento do trabalho (PANUNTO; GUIARDELLO, 2013).

O enfermeiro que atua nos serviços de alta complexidade, a UTI, por exemplo, age como agente moral consciencioso quando considera imparcialmente os interesses de todos os afetados; é aquele que analisa cuidadosamente os fatos e examina suas implicações; aquele que aceita princípios de conduta somente após a certeza de que eles são sólidos, por fim é aquele que está disposto a agir de acordo com o resultado desta deliberação (OLIVEIRA, 2014).

Com essa revisão de literatura é possível afirmar que a ausência ou insuficiência dos serviços de saúde prestados pelo Estado e a ameaça ao direito à vida transformou o litígio pelo direito à saúde em uma rota alternativa para brasileiros terem acesso aos serviços de saúde, ocorrendo, assim, uma interferência “incontornável” pelo judiciário na gestão do SUS.

No caso dos leitos de UTI, em face dessa insuficiência, as ações do Poder Judiciário acabam interferindo no equilíbrio das prioridades de atendimento, organização dos fluxos dos pacientes e também no direcionamento das redes assistenciais qualificadas. Situações estas que podem acontecer com frequência no trabalho da enfermagem, onde em caráter impositivo o paciente é inserido em um contexto ora inadequado. Nessa perspectiva, no ambiente de trabalho existem múltiplos fatores geradores de conflitos éticos, caracterizados por questões emocionalmente carregadas para os trabalhadores, o que pode acarretar baixa qualidade do cuidado prestado, descontentamento profissional e ausência de advocacia em saúde.

2.4 SOFRIMENTO MORAL NO CONTEXTO DA UTI: UMA DISCUSSÃO NECESSÁRIA

Capítulo publicado no livro *Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas integrativas* - 2016. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida pela seguinte questão: qual conhecimento tem sido produzido, a partir de pesquisas realizadas, sobre o sofrimento moral e os enfermeiros de terapia intensiva? A coleta de dados ocorreu em agosto de 2014, nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, com os descritores *moral distress and intensive care, not neonatal, not pediatric* e *moral distress and critical care, not neonatal, not pediatric*, a partir dos quais se obtiveram, respectivamente, 35 e 44 artigos. As bases LILACS, MEDLINE e biblioteca eletrônica SciELO foram escolhidas por serem amplas fontes de pesquisa de dados, com riqueza nos conteúdos e apresentarem elevado rigor científico dos estudos da América Latina.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos com resumos e texto na íntegra disponíveis on-line, publicados entre 1º de janeiro de 2009 a 31 de julho de 2014, totalizando 79 estudos, nos idiomas: português, espanhol ou inglês, que focalizassem aspectos relacionados ao sofrimento moral na unidade de terapia intensiva relacionado aos enfermeiros e suas consequências para a prática dos enfermeiros e o processo de cuidar em saúde. Foram excluídos dissertações e teses, artigos em forma de apostilas, cartas e editoriais. Artigos localizados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez.

Assim, a amostra final foi constituída de 21 artigos. Para a avaliação dos dados, elaborou-se um instrumento para a coleta das informações visando responder à questão norteadora da revisão. A análise e interpretação dos dados foram realizadas de forma organizada e sintetizada por meio da elaboração do quadro 1, que compreendeu os seguintes itens: identificação do estudo; objetivos, ano e periódico de publicação; delineamento do estudo; temática; e principais resultados e recomendações.

Quadro 1 - Síntese dos artigos publicados no período de 2009 a 2014

Fonte	Tipo de Estudo/ Sujeitos/ Local/ Objetivos	Resultados
Repenshek M, 2009	Estudo de Reflexão Local: E.U.A. Objetivo: Faz uma reflexão sobre o tema do sofrimento moral na enfermagem, a tomada de decisões de fim de vida e o papel do profissional de enfermagem.	Algo mais está em jogo quando um enfermeiro experimenta SM relacionado à tomada de decisão ao fim da vida. Uma reavaliação deve distinguir claramente entre aquelas situações que são devidamente caracterizadas como SM, descrito por Jameton, e aquelas que podem ser dificuldade dos enfermeiros com subjetividade moral. Uma caracterização mais precisa de SM deve ser procurada.
Jurchak M; Pennington M, 2009	Relato de Experiência Sujeitos: enfermeiros Local: E.U.A. Objetivos: Fornecer espaço seguro para os enfermeiros para falar sobre dilemas éticos que eles estavam experimentando; introduzir e aplicar um quadro ético para análise dos problemas éticos e identificar os recursos institucionais para apoiar os enfermeiros ao tratarem de questões éticas	O gerente do programa de cuidados intensivos e a enfermeira especialista em ética trabalharam em conjunto para desenvolver uma intervenção que resolvesse as questões de SM, de problemas éticos e para fortalecer a agência moral. Vários meses após a orientação, um questionário foi enviado aos novos enfermeiros para avaliar o impacto dessa intervenção. Os resultados foram positivos e identificada a oportunidade para compartilhar o problema ético e receber um <i>feedback</i> como o mais útil para os participantes.
Santiago C; Abdool S, 2011	Relato de Experiência Sujeitos: médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde Local: Canadá Objetivo: descrever a experiência da UTI médico-	Para otimizar o atendimento de equipe, um pequeno grupo de discussão entre os médicos e enfermeiros de cuidados intensivos foi criado, perguntando sobre suas percepções sobre as sessões

cirúrgica (MSICU) com sua iniciativa mensal de explorar os próximos passos para melhorar atendimento através do Debriefing sobre ética.

Debriefing e suas sugestões sobre a forma de promover a sua utilização. Mudanças no processo foram implementadas com base nas sugestões do grupo. As mudanças resultaram em aumento da conscientização dos benefícios, da frequência sessões e utilidade demonstrada. As lições aprendidas com experiência da MSICU informaram o desenvolvimento de currículos de educação para ajudar os enfermeiros de cuidados críticos com situações desafiadoras em fim de vida. As sessões éticas Debriefing proporcionam um fórum seguro e respeitoso onde os membros da equipe de UTI são capazes de compartilhar variando perspectivas e sentimentos em torno de questões e dilemas; ajudam os cuidadores a navegarem através de questões morais, profissionais e legais complexas, esclarecendo conceitos e questões complexas e desenvolvendo uma estratégia para lidar com estas preocupações em tempo hábil; melhoram a comunicação entre profissionais de saúde; educam sobre o processo de retirada do tratamento e do atendimento ao paciente, reduzindo o fardo para enfermeiros. Ainda, novas alterações foram implementadas em 2010, como resultado da discussão: reunião e proximidade com UTI, anúncios de sessões, incentivos para participar de tópicos e temas abertos. Observados os

		resultados positivos: aumento da frequência das sessões e do número de participantes nas sessões; exploração coletiva de preocupações, alternativas e estratégias nas reuniões com familiares e a tentativa de chegar a um consenso da equipe em planos de saúde para os pacientes e famílias com necessidades complexas.
McAndrew NS; Leske JS; Garcia A, 2011	Estudo Quantitativo Sujeitos: 78 enfermeiros de UTI Local: E.U.A. Objetivo: descrever os níveis do SM dos enfermeiros de UTI e os efeitos dessa angústia sobre seu ambiente de prática profissional	Há uma relação negativa entre <i>moral distress intensity</i> MDI e médico/enfermeiro. A consequência de SM teve uma relação negativa com todos os aspectos da prática profissional, com exceção das bases para a qualidade do atendimento.
Lawrence LA, 2011	Estudo Quanti-qualitativo Sujeitos: 28 enfermeiros RNs de UTI (adulto clínico, ped. e neo) Local: E.U.A. Objetivo: examinar as relações entre quatro variáveis: SM, nível de escolaridade, CRP (<i>critical reflective practice</i>) e engajamento trabalho.	Em relação ao nível de escolaridade, optou-se por abordar enfermeiros RNs (<i>registered nurse</i>), pois são preparados para a diminuição das taxas de mortalidade e de falha de resgate em pacientes hospitalizados, qualificando a assistência. Duas correlações significativas foram demonstradas: (a) CRP e o engajamento no trabalho foram relacionados positivamente; e (b) SM e compromisso no trabalho foram negativamente relacionados.
Papathanas soglou EDE; Karanikola MNK; Kalafati M;	Estudo Quantitativo Sujeitos: 255 enfermeiros de UTI Local: Europa Objetivo: explorar os níveis de autonomia dos	Investigados índices específicos de autonomia, colaboração, SM e satisfação no trabalho, simultaneamente. Há prática moderada de autonomia, com pontuações mais baixas para as

<p>Giannakopoulos M; Lemonidou C; Albarran JW, 2012</p>	<p>enfermeiros de UTI e associações potenciais de colaboração enfermeiro-médico e avaliar SM.</p>	<p>questões de controle sobre organização da unidade e da política; moderado SM; moderada colaboração enfermeiro-médico e satisfação com as decisões de cuidados, os níveis mais baixos de autonomia foram associados ao aumento de episódios e intensidade de SM, menor percepção colaboração entre enfermeiro-médico, e aumento da intenção de se demitir.</p> <p>Os entrevistados com níveis elevados de autonomia eram mais propensos a relatar altos níveis de colaboração e satisfação com as decisões de cuidados e descrevem menos situações moralmente angustiantes. A utilização de uma amostra de conveniência e a alta percentagem de enfermeiros chefes pode ter resultado na superestimação dos níveis de autonomia, satisfação no trabalho, e noções de práticas colaborativas. Além disso, alguns ambientes de UTI regulam de perto o trabalho de enfermeiros através de diretrizes e protocolos. Em tais circunstâncias, enfermeiros podem perceber que a capacidade de exercer autonomia é limitada.</p>
<p>Ganz FD, 2012</p>	<p>Estudo de Reflexão a partir de uma situação clínica. Local: Israel Objetivo: descrever aspectos de estresse aplicados aos enfermeiros de UTI e resposta ao estresse, reconhecer os</p>	<p>Explica a estratégia "<i>Tend and Befriend</i>", desenvolvida para ajudar os enfermeiros aumentarem a sua capacidade de crescer a partir de situações estressantes, especialmente as relacionadas ao SM. A estratégia é mais apropriada</p>

	<p>efeitos do estresse sobre o sistema imunitário, discutir estratégias em nível individual e em grupo para superar o estresse.</p>	<p>para mulheres, vistas como principais cuidadoras e em resposta às ameaças reagem em oposição à luta ou fuga. Várias fontes de estresse têm sido associadas com a enfermagem de UTI, que incluem elevadas cargas de trabalho, rápido ritmo de trabalho, tarefas insatisfatórias, falta de diretivas claras de trabalho, má comunicação, necessidade de um amplo conhecimento base, sentimento de insegurança e problemas relacionado com a morte e a doença. As melhorias na tecnologia que aumentam as taxas de sobrevivência de pacientes, aumentam a pressão ou estresse na equipe de "salvas vidas". Muitas situações de estresse na UTI tem um componente ético. O Modelo de AACN, introduzido pela Associação Americana de Cuidados Críticos (AACN), "foi desenvolvido para ajudar enfermeiros quando confrontados com o estresse e SM; é baseado em 4 ações principais: perguntar, afirmar, avaliar e agir.</p>
<p>Shorideh FA; Ashktorab T; Yaghmaei F, 2012</p>	<p>Estudo Qualitativo Sujeitos: 31 (28 enfermeiros assistenciais e três enfermeiros educadores) Local: Irã Objetivo: explorar o fenômeno do SM entre enfermeiros de UTI em 12 cidades Iranianas</p>	<p>Relato do primeiro estudo do SM no Irã. Produzidos quatro temas para descrever SM dos enfermeiros: (a) as barreiras institucionais e restrições; mencionada a situação jurídica como um grande obstáculo em seu trabalho e a hospitalização desnecessária de pacientes em UTI; (b) os problemas de comunicação - estabelecer a comunicação contínua para</p>

		<p>apoiar o paciente é necessário para o cuidado ideal, a colaboração inadequada entre colegas de trabalho e médicos afetam os cuidados de enfermagem levam a redução da satisfação, o <i>burnout</i>, e alta rotatividade; (c) ações fúteis, erros médico/cuidado - negligência e realizar pesquisa sobre o paciente sem informá-lo e sua família; (d) inadequadas responsabilidades, recursos e competências - alocação de recursos inadequados podem entrar em conflito com valores morais, a falta de recursos humanos, baixa motivação no trabalho, recursos insuficientes e equipamentos ineficientes, cargas de trabalho pesadas, a escassez de enfermagem resultando em fadiga e <i>burnout</i>, repercutindo na qualidade do cuidado de enfermagem. Há uma hierarquia rígida entre médicos e enfermeiros. Enfermagem é considerada como subordinada à medicina.</p>
<p>Wiegand DL; Funk M, 2012</p>	<p>Estudo Quantitativo Sujeitos: 47 enfermeiros de UTI adulto; Local: E.U.A. Objetivo: identificar situações clínicas que enfermeiros experimentaram SM, para compreender as consequências dessas situações e para determinar se os enfermeiros iriam mudar a sua prática com base em suas experiências.</p>	<p>79% dos enfermeiros experimentaram SM e a maioria das situações que causaram SM relacionaram com o final da vida. Descritas ações negativas com consequências para si, os pacientes e famílias: sofrimento, prolongamento da morte, morte indigna, quantidade <i>versus</i> qualidade de vida, cuidado inadequado, tratamento tardio, hospitalização prolongada, desrespeito, falsa esperança. Se os enfermeiros de UTI fossem confrontados com uma situação</p>

		<p>clínica semelhante no futuro, 22 (60%) enfermeiros interviriam e 15 (40%) não. Os enfermeiros identificaram mudanças que fariam como esforço para influenciar positivamente o futuro: intervir mais cedo, proporcionando mais informações, melhorando a comunicação, não dando falsas esperanças, apoiando a família, facilitando a comunicação entre família/médico, intervindo com o médico sobre metas de atendimento, sendo mais assertivo, sendo advogado do paciente, suscitar a adesão da equipe de enfermagem e consulta à comissão de ética. E, enfermeiros afirmaram que tentaram intervir em favor dos pacientes, mas suas vozes não foram ouvidas, outros entraram em ação e foram bem-sucedidos, influenciando, assim, a situação. Esta experiência de SM pode afetar negativamente ou positivamente o futuro da prática de enfermagem.</p>
<p>Gordon E, Ridley B, Boston J, Dahl E, 2012</p>	<p>Relato de Experiência Sujeitos: 200 profissionais de UTI (predominantemente enfermeiros de UTI, farmácia, cuidado espiritual, estagiários, companheiros, alunos e médicos) Local: Toronto Objetivo: Descrever a experiência em oferecer uma educação de 8h/dia oferecida 12 vezes em 2010.</p>	<p>A educação foi desenvolvida e incentivada com o compartilhamento de estratégias pelos participantes. Há três principais áreas de atuação: SM e bem-estar pessoal, comunicação e qualidade dos cuidados de final de vida. Questões exploradas através de um painel, estudo de caso e discussão. Com os objetivos: * Sensibilização do SM e desafios em lidar com o fim-de-vida, e recuperar e recarga depois de uma dificuldade ao criar um</p>

		<p>ambiente seguro e desafiador para a expressão e mudança. * Criar oportunidades de diálogo interprofissional para minimizar os sentimentos de isolamento e aumentar o entendimento entre as profissões, já que tomada de decisão na UTI é emocionalmente carregada. * Construir relacionamentos e promover interação interprofissional da equipe com o paciente e a família, por meio de estudos de caso entre os cenários participantes da UTI. 92% dos participantes concordaram que o programa aumentou sua capacidade para discutir questões sobre fim de vida em UTI e 96% dos participantes sinalizaram que usariam as técnicas e estratégias em seus locais de trabalho.</p>
Epp K, 2012	<p>Estudo de Revisão Integrativa Local: Canadá Objetivo: explorar as situações estressantes, como a morte, cuidados intensivos estressores crônicos, aos quais os enfermeiros de cuidados críticos estão expostos.</p>	<p>Enfermeiros de UTI são vulneráveis ao desenvolvimento de <i>burnout</i> devido aos estressores crônicos ocupacionais a que estão expostos: alta acuidade dos pacientes, altos níveis de responsabilidade, que trabalham com tecnologia avançada, e exposição a situações angustiantes, principalmente a de prolongar a vida de um paciente desnecessariamente.</p>
Ganz FD; Raanan O; Khalaila R; Bennaroch K; Scherman S; Bruttin	<p>Estudo Quantitativo Sujeitos: 291 enfermeiros de UTI (adulto clínico / cirúrgico, ped e neo) Local: Israel Objetivo: determinar os níveis de empoderamento</p>	<p>Enfermeiros de UTI apresentaram níveis moderados de EE, baixo níveis de frequência de socorro moral e moderadamente alta intensidade de SM. O EE está associado à satisfação no trabalho, retenção</p>

M; Sastiel Z; Fink NF; Benbenisht y J, 2013	estrutural (EE), SM, e a associação entre eles, entre enfermeiros de UTI.	e <i>burnout</i> . SM e EE estão mais associados com características do trabalho do que com variáveis pessoais. A única variável demográfica associada à aflição moral foi a idade, onde os enfermeiros mais velhos e experientes apresentam menos frequência de SM. Embora níveis de tecnologia e qualidade dos cuidados médicos e de enfermagem em Israel comparem-se a países ocidentais, ainda existe um sistema de cuidados de saúde paternalista controlado pelos médicos, que se sustentam como fontes de informações. Questões relacionadas ao fim-de-vida são angustiantes para enfermeiros.
DeVillers MJ; DeVon HA, 2013	Estudo Quantitativo Sujeitos: 68 enfermeiros de UTI e 28 de cuidados não críticos. Local: E.U.A. Objetivo: contribuir para a compreensão do SM e sua relação com o comportamento de evitação entre enfermeiros de UTI e de cuidados não críticos, fornecendo base para o futuro.	SM está presente em enfermeiros de UTI e de cuidados não críticos, mas a frequência e a intensidade de SM é maior em enfermeiros de UTI. Seguir os desejos de uma família de continuar a apoiar a vida, mesmo que não seja o interesse do paciente, foi o evento mais frequente, e trabalhar com enfermeiros que são percebidos como não tão competentes quanto os cuidados que um paciente requer, tinha a maior média de intensidade do SM. Para os enfermeiros de cuidados não críticos, a insegurança do enfermeiro teve a maior média de pontuação em relação a intensidade do SM.
Pavlish CL; Hellyer JH; Brown-	Estudo Quanti-qualitativo Sujeitos: 28 enfermeiros Local: E.U.A.	Um processo de verificação ética de rotina que enfermeiros encorajados a identificar

<p>Saltzman K; Miers AG; Squire K, 2013</p>	<p>Objetivo: avaliar a utilidade e aceitabilidade da Ferramenta de Intervenção Precoce para a triagem ética na prática clínica de enfermagem em oncologia e UTI</p>	<p>situações clínicas de alto risco, apresentar provas de preocupações éticas para a equipe de cuidados de saúde, e iniciar ação colaborativa precoce pode atenuar conflitos éticos e prevenir a angústia moral que, muitas vezes, acompanha essas situações. Participaram de uma sessão de treinamento de 4 horas, foi aplicado um teste de conhecimentos éticos com 20 perguntas antes da sessão de orientação e após 3 meses. Coletados dados de avaliação sobre as sessões de treinamento imediatamente após a sessão. Durante os 3 meses, os participantes podiam selecionar para completar a ferramenta de triagem ética on-line ou em papel. Realizados grupos focais de discussão sobre sua experiência de usar a ferramenta. Relata-se em duas categorias: riscos percebidos na tomada de medidas e barreiras à voz dos enfermeiros em situações eticamente difíceis. Enfermeiros não optaram por discutir as suas preocupações éticas com gerentes de enfermagem.</p>
<p>Özden D; Karagözoglu S; Yıldırım G, 2013</p>	<p>Estudo Quantitativo Sujeitos: 138 enfermeiros UTI. Local: Turquia Objetivo: investigar os níveis de satisfação no trabalho e exaustão sofridos por enfermeiros de UTI e a relação entre eles através da dimensão da questão da</p>	<p>As repetidas experiências de SM em UTI devido à futilidade no tratamento refletem negativamente sobre assistência ao paciente, aumenta a exaustão emocional e reduz a sua satisfação no trabalho. 60,9% dos enfermeiros concordam que a decisão sobre o cuidado fútil pertence ao paciente e/ou</p>

	futilidade.	familiares, no entanto existe a crença dos profissionais de saúde que essa decisão pertence ao médico; cada paciente tem o direito de se beneficiar de todos os tratamentos e cuidados prestados na UTI até o último momento de sua vida.
Wilson M A; Goettemoeller DM; Bevan NA; McCord J M, 2013	Estudo Quantitativo Sujeitos: 50 enfermeiros de MSICU (UTI médico-cirúrgica) e de TCU (unidade de cuidados de transição) Local: E.U.A. Objetivo: identificar o tipo e a frequência de SM experimentado por enfermeiros que estão expostos a situações no atendimento ao paciente.	Enfermeiros do TCU e MSICU se classificaram como tendo uma baixa frequência e baixa intensidade de aflição moral. Situações que criam os mais altos níveis de angústia moral foram aquelas relacionadas aos cuidados fúteis. A significativa diferença entre os grupos foi encontrada na dimensão "prática do médico", que foi significativamente maior entre os enfermeiros que trabalham no MSICU.
Bridges J; Nicholson C; Maben J; Pope C; Flatley M; Wilkinson C, Meyer J; Tziggili M, 2013	Estudo de Revisão Integrativa Sujeitos: 8 estudos sobre UTI, 6 de unidades gerais e 2 mistos. Local: Inglaterra Objetivo: sintetizar evidências e conhecimentos das investigações publicadas sobre experiências dos enfermeiros nas relações enfermeiro-paciente com pacientes adultos, em ambientes hospitalares de internações agudas.	As condições de organização dos ambientes de UTI parecem mais adequadas para a formação de relações terapêuticas, enquanto os enfermeiros que trabalham em enfermarias gerais são mais suscetíveis a denunciar o SM decorrente da prestação de cuidados insatisfatórios. Melhorias de serviços precisam se concentrar em como otimizar as condições organizacionais que suportam os enfermeiros em sua relação com os pacientes. Os enfermeiros aspiram uma relação terapêutica emocionalmente íntima com pacientes, que procuram estratégias particulares para

		garantir que essas relações sejam terapêuticas e que eles possam prestar o cuidado que aspiram. Alguns enfermeiros limitam deliberadamente seu engajamento emocional com os pacientes se eles não se sentem apoiados em prestação de cuidados de alta qualidade.
St Ledger U; Begley A; Reid J; Prior L; McAuley D; Blackwood B, 2013	<p>Estudo de Protocolo de Pesquisa</p> <p>Sujeitos: dois parentes e dois profissionais de saúde (um médico e uma enfermeira) por caso.</p> <p>Local: Inglaterra</p> <p>Objetivo: Criação de um protocolo para explorar o SM em parentes, médicos e enfermeiros diante da tomada de decisão nos cuidados de fim de vida na UTI adulto.</p>	<p>O estudo será realizado em uma grande Saúde e Social, em três UTIs (geral e cirúrgica, trauma e neurocirurgia) de pacientes adultos. Primeiro estudo de SM aborda médicos, enfermeiros e parentes intimamente envolvidos no processo de tomada de decisão em casos específicos em fim de vida.</p> <p>Coleta será no mínimo de três casos de cada uma das seguintes categorias: (1) tomada de decisão de retirar a terapia; (2) tomada de decisão de parar (ou reter) da terapia; e (3) morte cerebral. A entrevista ocorrerá 12 semanas após o óbito do paciente. A exploração do SM nestes participantes irá aprofundar os conhecimentos sobre a educação e treinamento necessários para apoiar esses profissionais, pacientes e suas famílias que necessitam de cuidados de fim de vida na UTI e alertarão para essa experiência potencialmente prejudicial.</p>
McAndrew NS; Leske JS, 2014	<p>Estudo Qualitativo</p> <p>Sujeitos: 7 enfermeiros e 4 médicos de UTI</p> <p>Local: E.U.A.</p> <p>Objetivo: descrever como são entendidas as experiências com a tomada</p>	<p>Três subtemas identificados: a capacidade de resposta emocional, papéis e responsabilidades profissionais, e comunicação intencional e colaboração. Quando o equilíbrio foi alcançado durante</p>

	de decisões de final de vida pelos enfermeiros e médicos em UTIs.	a tomada de decisões de fim de vida, enfermeiros e médicos descreveram experiências positivas. A consequência de um desequilíbrio durante uma tomada de decisão a experiência era de aflição moral. Os enfermeiros sentiram-se intimidados em interações enfermeiro-médico quando achavam que não dominavam questões da assistência. Médicos não descreveram experiências em que tinham dificuldade de comunicação e/ou colaboração dos enfermeiros, apenas com as famílias.
Shoorideh F A; Ashktorab T; Yaghmaei F; Majd HA, 2014	Estudo Quantitativo Sujeitos: 159 enfermeiros de UTI Local: Irã Objetivo: determinar correlação entre sofrimento moral com <i>burnout</i> e carga de trabalho prevista nos enfermeiros de UTI.	A SM da enfermagem em UTI e o volume de negócios esperado eram altos, mas o <i>burnout</i> foi moderado. Há correlação positiva entre a relação enfermeiro-paciente com SM e <i>burnout</i> . Quanto mais elevada a relação, maior será o volume de trabalho dos enfermeiros. O maior SM estava relacionado com a dimensão 'erros'. Comparando os resultados da atual pesquisa com outros estudos, mostraram que o SM em enfermeiros foi de moderado a alto. As normas culturais desempenham um papel importante para fazer os homens mais assertivos do que as mulheres. Há uma correlação estatística positiva entre: idade, experiência de trabalho e fração de enfermeiros para número de leitos UTI com o SM e <i>burnout</i> .
Karanikola MNK;	Estudo Quantitativo Sujeitos: 566 enfermeiros;	As situações moralmente angustiantes mais frequentes

<p>Albarran JW; Drigo E; Giannakopoulos M; Kalafati M; Mpouzika M; Tsiaousis GZ; Papathanasoglou EDE, 2014</p>	<p>Local: Itália Objetivo: Explorar o nível de SM e possíveis associações entre índices de SM e (1) colaboração enfermeiro-médico, (2) autonomia, (3) satisfação profissional, (4) a intenção de se demitir, e (5) a carga de trabalho entre enfermeiros italianos de UTI.</p>	<p>foram relacionadas com cuidados fúteis. E o mais intenso SM foi associado à colaboração de colegas inadequadamente qualificados. A intensidade do SM foi significativamente maior entre os participantes do sexo feminino. O grau de autonomia percebido no presente estudo foi considerado moderado. A pouca colaboração enfermeiro-médico e baixa autonomia pode limitar a capacidade de enfermeiros intensivos agirem em suas decisões morais. O SM parece estar associado com a intenção de se demitir, considerando que a má colaboração enfermeiro-médico parece ser um fator crucial. A valorização da colaboração enfermeiro-médico e a participação dos enfermeiros nas decisões de fim de vida parece ser uma tarefa gerencial que pode levar ao alívio do SM dos enfermeiros e sua retenção na profissão.</p>
--	---	---

Fonte: Elaborado pela autora com base na literatura, 2018.

2.4.1 Sofrimento moral de enfermeiros no ambiente de terapia intensiva

A unidade de terapia intensiva (UTI) surge a partir da necessidade de aperfeiçoamento material e humano para o atendimento a pacientes em estado crítico. Considerada um dos ambientes mais agressivos, exaustivos e sobrecarregados do hospital, trata-se do setor hospitalar em que a morte é uma constante e os sentidos estão sempre aguçados e alertas para qualquer situação de urgência. Além disso, na UTI reúnem-se muitos aparelhos e é preciso lidar com a ansiedade dos

familiares, rotinas rígidas e inflexíveis e rapidez dos atendimentos (MONTEIRO, 2012).

É nesse contexto que tanto pacientes quanto familiares deparam-se com a dificuldade de suportar a doença crítica e o medo constante da perda trágica. Esses desafios são normalmente compartilhados com a equipe de enfermagem que os assiste. Assim, a experiência de cuidar de pacientes gravemente enfermos, com risco iminente de morte, muitas vezes promove uma situação altamente estressante, que provoca ansiedade em muitos enfermeiros - os quais muitas vezes sabem ou têm dificuldade em lidar com esse sentimento.

Portanto, a enfermagem, como uma prática voltada para o cuidado ao ser humano, no cotidiano, depara-se com uma grande variedade de problemas geradores de conflitos éticos e dilemas morais, já que promove a interação de diferentes profissionais com pacientes e seus familiares. Em relação aos dilemas e problemas morais, os enfermeiros devem ser capazes de perceber que, diante das diferentes possibilidades de tomadas de decisão, valores morais importantes encontram-se em conflito (LUZ, 2013).

Em geral, os enfermeiros da UTI tomam decisões relacionadas ao cuidado dos pacientes a cada trinta segundos e aproximadamente nove importantes decisões de assistência ao paciente por hora. Isso sugere que exercício do julgamento é uma atividade da enfermagem que influencia a qualidade dos cuidados prestados (BUCKNALL, 2000). A defesa e o respeito aos direitos do paciente/familiar e a tomada de decisão ética são responsabilidades primárias de enfermagem. Todavia, a limitação da autonomia costuma ser problemática por interferir na comunicação e na colaboração em cuidados intensivos. Somam-se a isso a falta de tempo no cotidiano do trabalho, as políticas institucionais e a estrutura centralizadora no poder médico, que constituem situações também vivenciadas pelos enfermeiros intensivistas (DALMOLIN et al., 2012; MCCARTHY; DEADY, 2008). Esse conjunto de fatores pode levar os enfermeiros a experimentar sofrimento moral, o que certamente impactará no atendimento do paciente e na prestação de serviços.

Neste sentido, reforçar a competência profissional, por meio da discussão e reflexão sistemáticas acerca de temas éticos e bioéticos - principalmente os problemas éticos vivenciados, quer sejam dilemas morais, incertezas morais ou sofrimento moral -, parece ser um caminho viável para o despertar da consciência quanto ao aspecto moral dos problemas diários. Isso se torna fundamental não apenas para a

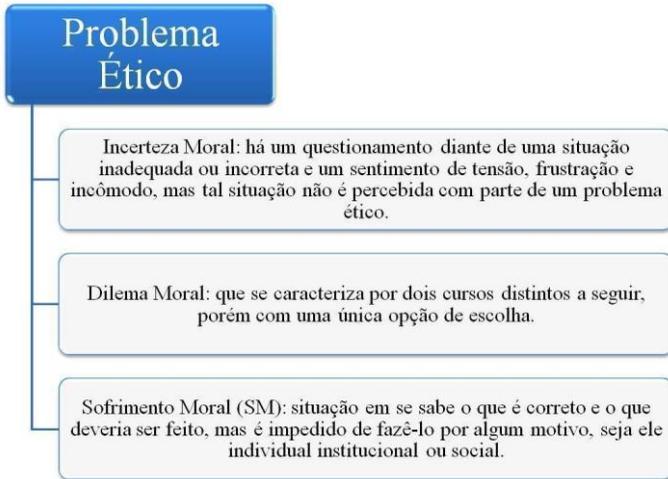
satisfação na profissão, mas, sobretudo, para a preservação dos profissionais no ambiente de trabalho (LAZZARIN; BIONDI, DI MAURO, 2012).

Conforme mostrado na Figura 1, os problemas éticos são divididos, em três categorias (JAMETON, 1984).

Os dilemas morais são caracterizados como situações em que o deliberador deve escolher entre alternativas distintas e que não podem ser realizadas ao mesmo tempo, sem que nenhuma seja mais correta do que a outra. A indecisão por uma ação recai sobre valores contraditórios ou cursos incompatíveis. Dessa forma, para vivenciar um dilema moral, o profissional deve estar capacitado e ter clareza quanto ao conflito entre importantes e diferentes valores (JAMETON, 1993; VARGAS et al., 2013).

Descrito na década de 1980, o sofrimento moral refere-se aos sentimentos dolorosos e ao desequilíbrio psicológico que ocorrem quando os profissionais estão conscientes da conduta moralmente correta, mas são impedidos de assumi-la (JAMETON, 1993). Trata-se da resposta encontrada quando, após uma decisão em um conflito ético, o profissional se depara com a ação contrariada por alguma barreira individual, institucional ou social (MCCARTHY; DEADY, 2008; SHORIDEH; ASHKTORB; YAGHMAEI, 2012).

Figura 1 -Categorias de problemas éticos



Fonte: Elaborada pela autora com base na literatura, 2018.

Estudos relatam os diferentes fatores desencadeadores de desenvolvimento de sofrimento moral (SHORIDEH; ASHKTORB; YAGHMAEI, 2012; WIEGAND; FUNK, 2012; EPP, 2012):

- hospitalização desnecessária de pacientes em UTI;
- problemas de comunicação;
- colaboração inadequada entre colegas de trabalho e médicos;
- ações fúteis com os pacientes;
- desrespeito ao paciente;
- prolongamento do processo de morte;
- erro médico;
- negligência do profissional no cuidado ao paciente;
- realização de pesquisa sobre o paciente sem seu consentimento ou da família;
- responsabilidades, recursos e competências inadequados;
- alocação de recursos humanos e materiais inadequados;
- cargas de trabalho pesadas;
- ritmo acelerado de trabalho;
- tarefas insatisfatórias;

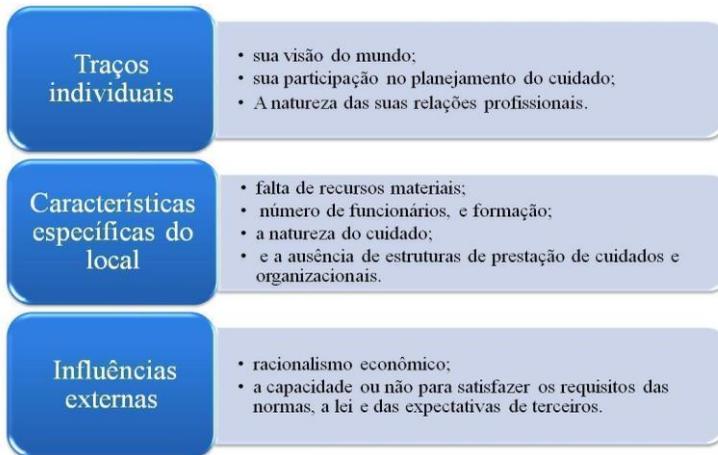
- escassez de profissionais na equipe de enfermagem;
- ausência de motivação para o trabalho;
- altos níveis de responsabilidade;
- falta de orientações e diretivas claras de trabalho.

Um estudo constatou que os enfermeiros mais velhos e experientes apresentam sofrimento moral com menor frequência (GANZ et al., 2013). Esse resultado pode ser justificado pela possibilidade de esses profissionais terem desenvolvido, com o passar do tempo, capacidade de deliberação ética ou mecanismos de enfrentamento positivos diante de problemas vivenciados em seu cotidiano do trabalho. Ainda quanto ao desenvolvimento do sofrimento moral enfrentado pelos enfermeiros intensivistas, é importante considerar os traços individuais, as características específicas do local de trabalho e as influências externas, conforme apresentado na Figura 2.

O sofrimento moral tem implicações para o enfermeiro e a para força de trabalho da enfermagem em UTI. Entre as consequências do sofrimento moral estão o abandono da profissão, a alta rotatividade, a diminuição e a negligência dos cuidados de enfermagem, bem como a insatisfação e a aflição. Essas duas últimas podem manifestar-se com comportamentos deletérios de forma individual, para com os outros e com o sistema. O profissional desenvolve sentimentos de raiva, diminuição da autoestima, depressão, cansaço, amargura, desânimo e frustração (GANZ, 2012; LAWRENCE, 2010).

Além disso, um estudo constatou os efeitos do estresse no sistema imunitário dos enfermeiros intensivistas (DE VILLERS; DEVON, 2013). Há correlação positiva entre a relação enfermeiro-paciente com sofrimento moral e desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Quanto mais elevada a relação, maior o volume de trabalho dos enfermeiros e a frequência dos erros cometidos em UTI (SHOORIDEH et al., 2014).

Figura 2- Aspectos desencadeantes de sofrimento moral no profissional de enfermagem



Fonte: Elaborada pela autora com base na literatura, 2018.

A diferença de percepção dos cuidados fúteis - ou futilidade terapêutica - tem se ampliado entre médicos e enfermeiros em razão das diferenças nos seus papéis profissionais. Essas percepções de enfermeiros intensivistas acerca do cuidado fútil têm sido relacionadas a vivências de sofrimento moral (MCANDREW; LESKE; GARCIA, 2011), exaustão emocional e síndrome de *burnout* (MCANDREW; LESKE, 2014). Nesse cenário, é possível perceber o distanciamento e adoção de conduta evasiva dos profissionais de enfermagem com os pacientes, evitando seu envolvimento na busca da qualificação da assistência oferecida, limitando-se a ações fragmentadas, emergenciais, pontuais, reconhecidas como possíveis.

Os profissionais de saúde são preparados para prolongar a vida e promover a cura. Em face do paciente terminal, eles se confrontam com seus limites, impotências e incapacidades que, por sua vez, geram raiva e culpa, podendo resultar em negação e fuga da realidade - características síndrome de *burnout*. Essas questões causam altos níveis (intensidade e frequência) de sofrimento moral em enfermeiros que (ÖZDEN; KARAGÖZOĞLU; YILDIRIM, 2013; ST LEDGER et al., 2013):

- prestam cuidado “intervencionista” em pacientes que não se beneficiariam com a intervenção, em razão do prognóstico muito reservado;
- seguem os desejos de uma família que assume uma postura de incentivar a obstinação terapêutica, mesmo que este não seja o interesse do paciente;
- trabalham com outros enfermeiros que não desenvolvem de modo competente os cuidados de que um paciente necessita até os últimos momentos de vida.

É primordial considerar que os enfermeiros, por passarem mais tempo com os pacientes que os médicos, vivenciam as experiências dos pacientes e detêm informações de valor inestimável sobre suas preocupações e desejos. E, embora aos médicos caiba a prescrição do tratamento, os enfermeiros são os principais responsáveis pela implementação de qualquer cuidado. Por essa razão, esses profissionais se preocupam com o excesso de tratamento e a qualidade de vida dos pacientes. Logo, são com frequência responsáveis pela implementação de um planejamento de cuidados em que pouca contribuição tiveram quanto à sua formulação.

Em suma, os enfermeiros reivindicam uma maior intervenção no planejamento dos cuidados para, justamente, melhorar a qualidade desses cuidados no fim da vida dos pacientes na UTI (WIEGAND; FUNK, 2012; EPP, 2012; GANZ et al., 2013; ÖZDEN; KARAGÖZOĞLU; YILDIRIM, 2013; WILSON et al., 2013). A valorização da colaboração enfermeiro-médico e a participação dos enfermeiros nas decisões de fim de vida parecem ser uma tarefa gerencial que pode levar ao alívio do sofrimento moral dos enfermeiros e à concretização do seu desejo de se manter atuando profissionalmente na UTI (KARANIKOLA et al., 2014).

Na área da enfermagem, está bem estabelecida a associação entre a capacidade de exercer autonomia e a insatisfação no trabalho, esgotamento e a intenção de abandonar a profissão. Na UTI, o aumento da autonomia da enfermagem está fortemente ligado a melhores resultados para os pacientes e sua saúde e ao bem-estar dos enfermeiros. Exercitar autonomia é um fator de apoio à aplicação da prática baseada em evidências e certamente contribui para o aumento da satisfação e da preservação do enfermeiro no ambiente de trabalho da UTI (AIKEN et al., 2008).

A defesa dos pacientes é uma dimensão importante da assistência de enfermagem, sendo considerada de valor fundamental na profissão. Situações de sofrimento moral reforçam a necessidade de resistência dos profissionais de enfermagem para atuarem como advogados do paciente, principalmente em virtude da natureza do seu trabalho, da sua proximidade com o paciente e do caráter de continuidade do cuidado de enfermagem. Como situações integrantes da defesa do paciente, percebem-se o reforço da sua autonomia, a construção de relações de cuidado terapêutico e a melhoria da qualidade da comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes (WIEGAND; FUNK, 2012).

Um estudo evidenciou que os enfermeiros com níveis elevados de autonomia são mais propensos a relatar maior colaboração e satisfação com as decisões de cuidados e descrevem menos situações moralmente angustiantes (PAPATHANASSOGLU et al., 2012).

Em razão da alta demanda de serviços e do número reduzido de pessoal de enfermagem, tem sido percebido que os profissionais priorizam pacientes que, em suas concepções, parecem necessitar de mais cuidados de enfermagem, em virtude de sua , mais urgência e complexidade. Isso parece assegurar, a esses profissionais, alguma gratificação pessoal e conforto. Há evidências de que a equipe de enfermagem faz uso de mecanismos de enfrentamento para conviver com o sofrimento: distancia-se dos pacientes e evita o envolvimento, o que representa a incapacidade de lidar com a carga emocional resultante desse convívio diário. Por outro lado, a satisfação em promover o alívio do sofrimento do outro pode traduzir-se em reposição de energia e bem-estar, além de amenização da dor, permitindo novos enfrentamentos e melhor desempenho no seu trabalho. A valorização e a dedicação ao trabalho, quando reconhecidas, geram uma satisfação na equipe de enfermagem, pois esta se sente valorizada (LUZ, 2013).

Enfermeiros limitam deliberadamente seu engajamento emocional com os pacientes se eles não se sentem apoiados na prestação de cuidados de alta qualidade (BRIDGES et al., 2013). Ao se perceber impotente para enfrentar o contexto que provoca seu sofrimento, sua opção de afastamento pode se constituir uma fronteira a ser cruzada. Assim, a solicitação de mudança de unidade de trabalho pode significar uma estratégia positiva para tentar assegurar a preservação dos valores profissionais e a continuidade de uma atuação qualificada em outros ambientes.

Mesmo que os enfermeiros tentem intervir em favor dos pacientes, essa estratégia nem sempre é considerada. No entanto, muitos enfermeiros entram em ação e influenciam positivamente a situação, e esse resultado repercute na prevenção do desenvolvimento do sofrimento moral (WIEGAND; FUNK, 2012; WIEGAND; FUNK, 2012).

Estudos sinalizam que a educação em ética é uma opção fortemente pertinente em virtude da necessidade de um preparo contínuo, que faça parte da rotina de trabalho dos profissionais de saúde atuantes em UTI (REPENSHEK, 2009; JURCHAK; PENNINGTON, 2009; GORDON et al., 2012). Esse preparo deve acontecer por meio de oportunidades para compartilhar problemas éticos (LUZ, 2013; ST LEDGER et al., 2013; GORDON et al., 2012; JURCHAK; PENNINGTON, 2009), ferramentas de triagem ética (PAVLISH et al., 2013) e simulações com situações problemáticas, incluindo a posterior discussão acerca da experiência de simulação (*debriefing*) (SANTIAGO; ABDPOOL, 2011). A intenção é a melhoria da qualificação profissional e, conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada ao paciente, constituindo-se como estratégia institucional para a valorização do trabalhador. Para aliviar as tensões do ambiente de trabalho, além das estratégias individuais, os profissionais fazem uso de estratégias coletivas, como reuniões de equipe e encontros de confraternização.

Outra estratégia consiste em promover um diálogo ético e moral, ainda na graduação, entre estudantes de medicina e de enfermagem (GUTIERREZ, 2005). O objetivo é ajudar os estudantes na identificação e resolução de questões morais relacionadas à prática clínica, além de servir para promover o discurso ético e moral entre enfermagem e medicina e promover ações colaborativas nas questões comuns às duas profissões em sua prática cotidiana.

Uma série de intervenções têm sido proposta e inclui:

- educação para melhorar habilidades éticas e de comunicação;
- fornecimento de mecanismos de apoio moralmente sensíveis;
- diálogo e a educação interdisciplinar;
- orientação e capacitação de uma cultura organizacional de apoio.

Deve-se reconhecer que alguns estudos de intervenção já foram realizados. Logo, é crucial gerar evidências sobre o que realmente funciona para contribuir, também, para a melhoria do serviço e para a manutenção do enfermeiro no contexto da terapia intensiva.

Um estudo desenvolvido em 2009 buscava fornecer espaço para os enfermeiros exporem seus dilemas éticos, introduzir e aplicar um quadro ético para análise dos problemas éticos e identificar os recursos institucionais no sentido de apoiar os enfermeiros ao tratar dessas questões. Neste caso, o enfermeiro gerente da unidade de cuidados intensivos e o enfermeiro especialista em ética trabalharam em conjunto para desenvolver uma intervenção, resolver as questões de sofrimento moral e problemas éticos, além de fortalecer a reflexão e deliberação ética. Meses após a orientação, foi um questionário aos novos enfermeiros para avaliar o impacto dessa intervenção. Os resultados foram positivos e identificou-se a oportunidade, por si só, de compartilhamento de problemas éticos (JURCHAK; PENNINGTON, 2009).

Em 2011, relato de experiência descreveu a realização de um pequeno grupo de discussão entre médicos e enfermeiros de cuidados intensivos sobre suas percepções acerca das sessões de discussão em grupo cujo tema era situações desafiadoras vivenciadas com pacientes em fim de vida. Foram implementadas alterações no processo com base nas sugestões do grupo. Essas mudanças resultaram em aumento da conscientização dos benefícios e da frequência das sessões (SANTIAGO; ABDOOL, 2011).

Em 2012, uma investigação realizou educação em serviço de 8 horas por dia 12 vezes ao ano. A educação foi desenvolvida e incentivada com o compartilhamento de estratégias pelos participantes. Houve três principais áreas de atuação: sofrimento moral e bem-estar pessoal; comunicação; e qualidade dos cuidados de fim de vida. As questões foram exploradas por meio de um painel, estudo de caso e discussão. Dos participantes, 92% concordaram que o programa aumentou sua capacidade para discutir questões sobre o fim de vida em UTI e 96% deles sinalizaram que usariam as técnicas e as estratégias em seus locais de trabalho (GORDON et al., 2012).

Diante do exposto, é possível confirmar que as principais causas do sofrimento moral vivenciado no ambiente de trabalho pelos enfermeiros são oriundas por uma série de fatores que podem ser agravados pelo ambiente da UTI, onde os avanços tecnológicos da

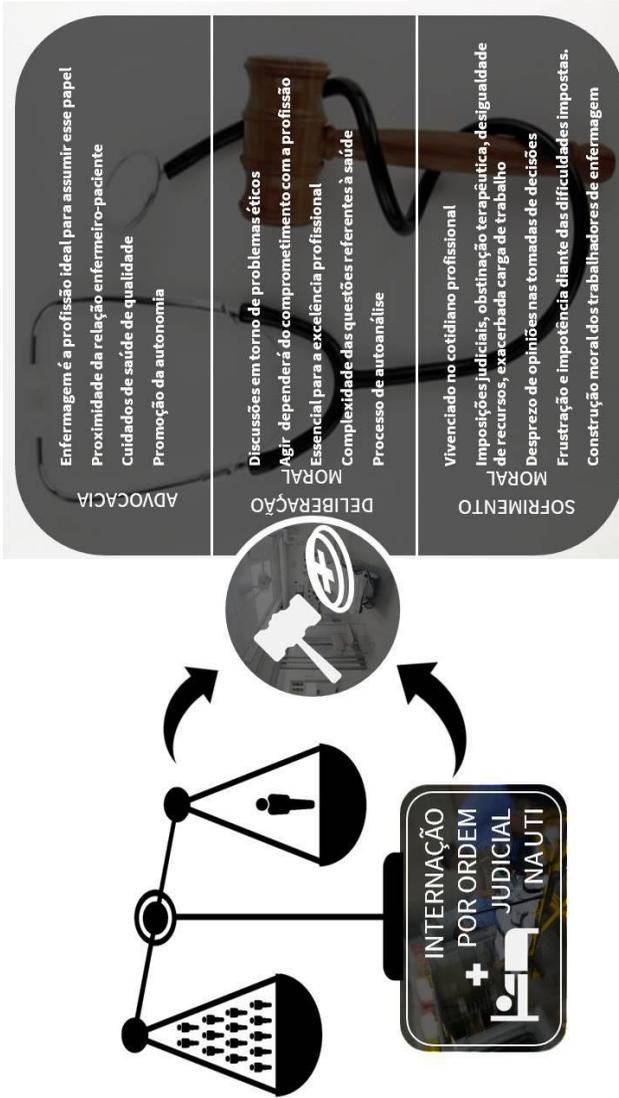
medicina por vezes tornam impreciso o limite das possibilidades terapêuticas. Discutir essa temática em um livro de terapia intensiva é primordial, na medida em que se disponibiliza, aqui, um material atualizado e substancial que permite concluir que o sofrimento moral pode ser vivenciado pelo enfermeiro e provoca sucessivas mudanças em sua vida, tanto na dimensão pessoal - na qual se manifesta alterações emocionais e físicas - quanto na dimensão profissional, com repercussões no desempenho do próprio trabalho.

Logo, este texto teve a pretensão de provocar nos enfermeiros intensivistas uma reflexão crítica. Sabe-se que a prática do cuidado em saúde exige posicionamentos morais. Portanto, é necessário que o ambiente organizacional ofereça condições para que os profissionais de enfermagem e demais membros da equipe de saúde assumam o que é de sua competência, exerçam o que aprenderam, sem se distanciarem de suas crenças e valores, para que se possa chegar a outras maneiras de enfrentamento e, então, propiciar aos profissionais um ambiente de trabalho mais saudável, harmonioso e tranquilo, onde as diferenças sejam respeitadas e os valores de cada um reconhecidos.

O sofrimento moral, assim como suas implicações para os enfermeiros, apesar de vivenciado quase diariamente, ainda é pouco investigado e pouco reconhecido pelos enfermeiros. Apesar da existência de um arcabouço conceitual relativamente consensual e de resultados empíricos comparáveis em diferentes contextos na literatura internacional, há ainda grande limitação de estudos brasileiros que aprofundem o fenômeno do sofrimento moral nas dimensões do trabalho da enfermagem em terapia intensiva, abrangendo o cuidado, a gestão e a educação em serviço.

A seguir Figura 3 representa a judicialização do direito à saúde como uma temática extremamente atual, uma vez que cresce exponencialmente o número de demandas no Poder Judiciário que exigem a efetivação da saúde, articulada à advocacia do paciente, à deliberação moral e ao sofrimento moral. No entanto, cabe a indagação: será que o fenômeno da judicialização estará ferindo o princípio da equidade, uma vez que em tese beneficiaria demandas individuais em detrimento das coletivas? Ou, a atuação jurisdicional é um fundamental mecanismo através do qual se exerce a pressão social sobre a Administração Pública, uma vez que há ineficiência do acesso às ações de saúde?

Figura 3 - Judicialização do direito à saúde



Fonte: Elaborada pela autora com base na literatura, 2018.

3. METODOLOGIA

Faz-se a história de um objeto não para conhecê-lo melhor, ou reconhecê-lo, mas para desconhecê-lo, para dele se afastar como obviedade, para desnaturalizá-lo. A pesquisa não parte de um problema para resolvê-lo; ela instaura no seu acontecer um problema, ela torna a realidade e as certezas que possuíamos problemáticas (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2011, p. 67).

Esse estudo consiste na etapa qualitativa da pesquisa de caráter multicêntrico "*Internação por Ordem Judicial: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas*", coordenado pela Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas. Para consolidação deste estudo, foi adotada uma pesquisa exploratória analítica, na busca por adentrar-se na compreensão de como os enfermeiros têm exercido a advocacia do paciente, no contexto da internação por ordem judicial na UTI perante in/viabilidade de leito, bem como a gestão destes e a exposição dos profissionais frente a questões éticas vivenciadas neste ambiente de trabalho.

A pesquisa qualitativa busca incorporar a questão do significado e da intencionalidade como essenciais aos atos, às relações e as estruturas sociais. Neste sentido, consiste na compreensão da lógica interna dos grupos, instituições e atores quanto a valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais, assim como processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2013).

O modelo exploratório prima pela compreensão holística, envolvimento do pesquisador no campo, técnicas específicas para coleta de dados, bem como uma análise contínua do material empírico obtido, além da flexibilidade e habilidade para se ajustar às descobertas durante o curso da pesquisa, o que configura a construção processual da pesquisa qualitativa (POLIT; BECK, 2011). Completa-se de maneira analítica, ou seja, o pesquisador vai além da descrição das características, analisando e explicando por que os fatos estão acontecendo. Ajuda a entender os fenômenos, descobrindo e mensurando relações causais entre eles (GONÇALVES, 2014).

3.1 LOCAL DO ESTUDO

A macro pesquisa teve início no segundo semestre de 2014, com duração de três anos, composto por uma abordagem quantitativa - 1ª etapa - e qualitativa - 2ª etapa, sendo um estudo exploratório, descritivo, apoiado no método misto de pesquisa. Realizado nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, país com enorme extensão territorial: apresenta área de 8.514.876 km², sendo seu território dividido em Regiões.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é o órgão responsável pela divisão regional do território brasileiro. Para reunir estados em uma mesma região são utilizados critérios como semelhanças nos aspectos físicos, humanos, culturais, sociais e econômicos. Muitas divisões regionais do território brasileiro já foram estabelecidas ao longo da história, atualmente está em vigor a divisão estabelecida em 1970, composta por cinco Regiões (BRASIL, 2010), das quais fazem parte do estudo duas delas:

- Sudeste: Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro. Sua extensão territorial é de 924.511,3 km². Abriga uma população de 80.364.410 habitantes, correspondendo a aproximadamente 40% do contingente populacional brasileiro. A densidade demográfica é de 87 habitantes por quilômetro quadrado, sendo a região mais populosa e povoada do país.
- Sul: é formado pelos estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. Sua área territorial é de 576.409,6 km². Sua população é estimada em 27,3 milhões de habitantes.

O presente estudo foi realizado utilizando a amostragem em rede (amostragem por indicação), permitindo aos informantes que indicassem outros participantes para o estudo. Ou seja, este método é baseado em indicações feitas por pessoas que já estão na amostra (POLIT; BECK, 2011). Logo, não ocorreu num local determinado, mas conforme o contato com os participantes.

As regiões escolhidas representam 68% dos leitos de UTI A do Brasil, de um total de 28.673 leitos distribuídos em 374 serviços. A Figura 4 traz informações relevantes em relação aos tipos de leitos de UTI, as proporções de leitos por habitantes e leitos de UTI sobre leitos de internação, considerando dados do IBGE (BRASIL, 2016) que estima a população brasileira em 206.081.432 habitantes.

Figura 4 - Leitos de UTI adulto

REGIÕES	ESTADO / CAPITAL	POPULAÇÃO	UTI ADULTO			TOTAL LEITOS UTI	PROPORÇÃO LEITOS UTI / TOTALS (%)	LEITOS UTI / 10.000 HABITANTES	LEITOS INTERNAÇÃO*	PROPORÇÃO DE LEITOS DE UTI SOBRE LEITOS DE INTERNAÇÃO
			TIPO I	TIPO II	TIPO III					
			Nº LEITOS	Nº LEITOS	Nº LEITOS					
Sudeste	ESPIRITO SANTO	3.973.697	133	552	-	685	3,6%	0,07	5.259	13,0%
	Vitória	359.555	42	160	-	202	1,1%	0,02	1.499	13,5%
	MINAS GERAIS	20.997.560	285	2.259	224	2.768	14,6%	0,28	27.848	9,9%
	Belo Horizonte	2.513.451	150	638	162	950	5,0%	0,10	6.704	14,2%
Sul	RIO DE JANEIRO	16.635.996	1.834	1.652	560	4.046	21,3%	0,40	23.365	17,3%
	Rio de Janeiro	6.498.837	1.344	756	420	2.520	13,2%	0,25	12.750	19,8%
	SÃO PAULO	44.749.699	2.513	3.166	1.738	7.417	39,0%	0,74	54.390	13,6%
	São Paulo	12.038.175	1.394	754	1.038	3.186	16,7%	0,32	21.337	14,9%
TOTAL Sudeste		86.356.952	4.765	7.629	2.522	14.916	78,4%	1,49	110.862	13,5%
Sul	PARANÁ	11.242.720	235	1.287	280	1.802	9,5%	0,18	16.685	10,8%
	Curitiba	1.893.997	113	276	105	494	2,6%	0,05	3.870	12,8%
	RIO GRANDE DO SUL	11.286.500	156	957	470	1.583	8,3%	0,16	20.481	7,7%
	Porto Alegre	1.481.019	106	123	403	632	3,3%	0,06	5.213	12,1%
	SANTA CATARINA	6.910.553	66	538	116	720	3,8%	0,07	10.320	7,0%
	Florianópolis	477.798	30	75	30	135	0,7%	0,01	1.122	12,0%
TOTAL Sul		29.439.773	457	2.782	866	4.105	21,6%	0,41	47.486	8,6%
TOTAL GERAL		115.796.725	5.222	10.411	3.398	19.021				

* CLÍNICOS / CIRÚRGICOS / OBSTETRICIA

Fonte: Brasil, 2017b.

3.2 PARTICIPANTES

Para facilitar a organização do percurso metodológico escolhido pelos pesquisadores para a realização do estudo, dividiu-se os momentos de seleção dos participantes em duas etapas: 1º - relacionada com método quantitativo e 2º - método qualitativo.

Na etapa da pesquisa qualitativa, o processo de seleção dos participantes ocorreu por meio da técnica de amostragem “bola de neve”, método usado em estudos qualitativos em populações escondidas ou de difícil acesso. O acesso a tais populações requer o conhecimento de pessoas que possam localizar indivíduos de interesse da pesquisa, ou seja, dado sua característica de ser aplicável quando o foco de estudo é um problema sensível, tratando de um tema particular, precisando do auxílio de pessoas bem informadas sobre o assunto (BIERNACKI; WALFORD, 1981). Desse modo, a partir da identificação de um enfermeiro que tenha vivenciado a situação de internação por ordem judicial, esse foi convidado a participar da pesquisa.

Diante disso, o número de enfermeiros não foi pré-determinado conforme o método adotado e o encerramento do número de participantes aconteceu pela repetição teórica dos dados, totalizando 42 enfermeiros.

Neste sentido, é com base nas palavras de Fontanellas, Rica e Turato (2008) que conceituam a repetição teórica como a instituição de critérios para a identificação dos participantes, delineando uma seleção que proporcione os dados necessários para atingir os objetivos estabelecidos e a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados coletados passarem a apresentar redundância ou repetição. Os autores reforçam que o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositalis não depende de quantidade, mas da maneira como se compõe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles, o que justifica as amostras qualitativas menores pela desnecessária representatividade estatística.

3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Para que os objetivos propostos pelo estudo fossem alcançados, os participantes foram homens e mulheres, enfermeiros assistenciais,

atuantes em UTI das regiões sudeste e sul, independente de idade, sexo, horário de trabalho, oriundos de instituições públicas e privadas, que possuam 1 ano ou mais de atuação na terapia intensiva e que tenham vivenciado a experiência da internação por ordem judicial. A exclusão dos enfermeiros aconteceu apenas por motivos de férias ou de licença de qualquer natureza.

3.3 COLETA DE DADOS

A técnica metodológica utilizada para o recrutamento dos sujeitos da pesquisa foi a *snowball*, também chamada *snowball sampling*, conforme a amostragem por Bola de Neve (BIERNACKI; WALDORF, 1981). Esta técnica é conhecida no Brasil como “amostragem em Bola de Neve”, ou “Bola de Neve” ou, ainda, como “cadeia de informantes” (POLIT; BECK, 2011).

O ponto de partida do estudo aconteceu nas capitais dos sete estados, formando sete "Bolas de Neve" simultâneas. O contato com o primeiro participante de cada capital deu-se através da escolha pelos autores da macro pesquisa, devido ao contato em rede com muitos colegas nesta área. O participante seguinte sucedeu-se pela indicação desse primeiro e assim por diante. O contato foi feito, primeiramente, por telefone ou por e-mail e eles foram indagados sobre a possibilidade de responderem a uma entrevista. Após o aceite, as entrevistas ocorreram presencialmente, no dia, local e horário de preferência dos participantes, com duração média de 45 minutos. E para aqueles que o contato foi por e-mail, foi possível responder as perguntas online, através de um link: <https://docs.google.com/forms/d/1SJXvplItTwqS4ZjtXGIX-TOnD_5wQ-RJQNWs-ke0QQU/viewform?edit_requested=true>. A coleta dos dados ocorreu durante todo o ano de 2016.

Cabe esclarecer que a procura é intencional, já que a amostragem foi em rede. O critério para escolha intencional é abarcar uma variedade de experiências profissionais, focado na vivência da situação de inviabilidade de leito de UTI e de internação por ordem judicial, bem como o tempo vivido na terapia intensiva e diferentes contextos hospitalares.

3.3.1 Instrumento

Algumas questões foram apresentadas antes do instrumento que contemplou a caracterização dos participantes, que poderiam ser significativas para a discussão do exercício da advocacia do paciente, tais como: idade, sexo, estado em que trabalha, tempo de formação, tempo de atuação em UTI, cursos realizados e titulação, vínculo empregatício e carga horária semanal.

A coleta dos dados foi conduzida pelos autores do estudo, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através de entrevista semiestruturada. Os questionamentos foram precedidos às seguintes definições: **internação por decisão judicial** ocorre quando o município ou o Estado não possui condições ou meios de garantir uma assistência adequada ao paciente grave ou gravíssimo, em situações de urgência/emergência que representam risco à vida deste indivíduo. Nesta circunstância, ciente da gravidade do seu familiar e da necessidade de um leito em outro centro, a família recorre ao Ministério Público ou ao seu advogado para propor uma ação para pedido de antecipação de tutela. Esta é uma ação contra o município e o Estado encaminhada à Central de Leitos do Estado, buscando um leito de UTI (SANTOS, 2009). Em relação aos dilemas e problemas éticos, é comum entre os dois a percepção do profissional que importantes valores morais estão em choque, diante das diferentes possibilidades de tomadas de decisões ocorre à diferença entre o **dilema** que se caracteriza por dois cursos distintos a seguir, porém com uma única opção de escolha, sem que nenhuma seja mais correta do que a outra. Enquanto os **problemas éticos** são questões abertas em busca de uma resposta que não sabemos se seremos capazes de resolver e, muitas vezes, nem como. A solução não está presente desde o princípio e, portanto, a questão não está na eleição entre duas ou mais possíveis respostas (GRACIA, 2001). Foram utilizadas oito perguntas centrais que conduziram a entrevista (modificadas após o pré-teste):

1) Descreva uma situação que tenha lhe marcado no sentido da importância do enfermeiro exercer o *advocacy*, através de uma experiência vivida por você.

2) Você considera que a internação por ordem judicial se configura mais como um problema ou como um dilema ético para o enfermeiro de UTI? Por quê?

3) Conforme a resposta acima, descreva algum problema ou dilema ético que você enfrenta diante da necessidade de vaga na indicação de internação por ordem judicial em UTI.

4) Nas situações vivenciadas por você enquanto enfermeiro que atende paciente grave necessitando de leito em UTI, quem é o familiar que consegue a internação por ordem judicial?

5) Em seu ponto de vista quem participa do processo de conseguir essa vaga na UTI, através da internação por ordem judicial?

6) Você reconhece o papel de *advocacy* como uma conduta importante da enfermagem nesse processo de conseguir uma vaga da UTI? Você acha importante a intervenção do enfermeiro nisso? Em caso afirmativo de que modo isto acontece ou pode acontecer?

7) Você conhece como ocorre o processo de conseguir uma ordem judicial? O que você faria se estivesse no lugar do enfermeiro que está lá na emergência, na unidade de internação?

8) O que você pensa sobre quais as consequências da internação por ordem judicial na UTI para a prática da enfermagem. Qual a relação que você faz da internação por ordem judicial com a responsabilidade do enfermeiro?

Como o objeto desta pesquisa envolve situações de trabalho delicadas e posturas frente a situações difíceis, por vezes não compartilhadas, o recurso às entrevistas pareceu-nos adequado, preservando assim os sujeitos de uma maior exposição de ideias e condutas particulares. As entrevistas, realizadas pelos autores foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para análise, juntamente com as perguntas respondidas online.

Inicialmente, foi realizado um pré-teste, com 6 enfermeiros dos estados de SP e SC, para ajuste do instrumento e verificação da técnica de entrevista do pesquisador. Após o pré-teste, foram feitas as adequações necessárias relativas às questões norteadoras. Este pré-teste foi aplicado em enfermeiros da emergência, por também se tratar de um setor de alta complexidade.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise decorreu mediante elementos da Análise Textual Discursiva (ATD), utilizando-se para organização e gerenciamento dos

dados o software ATLAS-Ti, pois com ele é possível analisar e gerenciar diferentes tipos de documentos ou instrumentos de coleta de dados como: respostas às questões abertas de questionários, relatórios de observação, cartas, textos escritos, além de áudio.

Tal técnica de análise tende a valorizar elementos subjetivos, sempre no sentido da busca de múltiplas compreensões dos fenômenos. Esses entendimentos têm seu ponto de partida na linguagem e no sentido que por ela podem ser estabelecidos, com a valorização dos contextos e movimentos históricos em que os sentidos se constituem (MORAES; GALIAZZI, 2013).

Na ATD, a linguagem desempenha um papel central, pois por meio dela o pesquisador pode inserir-se no movimento de compreensão, de construção e reconstrução das realidades (MORAES; GALIAZZI, 2013). Segundo os mesmos autores o mergulho no rio da linguagem dentro do processo da análise textual discursiva é, inicialmente, um movimento desconstrutivo, que trata da análise propriamente dita e o movimento reconstrutivo que concebe uma síntese.

O processo de análise textual discursiva, neste trabalho, iniciou com o agrupamento dos textos, resultantes das transcrições das entrevistas com os enfermeiros intensivistas. Com os textos em mãos, procedemos sua desmontagem por meio de uma tempestade de ideias que nos permitiu produzir um conjunto desordenado e caótico de unidades elementares de significado sobre o tema em estudo. Posteriormente, foi necessário um aprofundamento das leituras para a composição de unidades constituintes.

Esta primeira etapa da ATD é denominada de unitarização, na qual o conjunto das unidades elaboradas corresponde a um espaço criativo, de auto-organização, capaz de dar origem a novas combinações, criando as condições para a emergência do novo, sempre a partir da permuta de sentidos (GALIAZZI; MORAES, 2013). Portanto, após o exercício analítico de desmembramento de enunciados constitutivos de uma comunicação, tornou-se possível detectar os elementos de sentido.

A segunda etapa compreende o *estabelecimento de relações*. Essa etapa consiste na categorização das unidades anteriormente obtidas, sendo um aspecto central na análise textual discursiva. A categorização, por sua vez, consiste em um processo de comparação constante entre as unidades elementares, as unidades constituintes, as

unidades de sentido, conduzindo-as a agrupamentos semelhantes, mediante associação com o referencial utilizado.

Neste sentido, cada categoria evidencia um conceito dentro de uma rede de conceitos que pretende expressar novos entendimentos. As categorias simbolizam os nós de uma rede (GALIAZZI; MORAES, 2013). Durante essa etapa, foram reunidas as unidades de sentido por semelhança e aproximação, em categorias, para ser captado *o novo emergente*.

A *captação do novo emergente* constituiu-se na terceira etapa do processo de análise textual discursiva, cuja característica principal diz respeito à intensa impregnação nos materiais da análise com vistas a alcançar níveis cada vez mais aprofundados de compreensão. Esta fase representa o esforço de conceber um consolidado teórico baseado nas novas combinações dos elementos construídos ao longo dos passos anteriores e que darão origem a *construção de um processo auto-organizado*.

A *construção de um processo auto-organizado* encerra o ciclo de análise, constituindo um processo emergente de compreensão que se inicia na primeira etapa da análise, com um movimento de desconstrução do corpus, seguindo ao momento final da análise em que será desenvolvido um processo intuitivo auto-organizado de reconstrução com emergência de novas compreensões, que foram comunicadas e validadas sob forma escrita (MORAES; GALIAZZI, 2013).

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo, por pertencer a macro pesquisa “*Internação por Ordem Judicial: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas*”, sob coordenação da pesquisadora Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mediante submissão à Plataforma Brasil, sob o número 863.112, observando-se as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A coleta de dados desta Tese iniciou-se somente após a sua aprovação pela banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina).

Foram prestados esclarecimentos aos participantes sobre os objetivos do estudo e os métodos, assim como benefícios previstos e ausência de danos durante e após o decorrer da pesquisa. Aos que concordaram em participar do estudo, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), no qual consta o caráter voluntário da participação, e foi solicitada sua assinatura, constando, também, a assinatura do pesquisador. Esse documento informa sobre o direito de desistir de participar a qualquer momento da pesquisa, o amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo, bem como o anonimato na divulgação dos resultados obtidos, assim como a garantia de que durante todo o processo de pesquisa, os dados serão mantidos em sigilo e manuseados somente pelos envolvidos no projeto, sendo protegida a imagem individual e institucional, a confidencialidade, garantindo a não utilização dos dados em prejuízo de pessoas ou comunidades, o respeito aos valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral. Os registros, anotações coletadas nas entrevistas, serão arquivados por cinco anos e, após este período, serão destruídos.

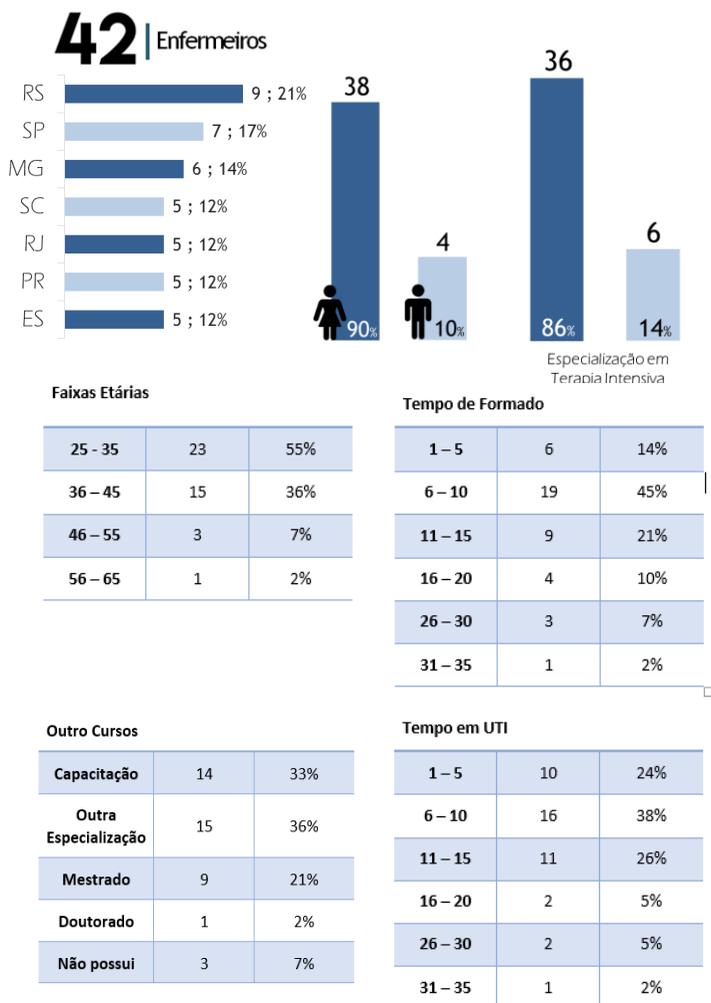
Os participantes tiveram seu anonimato garantido e estão nomeados pelas letras que identificam os seus estados (ES: Espírito Santo; MG: Minas Gerais; SP: São Paulo; RJ: Rio de Janeiro; SC: Santa Catarina; PR: Paraná e RS: Rio Grande do Sul); seguida do número cardinal na ordem em que aconteceram as entrevistas em cada local; idade; tempo de formação e período de atuação em UTI.

A escolha de um objeto de estudo diz muito sobre a história pessoal do pesquisador e é esta relação que, a meu ver, enriquece a pesquisa e torna seus caminhos mais prazerosos e estimulantes, apesar dos percalços. A oportunidade de realizar o trabalho de pesquisa na temática escolhida e a oportunidade de conhecer várias realidades e culturas foi de grande satisfação e prazer para mim, como a riqueza dos dados apresentados a seguir podem demonstrar.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da realização deste estudo, obteve-se a caracterização dos participantes da pesquisa e foi elaborada a Figura 5 contendo informações gerais dos integrantes.

Figura 5 - Informações gerais dos participantes.



Fonte: Elaborada pela autora, 2018.

A idade dos enfermeiros variou de 25 a 54 anos, constituindo uma população jovem, com sua maioria entre 25-35 anos. Como esperado, a predominância foi de mulheres, sendo somente três enfermeiros do sexo masculino entrevistados. Em relação ao tempo de formação, houve uma média de 12 anos. O tempo de atuação na UTI variou de 1 a 27 anos, com uma prevalência entre 6 e 10 anos de atuação. E os estados tiveram uma distribuição semelhante de entrevistados.

Surge nesta caracterização um fato curioso que merece destaque: 86% os enfermeiros pesquisados possuíam especialização em terapia intensiva. A partir disto, pode-se indagar: O que levou a busca pela especialização? Será a graduação insuficiente para que estes pudessem atuar com segurança na sua profissão? Dos entrevistados, 3 enfermeiros completaram o *Scripto Sensu*.

Os resultados da pesquisa estruturaram-se em três manuscritos, sendo que o primeiro deles busca-se compreender como enfermeiros intensivistas têm exercido a advocacia do paciente diante da necessidade de internação em unidade de terapia intensiva por ordem judicial. Além disso, discute-se do que depende o advogar ou não, e as ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente na terapia intensiva. No segundo manuscrito, abordam-se as questões éticas relacionadas à internação por ordem judicial na UTI, problematizando o dilema diante da "escolha de Sofia", o sofrimento moral, as demandas da sociedade relacionadas aos avanços da tecnologia e a repercussão da terminalidade na UTI e da comunicação na expectativa da família. No terceiro e último manuscrito, o enfoque direciona-se à gestão de leitos de UTI sob a perspectiva do enfermeiro e sua repercussão na deficiência de estrutura física e de recursos humanos, as responsabilidades diante da triagem para a ocupação do leito de UTI, a condução do processo de alta da UTI e os custos gerados pela internação por ordem judicial no direito à saúde, seja em âmbito público ou privado.

Em conformidade com a determinação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Instrução Normativa 01/PEN/2016, o material produzido como resultado desta dissertação (Quadro 2), será submetido à avaliação, a fim de publicação em diferentes periódicos científicos da área da saúde, classificado pelo QUALIS/CAPES.

Quadro 2 - Estrutura dos resultados e discussões

TEMA CENTRAL	MANUSCRITOS	CATEGORIAS
O enfermeiro e o exercício da advocacia do paciente diante da internação por ordem judicial na terapia intensiva	Advocacy na terapia intensiva diante da internação por ordem judicial: qual a posição dos enfermeiros?	Entre a obediência à lei e o dever ético-moral do enfermeiro intensivista
		A posição dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente que necessita de leito na terapia intensiva
	Deliberação moral de enfermeiros frente à internação por ordem judicial	“A escolha de Sofia”? a deliberação sobre quem será priorizado
		O sofrimento moral vivenciado pelo enfermeiro diante da internação por ordem judicial na UTI
		A advocacia do enfermeiro diante das demandas da sociedade na luta pela vida através dos avanços da tecnologia
	Gestão da disponibilidade de leitos na UTI: análise na perspectiva do	Implicações da deficiência de estrutura física e de recursos humanos
		Responsabilidades nas aceções para a ocupação de leito de UTI

	exercício do enfermeiro na advocacia do paciente	A problemática do pós-UTI e da possibilidade de reinternação
		Quem pagará a conta da alocação de leitos de UTI?

Fonte: LUZ, 2018.

4.1 MANUSCRITO 1 - ADVOCACY NA TERAPIA INTENSIVA DIANTE DA INTERNAÇÃO POR ORDEM JUDICIAL: QUAL A POSIÇÃO DOS ENFERMEIROS?

RESUMO

Para compreender como enfermeiros intensivistas têm exercido a advocacia do paciente diante da necessidade de internação em unidade de terapia intensiva por ordem judicial, perante in/viabilidade de leito, utilizou-se uma abordagem exploratória analítica. Os dados foram obtidos através da realização de entrevistas com 42 enfermeiros, selecionados mediante amostragem em bola de neve, das regiões Sul e Sudeste do Brasil, durante todo o ano de 2016. As entrevistas foram analisadas mediante elementos da Análise Textual Discursiva (ATD). Emergiram duas categorias: 1) entre a obediência à lei e o dever ético-moral do enfermeiro intensivista e; 2) a posição dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente que necessita de leito na terapia intensiva. As conclusões deste estudo revelam que os enfermeiros de cuidados críticos exercem a sensibilidade e dever moral do processo de cuidar quando defendem seus pacientes informando-os sobre seus direitos, orientando, agindo e falando sobre e em nome dos pacientes e seus familiares, prezando por um cuidado livre de julgamentos e prejuízos ao paciente que interna através da ordem judicial.

DESCRITORES: Advocacia em saúde. Relações enfermeiro-paciente. Enfermagem de cuidados críticos. Judicialização da saúde. Unidade de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a tecnologia de salvamento impacta na sobrevivência dos pacientes de um modo e em um quantitativo que provavelmente ninguém poderia ter previsto nos primórdios da medicina de cuidados intensivos (VIANA et al., 2014). Nessa perspectiva, a internação em leitos de UTI se dá mediante a determinação do grau de risco que uma doença específica traz para a vida da pessoa (WANG et al., 2016). A indicação de internação na UTI é técnica e respeita protocolos para que seja segura e efetiva para o

usuário do sistema de saúde (RAMOS et al., 2016).

Mas, a disponibilidade da alta tecnologia para prevenir e curar doenças não necessariamente é viabilizada para a maioria da população, justamente por seu alto custo (RAMOS et al., 2016; GARBIN et al., 2014). Isto é, enquanto alguns pacientes têm acesso por meios próprios aos tratamentos necessários para a recuperação das doenças que ameaçam sua vida, a maioria deve contar com a proteção e o acesso a que tem direito, mas que são limitados pelos recursos escassos e pelas fragilidades do sistema de saúde (RAMOS et al., 2016; VENTURA et al., 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde indica a necessidade de 4 a 10% de leitos de UTI do total de leitos hospitalares (o que corresponde a 1-3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes). Entretanto, as pessoas abrangidas apenas pelo sistema público de saúde têm acesso a 0,9 leitos de UTI por 10.000 habitantes, enquanto os beneficiários do setor privado da saúde têm acesso a 4,14 leitos por 10.000 habitantes. A disparidade do acesso aumenta no interior e nos estados mais carentes do Brasil. Além disso, 44% dos estabelecimentos com UTI são instituições privadas, 26% são filantrópicas (que também oferecem de leitos de UTI para internação pelo sistema privado), resultando em 28% os estabelecimentos públicos com UTI (AMIB, 2016; BRASIL, 2017a; BRASIL, [2017b]).

Isso configura-se num paradoxo, já que no Brasil a saúde é um bem público inalienável, concretizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se como um direito de todo cidadão, brasileiro ou não, em todo o território nacional. Esse direito é efetivado na Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo 196, afirma ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado (VARGAS et al., 2017).

Diante da negativa dos direitos constitucionalmente assegurados, os usuários do sistema de saúde buscam alternativas para garantir seu direito à saúde, sendo uma delas a judicialização da saúde (MOCELIN, 2013). Logo, a judicialização representa uma sentença contemporânea no panorama de assistência à saúde no Brasil, concretizada, essencialmente, pelos mandados judiciais para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, consultas, internações e dispensação de insumos médico-cirúrgicos.

No contexto da UTI, a judicialização também se dá pela internação por ordem judicial. As internações por decisões judiciais ocorrem quando o município ou o Estado não possui condições ou

meios de garantir uma assistência adequada ao paciente grave, em situações de urgência/emergência que representam risco à vida deste indivíduo. Nesta circunstância, ciente da gravidade do seu familiar e da necessidade de um leito em outro centro, a família recorre ao Ministério Público ou ao seu advogado para propor uma ação para pedido de tutela antecipada. (SANTOS, 2009)

Argumenta-se, aqui, que o processo de judicialização na UTI impacta diretamente na demanda pelo exercício da advocacia do paciente pelo enfermeiro intensivista. Na prática, esses profissionais de saúde prezenciam vulnerabilidades extremas e desigualdades sociais, o agravamento de pessoas que não têm acesso a determinados recursos terapêuticos indispensáveis para sua recuperação, a obrigatoriedade de execução imediata de um mandado judicial, nem sempre tecnicamente indicado, e, muitas vezes, repercutindo na alta precoce de outro paciente para a liberação de leito de UTI.

Nesta perspectiva, a presença constante do enfermeiro nos serviços de saúde, o bom relacionamento com os pacientes e familiares e o amplo conhecimento sobre o funcionamento dos sistemas de saúde, é justificável e, talvez, até improvável que os enfermeiros não atuem defendendo o paciente. (CROWE, 2014; GALUSKA, 2016; VIANA CORREIO et al., 2015) A ideia de advocacia do paciente na prática de enfermagem está inserida nas tradições filosóficas de enfermagem e reforçada na formação dos enfermeiros. Nos cuidados de saúde, no entanto, a advocacia tem uma gama de definições, que são contextualmente baseadas na atuação ou defesa do melhor interesse do paciente, na proteção dos seus direitos garantindo o esclarecimento para suas decisões de saúde em apoio à tomada de decisões e na qualidade do cuidado de enfermagem (HANKS, 2013).

A advocacia de enfermagem deve ser vista como a promoção do bem-estar dos pacientes, deve fazer parte do papel dos enfermeiros estando presente em suas ações. Vaartio e Leino-Kilpi (2005) dividem a advocacia em: proativa - motivada pelo direito do paciente à informação, ou seja, ações destinadas a ajudar o paciente esclarecer questões relativas à sua saúde e apoio na tomada de decisões sobre seus cuidados; reativa - decorrente do direito do paciente a segurança pessoal, é necessária em situações onde os direitos do paciente estão em perigo; e por competência - como um princípio filosófico de enfermagem.

Enfim, considera-se a relevância social, política e ético-moral da articulação do conceito de advocacia do paciente pelo enfermeiro

intensivista com a emergente discussão da judicialização da saúde. O pressuposto é que os enfermeiros constituem identidade moral situada em um contexto histórico e sociopolítico particular, que reflete responsabilidades, relacionamentos e valores (LIASCHENKO; PETER, 2016). Logo, constitui-se como objetivo compreender como enfermeiros intensivistas têm exercido a advocacia do paciente diante da necessidade de internação em unidade de terapia intensiva por ordem judicial.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa exploratória e analítica, realizada com 42 enfermeiros intensivistas das regiões Sul e Sudeste do Brasil, selecionados mediante amostragem em bola de neve. Os participantes iniciais foram eleitos em cada uma das capitais dos sete estados selecionados para o estudo (três estados na região Sul e quatro estados na região Sudeste), solicitando-se que, ao final de suas entrevistas, indicassem outros participantes com as características necessárias à pesquisa e, assim, sucessivamente. Com relação à inclusão dos participantes, considerou-se o fato de o profissional desenvolver atividade assistencial em UTI adulto, independente de idade, sexo, horário de trabalho, oriundos de instituições públicas e privadas. O período de coleta de dados ocorreu entre janeiro e dezembro de 2016, por meio de entrevistas realizadas pelos pesquisadores do macroprojeto, além disso o roteiro das perguntas foi disponibilizado online para facilitar a coleta de dados.

Esta pesquisa pertence ao macroprojeto intitulado: Internação por Ordem Judicial: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas, financiado pelo Universal - MCTI/CNPq Nº 14/2014. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela Plataforma Brasil, sob o número 863.112, observando as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Foram prestados esclarecimentos aos participantes sobre os objetivos do estudo e os métodos e coletada a assinatura no TCLE. Visando a garantia do anonimato, os participantes da pesquisa estão nomeados pelas letras que identificam os seus estados, seguida do número cardinal na ordem em que aconteceram as entrevistas em cada local, idade; tempo de formação e período de atuação em UTI. A análise ocorreu mediante elementos da Análise Textual Discursiva (ATD), conforme

Moraes e Galiazzi (2013), utilizando-se para organização e gerenciamento dos dados o software ATLAS-Ti.

RESULTADOS

Emergiram das entrevistas duas categorias com o propósito de compreender o exercício da advocacia do enfermeiro diante da internação por ordem judicial na UTI: 1) entre a obediência à lei e o dever ético-moral do enfermeiro intensivista e; 2) A posição dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente que necessita de leito na terapia intensiva.

A categoria “entre a obediência à lei e o dever ético-moral do enfermeiro intensivista” revela as barreiras para exercer a advocacia diante daquele paciente que está internando por ordem judicial. Neste sentido, os participantes utilizaram expressões como: “*Não faço ideia de como intervir.*” (RS3, 35 anos, 10 anos de formada, há 10 anos na UTI), “*Não consigo ver a importância do papel do enfermeiro da porta pra lá.*” (SC1, 38 anos, 13 anos de formado, há 1 ano na UTI) e “*Todas as situações vivenciadas denotam o cumprimento de uma ordem vinda de superiores, não nos permitindo expressar opinião.*” (SP1, 34 anos, 12 anos de formada, há 11 anos na UTI).

As falas também expressam que o papel de advogar ou não pelo paciente depende, inclusive, de fatos externos, por vezes inquestionáveis:

Uma situação marcante foi quando um juiz determinou que internasse um paciente proveniente do pronto socorro, utilizando o critério do paciente que estivesse há mais tempo naquele local. Conclusão: recebemos uma paciente estável, com cateter nasal para oxigenioterapia, enquanto havia pacientes graves no pronto socorro em ventilação mecânica esperando leito. (RS4, 38 anos, 17 anos de formada, há 16 anos na UTI)

Acho difícil essa questão da ordem judicial, porque ao mesmo tempo não sei se o paciente realmente precisa de um cuidado intensivo. O juiz analisou, mas ele tem conhecimento suficiente pra dizer que ele realmente precisa? Na maioria das vezes é acatado quando se tem leito porque

ninguém quer se incomodar, mas se fosse avaliado, não sei se o paciente precisaria. (RS6, 29 anos, 5 anos de formado, há 1 ano na UTI)

Alguns participantes expressaram que quem decide é o médico, o que inviabiliza compartilhar responsabilidades:

Nesta UTI, e acredito que nas outras também, quem gerencia os leitos é sempre o médico. Eu não tenho interferência direta sobre essa gestão, então não exerço advocacia por nenhum paciente nesse sentido, porque eu não tenho autonomia para decidir quem vem pra UTI ou não. Teve um paciente que internou via judicial e era um paciente que não estava tão instável quanto outros dali, mas que o médico que gerencia os leitos optou por internar este paciente. (RJ5, 39 anos, 4 anos de formado, há 1 ano na UTI)

Aqui temos plantonistas que não querem nem que falemos que tem leito. E não deve ser só aqui. Houve uma época que eram as enfermeiras que davam os leitos. Agora, nós e nossa chefia não temos respaldo para decidir acerca de leito. E com certeza se o familiar disser que foi o médico que orientou para que ele buscasse seus direitos, não tem problema; mas se ele disser que foi o enfermeiro, com certeza isso volta contra o enfermeiro, há uma cobrança; tem que ter postura e cuidado com essas questões. (RS5, 42 anos, 14 anos de formada, há 14 anos na UTI)

Ainda, a reivindicação da sociedade e dos profissionais da saúde por mais leitos em UTI nos estabelecimentos de saúde não é um fato recente. Os mecanismos utilizados para atender esses pacientes graves transformam-se em uma operação de “resgate à vida”:

A internação por ordem judicial é uma ideia ainda emergente e pouco difundida (ou difundida pontualmente em UTIs maiores). Logo, isso gera distorções e interpretações equivocadas, além de

atitudes pouco ou nada coerentes. É importante, mediante aprofundamento teórico com embasamento deontológico e ético e incorporação desta "nova" forma de cuidar, promover discussão e formação (mesmo em cursos específicos acerca do tema). (SP7, 39 anos, 15 anos de formada, há 10 anos na UTI)

Há 10 anos colocávamos leito extra na UTI (de 12 leitos aumentávamos para 24 leitos com um T de oxigênio, então dava pra 2 pacientes. [...]) Depois, houve a criação de leitos de observação na emergência e o surgimento da classificação de risco. [Mas] sempre defendi o paciente nesse sentido de que, como conhecia o hospital todo e conhecia a demanda da emergência, sempre achei que o paciente ficava melhor assistido num leito extra na UTI do que encher a emergência com pacientes em observação, aguardando leito de UTI. As equipes médicas e de enfermagem na emergência não têm a expertise de UTI que abrange olhar as complicações e o tratamento; a equipe da emergência tem uma visão mais imediata, é salvar vidas e mandar adiante! Então, nessa questão de proteger o paciente grave que está na emergência, tem que ir pra UTI, porque isso traz prejuízo pra ele do ponto de vista de atendimento. (RS2, 57 anos, 33 anos de formada, há 33 anos na UTI)

Os enfermeiros sinalizam que, muitas vezes, a alta precoce do paciente da UTI ocasiona piora e retrocesso no quadro clínico, podendo ocasionar graves consequências:

Vivenciei um processo de decisão que envolveu a equipe médica e de enfermagem. Era uma decisão de antecipar o processo de alta de um paciente que correria o risco de retornar para a UTI por complicações. Mas, para essa decisão, consideramos que o paciente encaminhado pela ordem judicial estaria em uma situação pior. (RS1, 37 anos, 8 anos de formado, há 8 anos na

UTI)

Mais do que cuidar deste paciente que está chegando com uma ordem judicial, é importante o zelo por aquele que está sendo retirado da UTI. Vivenciei casos de agilizar altas ainda não programadas para dar o leito para outro paciente. É importante que o enfermeiro advogue neste momento e faça valer o momento certo para a alta. Inclusive lembro claramente de um paciente que foi de alta e depois foi readmitido num quadro mais grave. (MG4, 28 anos, 5 anos de formado, há 4 anos na UTI)

Enfermeiros e médicos, em particular, na UTI, trabalham em conjunto e suas habilidades se complementam. Contudo, a tomada de decisões, diante da determinação de uma internação por ordem judicial é um processo complexo, que interage com o estresse, a experiência já vivenciada e o ambiente externo:

O enfermeiro, juntamente com o médico da UTI e o diretor clínico, deve providenciar o leito solicitado, de maneira segura e coerente. (SC4, 33 anos, 10 anos de formada, há 10 anos na UTI)

É o enfermeiro que está na linha de frente, na gestão da equipe para o recebimento desse paciente. (MG1, 34 anos, 10 anos de formada, há 7 anos na UTI)

Os discursos, frente à internação por ordem judicial também veiculam sensibilidade e dever moral do processo de cuidar, como pode-se evidenciar a seguir:

Lembro-me de uma situação: entra alguém e diz que é uma internação judicial, na porta! E o paciente entra e tu tens que colocar no leito. Para nós, a partir dali o que ficou pra traz não interessa mais. E, pensamos: se fosse meu familiar o cara está mal numa UTI ou está mal numa emergência de uma cidade pequena que não

tem recursos. Quem está com o familiar mal faz isso, recorre! É o que o povo tem! Naquela época nem tinha central de leitos. (RS5, 42 anos, 14 anos de formada, há 14 anos na UTI)

Ainda, o exercício da advocacia está relacionado àquele paciente que já está ocupando um leito e não tem condições de sair e, igualmente, àquele que necessita de um leito e não consegue entrar:

Esse papel de defesa do paciente vai depender da onde eu estiver; eu vou defendê-lo se eu estiver num hospital que não tem recursos e aí quero mais que o juiz dê uma ordem para que o paciente vá para um hospital maior. E quando eu estou aqui, não quero prejudicar aqueles que estão comigo. Então, eu acho que para os profissionais não passarem por essas situações éticas, a central de leitos veio para regular esses leitos, agora tem que ver o quanto éticos são os profissionais que estão à frente disso. Porque o médico da regulação te liga: “quantos leitos de UTI tu tens?” e eu já disse muitas vezes: “eu não posso dar o leito disponível porque a porta do nosso pronto socorro está aberta e até amanhã de manhã eu não tenho mais, então se eu te der esse leito agora, daqui meia hora tu vai ter que procurar uma vaga para um paciente meu que chegou no pronto socorro”. (RS2, 57 anos, 33 anos de formada, há 33 anos na UTI)

A outra categoria denominada “A posição dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente que necessita de leito na terapia intensiva” releva as atuações dos enfermeiros por meio de orientações direcionadas às informações acerca dos direitos do paciente, do acolhimento e esclarecimentos quanto às condições de tratamento e avaliação da gravidade do paciente.

Paciente precisava de tratamento qualificado para sua situação de choque séptico ainda de causa ignorada (evoluiu gravemente em menos de

24 horas após início dos sintomas de febre e mal-estar em sua casa). Trabalhava em uma UTI com características de pronto socorro e esse paciente precisava de transferência urgente. A família foi orientada [pela equipe] a providenciar leito por ordem judicial para agilizar o processo, pois não estávamos conseguindo leito por telefone. (RJ1, 44 anos, 16 anos de formada, há 12 anos na UTI)

Paciente precisava de leito de UTI para fazer hemodiálise contínua e de profissionais especialistas. Recebemos o paciente e os familiares informaram que foram orientados por médicos e enfermeiros que estavam na outra instituição com menor estrutura de equipamentos e de especialidade. (ES3, 34 anos, 9 anos de formada, há 8 anos na UTI)

Paciente necessita de terapia que o serviço não disponibilizava. Orientei a família a procurar promotoria de saúde pública. (SC5, 31 anos, 8 anos de formada, há 8 anos na UTI)

Se o enfermeiro percebe a necessidade do leito de UTI para o paciente, ele precisa orientar a família para ir atrás de seus direitos. Sempre devemos orientar, tanto para os que precisam realmente do leito, como para os que não precisam. (ES1, 37 anos, 16 anos de formada, há 14 anos na UTI)

As sentenças judiciais passam a ser uma expressão da voz e do poder de decisão do cidadão sobre sua saúde diante de um direito que lhe foi negado:

Não consigo fingir que não vejo, logo, claro que reconheço o papel de advocacy para conseguir vaga de UTI. Posso falar para a família as boas UTIs que conheço, a estrutura que é oferecida, como conseguir isso, informar sobre seus direitos. Fiz enfermagem e preciso ser um bom enfermeiro trabalhando junto com as pessoas para que consigam melhores condições de saúde. (ES4, 29

anos, 6 anos de formado, há 4 anos na UTI)

O enfermeiro exerce um importante papel de advocacy, pois a maioria da população é leiga e não entende a gravidade da patologia ou acha normal a demora na transferência. (MG5, 34 anos, 1 ano de formada, há 1 ano na UTI)

Acho que, como advogado do paciente e detentor da confiança da família, o enfermeiro pode e deve realizar orientações claras aos familiares, incluindo as indicações de internação na UTI e a exposição aos riscos dessa internação, que incluem: distanciamento de familiares, distúrbios do sono, presença de bactérias multirresistentes, ambiente frio, com ruídos em excesso. Sendo definida a real necessidade de internação na UTI, o enfermeiro busca a vaga da forma que a instituição preconiza, com o objetivo de oferecer o melhor cuidado, nos níveis de complexidade que o paciente necessita. (SP6, 33 anos, 8 anos de formada, há 7 anos na UTI)

O ambiente UTI tem uma configuração adequada para a formação de relações interpessoais, que evidenciam estratégias pautadas na coletividade, na pluralidade de olhares e ações. Esta afirmação pode ser aplicada tanto na relação enfermeiro/equipe quanto na relação enfermeiro/paciente:

O enfermeiro é profissional vital nesse processo, no momento da triagem desse paciente e sensibilização da equipe multidisciplinar. (PR3, 39 anos, 15 anos de formada, há 15 anos na UTI)

Enfermeiros defendem seus pacientes quando prestam atenção ao que está acontecendo com aquela pessoa. Sendo o melhor que podemos oferecer. (ES4, 29 anos, 6 anos de formado, há 4 anos na UTI)

A seguir, a prática da advocacia dos entrevistados é manifesta por meios da proteção do paciente e seus familiares, de julgamentos da

equipe que possam comprometer o atendimento:

Quando ocorre a internação por ordem judicial, a equipe vê o paciente de uma forma diferente, portanto, o tratamento e o cuidado podem ser menos qualificados e menos seguro. O enfermeiro deve lembrar à equipe, que devemos tratar o paciente com qualidade e respeito, independente da maneira como se deu a internação e da real necessidade de sua internação. (SP3, 34 anos, 13 anos de formada, há 13 anos na UTI)

Devemos trabalhar o preconceito que se instala na equipe e no recebimento da família. (PR4, 34 anos, 12 anos de formada, há 12 anos na UTI)

DISCUSSÃO

Estudos evidenciam que enfermeiros mais velhos, com mais experiência e com especialização na área da terapia intensiva ou mais de uma especialização tendem a exercer mais a advocacia do paciente (BAGHERIAN et al., 2017; GILL et al., 2013). Nesse sentido, um maior nível de educação está associado a uma maior autonomia percebida, produzindo uma maior probabilidade para defesa do paciente, buscando diminuir os erros na prática e fornecer um padrão de cuidados de qualidade para o paciente (GAZARIAN; FERNBERG; SHEEHAN, 2014).

Nesse estudo, a impossibilidade de advogar pelo paciente em situações de internação por ordem judicial manifesta-se de três modos. O primeiro, pelo entendimento de que quem decide é o médico, pois ele é o responsável pela gestão do leito de UTI; o segundo pelo reconhecimento da autoridade e acato da ordem judicial e o terceiro, pela preocupação dos enfermeiros com uma possível exposição e punição. Mas, nesse caso, entende-se que estes três aspectos manifestam-se em conjunto, justamente pela peculiaridade da questão da internação por ordem judicial. Ou seja, ainda que outros estudos (COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016; GILL et al., 2013; ARBOUR; WIEGAND, 2014) sinalizem que na UTI agir e falar em nome dos

pacientes e seus familiares é uma responsabilidade comumente adotada pelos enfermeiros, na medida em que a vulnerabilidade do paciente pela doença aguda e a dependência da alta tecnologia é extrema. Logo, parece haver mudança nessa situação da internação por ordem judicial?

Nesse sentido, entende-se que a pronta afirmativa de que o poder de decisão é do médico, também, reporta ao aditivo da ameaça de criminalização de sua atuação profissional; o duplo acato – à decisão médica e à decisão do juiz – parece ser a única opção, o que torna a prática desses enfermeiros burocratizada, estressante, permeada por uma “cultura do medo”. As solicitações direcionadas ao judiciário distinguem-se pela fugacidade e a decisão pelo magistrado ocorre sem a oportunidade de contrapor as argumentações médicas do demandante com as de outro profissional de área médica (MOCELIN, 2013).

Também, argumenta-se que nas demais situações cotidianas da UTI, pode haver uma desarmonia no controle das situações entre pacientes e profissionais de saúde. Por sua vez, nas situações de internação por ordem judicial, há um explícito desequilíbrio de poder entre profissionais da saúde e da justiça. Desse modo, esses mesmos profissionais, ao receberem uma notificação judicial para a internação na UTI se veem obrigados a cumprir o que fora determinado pelo juiz, independente da aprovação do teor da sentença. O descumprimento da determinação pode ser caracterizado como crime de desobediência, previsto no Código Penal, que prevê uma pena de detenção de 15 dias a 6 meses, além de multa pessoal (RAMOS; GOMES, 2014).

Pode-se analisar, ainda, aspectos atinentes à problemática de que o juiz não é o único responsável por determinar a internação por ordem judicial, pois sua decisão é baseada em um parecer médico, ainda que não necessariamente um profissional com *expertise* em terapia intensiva; ao reconhecimento de que o melhor lugar para o paciente grave é a UTI e não, por exemplo, em uma emergência esperando leito de terapia intensiva, e à preocupação responsável do profissional pela alta precoce do paciente da UTI. Nesta direção, sinaliza-se que advogar é uma obrigação ética dos enfermeiros pela proteção dos direitos dos pacientes, preservação de seus valores, apoio na tomada de decisão na trajetória de seu tratamento com o objetivo de alcançar os melhores resultados para sua saúde e sua autonomia (COLE; WELLARD; MUMMERY, 2014).

Enfermeiros que atuam em instituições públicas ou privadas relatam que o cliente que consegue internação em UTI por decisão

judicial é aquele cuja família é ciente de seus direitos como cidadãos como também aqueles que utilizam o serviço público e nem sempre conhecem a existência e a finalidade do Ministério Público e do promotor de justiça. Porém, a atuação de defesa do paciente está presente nesse último caso, na medida em que os enfermeiros, ao reconhecerem situações em que é urgente o encaminhamento do paciente acometido por uma gravidade aguda para uma UTI especializada, orientam a família acerca do que consideram um atendimento adequado para o paciente. Nesse sentido, enfermeiros que atuam em emergências e pronto socorro vivenciam a mesma dificuldade: o ingresso do paciente na UTI; o diagnóstico emergencial; e, devido à indisponibilidade de leito de UTI, o paciente é cadastrado na Central de Leitos, e um dos motivos determinantes para a demanda judicial é a morosidade na liberação desse leito, ocasionando desconforto para a equipe de saúde em razão das limitações para oferecer uma assistência efetiva, além do estresse para a família do paciente (SANTOS; VARGAS; SCHNEIDER, 2010).

No Brasil, enfrentam-se os usuários do sistema público de saúde e o Estado e para assegurar que não ocorra uma dissociação entre o texto constitucional e a realidade dos cidadãos, os juízes emitem sentenças que preservam o direito à saúde, apoiados, geralmente, no arcabouço jurídico. O conhecimento dos juízes acerca da esfera técnica da saúde, juntamente com os comitês executivos em saúde, que subsidiam os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde, podem facilitar uma criteriosa análise do litígio. Mas, a falta desse apoio técnico pode estar relacionada às respostas automáticas e padronizadas tanto do Poder Judiciário, com deferimento da maioria das solicitações, como do Poder Executivo, com a efetivação do mandado. Isso conduz a um desfecho insatisfatório em relação à gestão dos serviços públicos de saúde e pode acentuar as injustiças sociais (MOCELIN, 2013).

Importante salientar que, embora o juiz seja um profissional extremamente qualificado, e sua atuação compreende a área jurídica, ele sentencia baseado em um laudo médico, ou seja, ele não decide sobre a necessidade clínica, ele decide sobre a comprovação da necessidade clínica e faz cumprir a lei, possibilitando, através do mandado judicial o atendimento desse paciente. Neste caso, se identificada uma demanda injustificada de leito de UTI, questiona-se qual a competência e o

interesse do profissional que emitiu o laudo clínico? O tribunal deverá periciar todos os laudos antes da emissão do mandado? Há tempo para isso?

Uma pesquisa realizada com juízes, advogados e servidores da saúde pública indicam perspectivas diferentes em relação ao percurso do litígio, na medida em que o sistema judiciário configura-se como mais uma porta de entrada ao sistema de saúde. Neste cenário, muitos juízes reconhecem que estão cumprindo sua função constitucional e respondendo à incapacidade de o Estado oferecer a efetividade do direito fundamental à saúde. (BIEHL; PETRYNA, 2016). Ou seja, o cidadão doente necessita de um tratamento que não tem condições de subsidiar, cuja privação pode levá-lo a morte. Assim, a atuação do Poder Judiciário ganha destaque por representar o único caminho factível para o suprimento daquela privação terapêutica, argumento que é sustentado em uma pesquisa, realizada junto aos profissionais atuantes nos complexos reguladores de leitos hospitalares de uma metrópole do Brasil. Dentre os resultados, são apresentadas duas vertentes: a falta de vagas, revelada como uma barreira ao acesso, e a falta de recursos de especialidades mais complexas, o que representa uma supervalorização da alta complexidade. Sinalizam que a maior demanda reprimida enfrentada pelas centrais é de leitos de UTI. Diante das carências do sistema, os usuários contam com o mandado judicial para “furar a fila” (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012; PENALVA et al., 2011; VARGAS et al., 2018).

Outra pesquisa, ao analisar as ações judiciais, constatou que até 2007 as demandas por UTI respondiam a 32%, a partir do ano seguinte passam a representar 71% do total das demandas. Nessa perspectiva, 95% dos argumentos que fundamentaram os processos basearam-se no direito à saúde e 50% recorrem ao direito à vida, ambos difíceis de contestar do ponto de vista jurídico, visto que há uma solicitação de vaga em UTI com uma concentração do diagnóstico em doenças de caráter agudo, representando 78% dos casos (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

Por fim, contextualiza-se nessa categoria a questão das atitudes e decisões que são ética e moralmente corretas do enfermeiro, diante da situação em que, para atender uma demanda de leito por ordem judicial, a assistência e proteção da vida de uma pessoa pode significar o risco de complicação e de sequelas de outra pessoa, então a advocacia faz-se necessária nesse contexto. Revelada na responsabilidade por zelar e

defender a integridade física, o tratamento, o cuidado e bem-estar, conforme previsto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em seus princípios fundamentais (VARGAS et al., 2013; AL SHAMMARI et al., 2017), e considerado pela *American Nurses Association* (ANA, 2017). Logo, como membro de uma equipe multidisciplinar na UTI, um enfermeiro atua junto ao paciente estabilizando a disfunção aguda, prevenindo e gerenciando potenciais complicações que possam surgir durante a hospitalização, tratando as comorbidades pré-existentes, exercendo a prestação de cuidados às famílias como uma extensão do paciente e colaborando com outros profissionais de saúde envolvidos no atendimento desses pacientes. (CROWE, 2014; DAVOODVAND; ABBASZADEH; AHMADI, 2016).

A compreensão do valor da equipe para o melhor cuidado fornecido para os pacientes críticos continua sendo um elemento central, embora o conceito de equipe pareça ter valor intuitivo, as contribuições individuais dentro da equipe são mais fortemente apoiadas. Ter um intensivista envolvido no cuidado dos pacientes em UTI é, sem dúvida, a intervenção mais eficaz para melhorar sobrevivência dos doentes críticos (CROWE, 2014).

Na última categoria, é possível analisar a defesa do paciente pelo enfermeiro de UTI que se manifesta na orientação dos pacientes e familiares. Um estudo sinaliza que os profissionais admitem já terem instigado familiares a buscar por auxílio judicial em casos em que percebiam que as dificuldades enfrentadas pelo sistema poderiam prejudicar o tratamento do paciente. E, mesmo reconhecendo os malefícios da judicialização, por ser uma estratégia de exercício da cidadania que sobrepõe o direito individual ao coletivo e compromete a eficácia das políticas de saúde, esse comportamento demonstra um compromisso social e ético dos profissionais de saúde com o direito à saúde das pessoas (RAMOS et al., 2016).

O enfermeiro age como elo entre médicos e outros membros da equipe de saúde, fortalecendo a interação e comunicação entre os diferentes profissionais da equipe de saúde. Uma comunicação que exige respeito mútuo, colaboração, deliberação conjunta e não simplesmente convergência de conhecimentos. Sabe-se que o ato de informar o paciente a respeito de seu diagnóstico e tratamento é dever legal do médico. Mesmo assim, compete ao enfermeiro orientar acerca do cuidado de enfermagem disponibilizado e sua relação com o

diagnóstico e tratamento, de modo que seu papel educativo é essencial (LUZ et al., 2015).

Destaca-se a inserção e valorização do enfermeiro na equipe interdisciplinar, pois, quando inserido neste complexo sistema, assume um papel articulador e de relevância nos processos de mudanças, garantindo a qualidade da assistência, que é oferecida em conjunto com muitas outras disciplinas e que reforçam as relações da tríade enfermeiro/ser humano/equipe de saúde. Nesta perspectiva, uma revisão integrativa da literatura contextualiza a interdisciplinaridade como importante para a troca de experiências, saberes e fazeres, e para superar a visão fragmentada da realidade (SILVA et al., 2013).

É vital a composição de equipes de saúde por profissionais de diferentes áreas de formação, dispostos a esclarecer possibilidades para o paciente e seus familiares enfrentarem este momento de suas vidas, amenizando o sofrimento de todos, inclusive da própria equipe. Na verdade, são ressignificados os atributos das relações de cuidado, enfatizando valores éticos, como a confiança e a autonomia (LUZ et al., 2016).

Essas conversas exigem um diálogo que aborda questões como estas: Qual é a sua compreensão da situação? O que conta como um bom resultado? O que está em jogo para você? Como você vê suas responsabilidades na situação? O que é mais importante para você? Qual será a sua opinião de si ou de outros se a opção A for escolhida ou a opção B? Este diálogo é um entendimento do discurso moral que possibilita a reflexão crítica dos agentes morais e suas práticas morais e essa reflexão crítica vem justificar nossas ações. Os espaços morais são necessários para que uma instituição compreenda as necessidades de todos os seus membros, incluindo pacientes, pois todas as pessoas precisam de cuidados (LIASCHENKO; PETER, 2016). E, por meio desses espaços, outro aspecto passa a ser considerado: conseguir compartilhar com a família a real expectativa de resgate da vida do paciente.

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos expressa o que pode acontecer quando os espaços morais não são socializados. Isto é, nesta pesquisa, o profissional deveria priorizar a internação de um único leito disponível em uma das duas situações: (1) um determinado paciente com câncer, gravemente doente com pouca chance de sobreviver (5%) e teria um prolongamento de até mais um ano de vida, ou (2) um paciente com morte cerebral, potencial doador de órgãos, para

quem a admissão na UTI serviria para beneficiar algumas pessoas que aguardam transplante, seus órgãos proporcionariam um total de 5 anos extras de vida para esses pacientes. Do total dos profissionais que optaram por dar o leito para o paciente oncológico, 65% dos médicos e 75% dos enfermeiros alegaram sobre as obrigações entre o bem de um único paciente conhecido dentre múltiplos receptores de órgãos anônimos. Este estudo sugere que muitos médicos da UTI sentem-se compelidos em fornecer cuidados críticos de salvamento para pacientes com prognósticos graves, que vêm ao encontro com as normas tradicionais de priorização dos próprios pacientes, mas contrasta com os recentes conceitos sobre a responsabilidade de profissionais da saúde (KOHN et al., 2011).

Percebe-se que existem barreiras à advocacia da enfermagem intensiva frente àquele paciente que necessita de um leito de UTI e recorre a ordem judicial. Essa situação é revelada de duas perspectivas diferentes: a defesa ocorre em favor do paciente que está internado e ainda não tem condições de ter alta, mas que é provável candidato a ceder o leito para aquele que está necessitando do leito e recorreu à justiça, e o enfermeiro advoga por esse paciente, sob seus cuidados, que precisa internar na terapia intensiva. No entanto, a ação do enfermeiro na prática profissional deve ser embasada no cuidado ético e isso exige que o enfermeiro exerça um cuidado individualizado e seguro, buscando proteger o paciente de danos e possíveis riscos, sejam eles físicos, mentais, de deliberação, por inadvertência, por insuficiência de tratamento ou por tratamentos incorretos (GILL et al., 2013; ARBOUR; WIEGAND, 2014). Além disso, deve proteger o paciente e seus familiares de julgamentos da equipe diante da internação por ordem judicial, que possam comprometer o atendimento.

Justificando a importância, no ano de 2005 foi instituído pelo Ministério da Saúde na Política Nacional do Paciente Crítico o cuidado centrado à família, com o objetivo de melhorar o atendimento dos familiares e dos pacientes internados na UTI, valorizando o atendimento humanizado para essas pessoas. (BRASIL, 2005)

Um estudo revela que para muitos familiares a UTI ainda é um local temido, onde a ideia de morte evidenciada por 80% dos entrevistados e os outros 20% relacionaram como um local de atendimento que oferece maior segurança para a recuperação da saúde. Reconhecem que cuidar em uma UTI representa o equilíbrio entre a técnica e o cuidado humano que deve constituir cada profissional, neste

ínterim a família, dado que esta não é entendida como integrante do processo de cuidar. Porém, também deve receber a atenção e o apoio dos profissionais de saúde, visto se tornarem motivadores e participantes de toda a evolução do paciente, quando bem orientados. Além disso, a família deposita suas expectativas nesses profissionais e espera ajuda para compreender os momentos difíceis pelos quais estão passando (VASCONCELOS et al., 2016).

CONCLUSÃO

O conceito de defesa do paciente é importante para a enfermagem e está evoluindo constantemente. Dentro da terapia intensiva beneficia diretamente os cuidados de saúde e melhora os seus resultados neste tipo de ambiente complexo e requerido por demandas judiciais. A enfermagem, como uma das maiores forças de trabalho de profissionais de saúde tem um papel chave no apoio a pacientes, além de estar na linha de frente e conhecer os obstáculos que os pacientes enfrentam para obter o cuidado que eles necessitam, pode compartilhar informações e promover saúde de alta qualidade, preservando os interesses e direitos dos pacientes.

Este artigo destaca a lacuna entre o ideal de defesa do paciente e as realidades da prática de enfermagem diária, diante das dificuldades em reconhecer o papel de advogado do paciente influenciado pela prerrogativa do mandato judicial, sendo o acato a única opção, gerando desconforto pela soberania da decisão e a apreensão de punição. Outro fator desencadeante desse não reconhecimento é em relação ao entendimento de que quem decide sobre a alta, seja ela precoce ou não, e a admissão do paciente na UTI é o médico, desconsiderando um elemento central no cuidado fornecido para os pacientes críticos, quando a compreensão do valor da equipe e seus processos que podem facilitar ou restringir o trabalho na UTI.

Quando os pacientes experimentam ameaças à sua segurança, também devem ser os enfermeiros os seus defensores. Se isso não acontecer, diversos eventos podem causar danos catastróficos, considerando que para atender uma demanda de leito por ordem judicial a assistência e proteção da vida de alguém pode representar desamparo e ameaça de morte para outro indivíduo.

Lidar com o papel de advogar tem muitos benefícios para os pacientes, os enfermeiros e todo o sistema de tratamento. Destaca-se, como um dos fatores mais importantes na criação de uma melhor abordagem na assistência, o apoio para que possam cumprir seu papel de defensores, capacitando-os em sua qualidade de vida profissional e fornecendo uma base para a retenção da força de trabalho, bem como a entrega de uma enfermagem efetiva centrada no paciente.

As exigências emocionais e físicas da enfermagem de cuidados intensivos são as principais considerações. A liderança dos enfermeiros deve promover estratégias que lhes permitam colocar o interesse dos pacientes à frente de suas ações e interações, com a preocupação em ser a voz desses pacientes; simultaneamente, as instituições devem garantir um ambiente psicologicamente seguro, capacitando todos os profissionais em colaboração para promoverem cuidados multidisciplinares centrados no paciente.

As conclusões deste estudo revelam que os enfermeiros de cuidados críticos exercem a sensibilidade e dever moral do processo de cuidar quando defendem seus pacientes informando-os sobre seus direitos, demonstrando preocupação com indivíduos indefesos ou que desconhecem seus direitos e precisam de ajuda nesse sentido. Além disso, agem e falam sobre e em nome dos pacientes e seus familiares, orientando acerca das condições de tratamento e a gravidade do caso, prezando por um cuidado livre de julgamentos e prejuízos ao paciente que interna através da ordem judicial.

REFERÊNCIAS

AL SHAMMARI, F. et al. Nurses' professional values on patient care provisions and decisions. **J. nurs. educ. pract.**, v. 7, n. 9, p. 78-84, 2017.

ANA. American Nurses Association. **About code of ethics**. Silver Spring, MD; 2017. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/codeofethics>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Censo AMIB 2016**. Disponível em:

<https://www.amib.com.br/censo/Analise_de_Dados_UTI_Final_Site_2.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2018

ARBOUR, R.B.; WIEGAND, D. L. Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: a phenomenological study. **Intensive crit. care nurs.** v. 30, n. 4, p. 211-18, ago., 2014.

BAGHERIAN, B. et al. Effects of technology on nursing care and caring attributes of a sample of Iranian critical care nurses. **Intensive crit. care nurs.** v. 39, p. 18–27, abr., 2017.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos.** v. 23, n. 1, p. 173-92, jan/mar., 2016.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. **Consulta leitos.** Brasília - DF. [2017b]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp>. Acesso em: 21 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada n.466, de 12 de dezembro de 2012.** Regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil. Brasília, DF. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1071, de 4 de julho de 2005.** Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Brasília, DF. 2005. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/gepnet/docsrisc/rismaterialdidatico62.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

COLE, C.; WELLARD, S.; MUMMERY, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. **Nurs. ethics.**, v. 21, n. 5, p. 576-82, jan., 2014.

CROWE, S. A role for nurse practitioners in the ICU: advocating for change. **Dynamics.** v. 25, n. 3, p. 26-9, 2014.

DAVOODVAND, S.; ABBASZADEH, A.; AHMADI, F. Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. **J. med ethics hist med.** v. 9, n. 5, p. 1-8, jun., 2016.

DELDUQUE, M. C. O perfil ideal do juiz para as decisões em saúde. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.** v. 1, n. 1, p. 30-43, jan/jun., 2012.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 2, p. 591-98, 2014.

GALUSKA, L. Advocating for patients: honoring professional trust. **AORN j.**, v. 104, n. 5, p. 410-16, nov., 2016.

GARBIN, P. R. et al. Acesso à justiça e o direito à saúde: um estudo de caso na região noroeste do Rio Grande do Sul. **Rev. inova ação**, v. 3, n. 2, p. 70-87, jul./dez., 2014.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis (Rio J.)**. v. 22, n. 1, p. 119-40, 2012.

GAZARIAN, P. K.; FERNBERG, L. M.; SHEEHAN, K. D. Effectiveness of narrative pedagogy in developing student nurses' advocacy role. **Nurs. ethics.**, v. 23, n. 2, p. 132-41, dez., 2014.

GILL, F. J. et al. Health consumers' experiences in Australian critical care units: postgraduate nurse education implications. **Nurs. crit. care.** v. 18, n. 2, p. 93-102, mar/abr., 2013.

HANKS, R. G. Social advocacy: a call for nursing action. **Pastor. Psychol.**, v. 62, n. 2, p. 163-73, 2013.

KOHN, R. et al. Rule of rescue or the good of the many? An analysis of physicians and nurses preferences for allocating ICU beds. **Intensive care med.**, v. 37, n. 7, p. 1210-17, jul., 2011.

LIASCHENKO, J.; PETER, E. Fostering nurses' moral agency and moral identity: the importance of moral community. **Hastings Cent. Rep.** v. 45, n. S1, p. S18-S21, set/out., 2016.

LUZ, K. R. et al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Rev. bras. enferm.** v. 69, n. 1, p. 67-71, fev., 2016.

LUZ, K. R. et al. Ethical problems experienced by oncology nurses. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 23, n. 6, p. 1187-194, dez., 2015.

MOCELIN, C. E. Demandas Judiciais na saúde pública: instrumentos para a efetivação do direito à saúde e/ou arranjos na gestão e organização do SUS. **Rev. gestão desenv. contexto.** v. 1, n. 01, p. 100-116, 2013.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual: discursiva.** 2 ed. Editora Unijuí, 2013.

PENALVA, J. et al. **Judicialização do direito à saúde: o caso do Distrito Federal.** Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero - Anis. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2011.

RAMOS, R. S. et al. O acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde na perspectiva da judicialização. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 24, p. e2797, jan., 2016.

RAMOS, R. S.; GOMES, A. M. T. A judicialização da saúde pública no Brasil: um estudo de representações sociais. **rev. cuid.**, v. 5, n. 2, p. 827-36, 2014.

SANTOS, J. B. Vaga zero em caso de emergência. **Folha Universal.** 28: 8-11, Jun., 2009.

SANTOS, A. C.; VARGAS, M. A. O.; SCHNEIDER, N. Encaminhamento do paciente crítico para UTI por decisão judicial: situações vivenciadas pelos enfermeiros. **Enferm. foco**, v. 1, n. 3, p. 94-7, 2010.

SILVA, T. P. et al. A interdisciplinaridade e suas contribuições para o cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**. v. 7, n. 7S, p. 4823-30, 2013.

VAARTIO, H; LEINO-KILPI, H. Nursing advocacy—a review of the empirical research 1990–2003. **Int. j. nurs. stud.**, v. 42, n. 6, p. 705-714, 2005.

VARGAS, C. P. et al. **Defesa do paciente no contexto da terapia intensiva**. In: Associação Brasileira de Enfermagem; VARGAS, M. A. O.; NASCIMENTO, E. R. P., organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 125–54. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 1).

VARGAS, M. A. O. et al. Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 34, n. 1, p. 119-25, mar., 2013.

VASCONCELOS, E. V. et al. O cotidiano de familiares de pacientes internados na UTI: um estudo com as representações sociais. **J. res.: fundam. care online**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 4313-27, apr./jun., 2016.

VENTURA, C. A. A. et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Rev. bras. enferm**, v. 65, n. 6, p. 893-98, nov./dez., 2012.

VIANA CORREIO, R. A. P. P. et al. Desvelando Competências do enfermeiro de terapia intensiva. **Enferm. foco.**, v. 6, n. (1/4), p. 46-50, dez., 2015.

VIANA, R. A. P. P. et al. Profile of an intensive care nurse in different regions of Brazil. **Texto & contexto enferm**. v. 23, n. 1, p. 151-59, jan./mar., 2014.

WANG, L. H. et al. The emergency patient's participation in medical decision-making. **J. clin. nurs**.v. 25, n. 17-18, p. 2550-58, set., 2016.

4.2 MANUSCRITO 2 - DELIBERAÇÃO MORAL DE ENFERMEIROS FRENTE À INTERNAÇÃO POR ORDEM JUDICIAL

RESUMO

Objetivou-se analisar os problemas éticos vivenciados por enfermeiros intensivistas em situações de internação por ordem judicial na perspectiva da deliberação moral. Pesquisa qualitativa e exploratória, com dados coletados entre janeiro e dezembro de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas com 42 enfermeiros intensivistas das regiões Sul e Sudeste do Brasil, selecionados mediante amostragem em bola de neve. A análise de dados deu-se por Análise Textual Discursiva. Os resultados foram discutidos em três categorias: 1) “A escolha de Sofia”? a deliberação sobre quem será priorizado 2) O sofrimento moral vivenciado pelo enfermeiro diante da internação por ordem judicial na UTI; e 3) A advocacia do enfermeiro diante das demandas da sociedade na luta pela vida através dos avanços da tecnologia. Conclui-se que efetivamente a judicialização da saúde traz alterações significativas nas relações sociais e institucionais. Diante do surgimento dos problemas éticos, os enfermeiros devem ser capazes de perceber que, frente às diferentes possibilidades de tomadas de decisão, valores morais importantes encontram-se em conflito.

DESCRITORES: Cuidados críticos. Ética em enfermagem. Decisões judiciais. Tecnologias biomédicas. Doente terminal.

INTRODUÇÃO

O direito à saúde é considerado um direito fundamental, denominado universal, social e humano, pertencendo ao rol daqueles relacionados ao mínimo existencial devido ao que representa para a vida e sobrevivência de todo ser indivíduo (OLIVEIRA, 2013). No Brasil, a demanda populacional requer que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja eficiente e realmente disponível, para que, no momento em que os indivíduos dele necessitem, este esteja presente. A teoria diverge da realidade neste aspecto, sendo ressaltada a insuficiência de insumos no

que concerne ao atendimento populacional. Neste contexto, surge no Brasil um movimento em que o indivíduo já não recorre diretamente ao SUS para a efetivação de seu direito, mas sim ao Poder Judiciário, a fim de garantir os seus direitos através da tutela jurisdicional (RAMOS; GOMES, 2014).

O crescimento das demandas judiciais na saúde é tema de grande relevância, tanto para o sistema de saúde quanto para o sistema judiciário. De um lado, gestores tentam equilibrar orçamentos, muitas vezes comprometidos por decisões judiciais que envolvem cifras altas, de outro, a justiça tenta inteirar-se do que é relativo à saúde e peculiar ao SUS para decidir legalmente sobre as demandas por medicamentos, próteses, leitos e diversos tipos de ações e de serviços de saúde (GOMES et al., 2014). Nesse contexto, pondera-se que a aproximação entre o executivo (os entes gestores do SUS) e o judiciário talvez seja um dos caminhos mais efetivos para minimizar os impactos da judicialização da saúde e também para tentar evitá-la.

Pensar o papel do Judiciário é um dos grandes desafios das sociedades democráticas. Identificar os limites da atividade judicial e as possibilidades de controle sobre a atividade política é uma tarefa árdua e controversa. Atualmente, essa tarefa tornou-se ainda mais complexa em razão da proatividade judicial, orientada no sentido de garantir efetividade aos direitos sociais (BITTENCOURT, 2016).

Os mais de 240 mil processos judiciais por prestações em saúde contabilizados até 2011, em conjunto aos crescentes gastos com as demandas judiciais, indicam que o Judiciário alcançará um papel de destaque no processo de efetivação do direito à saúde no Brasil (CAVALCANTI, 2011).

O litígio pelo direito à saúde, no Brasil, torna clara a disputa de diferentes atores dos setores público e privado no processo de judicialização da saúde. Essas ações proporcionam o acesso a milhares de pessoas, ainda que provisoriamente. Gerando realidades sociomédicas multifacetadas, além de importantes desafios administrativos e fiscais que podem aumentar as desigualdades no fornecimento de serviços de saúde, tornando-se um atalho para o acesso aos serviços de saúde, agora compreendido como o acesso aos leitos de UTI (BIEHL; PETRYNA, 2016).

A internação em unidades de terapia intensiva possui critérios específicos, os quais têm como finalidade a priorização do atendimento no processo de triagem, ou seja, a internação dos pacientes que mais se

beneficiarão do tratamento intensivo, colaborando para melhorar a alocação dos recursos disponíveis. Porém, quando o acesso aos serviços de saúde ocorre com a intervenção do Poder Judiciário, estas observâncias que disciplinam o acesso à saúde são ignoradas e, conseqüentemente, podem comprometer o esforço do Poder Executivo e a organização legal do SUS (GOMES et al., 2014).

Enquanto alguns pacientes têm acesso por meios próprios aos tratamentos necessários para a recuperação das doenças que ameaçam sua vida, a maioria deve contar com a proteção e o acesso a que tem direito, mas que são limitados pelos recursos escassos e as fragilidades do sistema e acabam por apelar para judicialização da saúde (RAMOS et al., 2016; VENTURA et al., 2012).

Internações por ordem judicial demandam do enfermeiro que atua na terapia intensiva questionamentos sobre como devem agir nestes casos, suscitando posicionamentos e deliberações éticas complexas, com a geração de conflitos, pois, muitas vezes, o atendimento que prestam é diferente daquele que gostariam de conceder, o que lhes vai causando sofrimento (GOMES et al., 2014). Nesse ínterim, a terapia intensiva, como uma das áreas mais caras de cuidado em saúde, precisa de um olhar voltado para novas formas de prestar cuidados de alta qualidade em uma era de recursos escassos e fragilidades do sistema.

A responsabilidade ética individual é o coração da competência clínica para todos que cuidam de pessoas doentes. Apesar dos avanços obtidos na prevenção e no tratamento de doenças, é possível constatar, de forma paradoxal, diversos fracassos na prática clínica, sobretudo no que concerne ao profissional de saúde lidar com fenômenos subjetivos da pessoa que necessita de cuidado. Logo, os profissionais de enfermagem mostram-se vulneráveis a crises de valores e à queda da qualidade do seu trabalho, tendendo enfrentar situações problemáticas relacionadas à internação por ordem judicial na UTI, quanto às tomadas de decisão em relação aos seus fazeres com implicações éticas para si, para os pacientes, para a equipe e para a instituição hospitalar (VARGAS et al., 2013).

Ainda, enfermeiros precisam desenvolver uma competência ética, necessária para lidar com os problemas éticos envolvidos no processo de cuidar de pacientes internados na terapia intensiva. Uma proposta que pode auxiliar enfermeiros a tomar decisões baliza-se na análise da situação, utilizando-se como ferramenta para a deliberação moral. Esta é uma ação complexa que está envolvida não só pelo

conhecimento técnico-científico, mas também por elementos subjetivos, crenças, princípios e valores e, muitas vezes, a decisão tomada não constitui a melhor opção, quando avaliada sob outros aspectos que não os utilizados por quem analisou o conflito (SCHNEIDER; RAMOS, 2012). Por ser a deliberação um método da racionalidade prática, delibera-se para tomar decisões que são sempre, e necessariamente, concretas.

O método de deliberação moral é um meio sistematizado e contextualizado para encontrar soluções efetivas, mediante alternativas criteriosas, ou seja, trata-se de expressar a capacidade de valorizar o que está envolvido no caso, sempre sob o prisma de se chegar a decisões razoáveis. Admitindo uma variabilidade de soluções igualmente prudentes e não somente uma única, a correta, pois as interpretações da situação pelos envolvidos e afetados diferem.

A capacidade de tomar decisões está inter-relacionada com a competência ética e a autonomia do enfermeiro. Quando não sabemos que curso seguir, diante de uma internação por ordem judicial, por exemplo, temos de acionar o procedimento deliberativo para perceber o que se deve fazer na situação. O bom funcionamento da deliberação depende da criatividade e da capacidade deliberativa (habilidades e competências) dos envolvidos na situação (ZOBOLI, 2016). Assim, a deliberação, por levar os profissionais a perceberem conscientemente os limites, as potencialidades e as possibilidades deles próprios e da realidade, pode constituir-se via humanização da atenção à saúde.

Além disso, suscita reflexão ética sobre o que se entende por justiça social e direito à saúde, também coloca em pauta a necessidade de recuperação do ideário de universalidade, igualdade e integralidade, defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária e concretizado na forma de princípios do SUS, na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (BASSETTE, 2011).

Tendo este estudo tem como objetivo: analisar os problemas éticos vivenciados por enfermeiros intensivistas em situações de internação por ordem judicial na perspectiva da deliberação moral.

METODOLOGIA

Pesquisa do tipo exploratório analítica, de abordagem qualitativa, desenvolvida com 42 enfermeiros que trabalham em UTI adulto das regiões Sudeste e Sul do Brasil. Essas regiões foram eleitas

como locais de estudo por englobarem 68% dos leitos de UTI do país. O critério de inclusão foi: ser enfermeiro e desenvolver a prática assistencial em terapia intensiva adulto, independente de idade, sexo, horário de trabalho, procedentes de instituições públicas e privadas. A seleção dos participantes ocorreu mediante amostragem não probabilística, do tipo bola de neve, método baseado em indicações feitas por pessoas que já estão na amostra. Assim, formou-se uma cadeia de entrevistados localizados em tempos diferentes, mas ligados por um fio condutor no entorno da internação por ordem judicial na UTI.

A coleta de dados ocorreu através de entrevista semiestruturada presencial ou online e transcorreu de janeiro a dezembro de 2016.

A análise ocorreu mediante elementos da Análise Textual Discursiva (ATD), organizando seus argumentos em torno de quatro focos: desmontagem dos textos; estabelecimento de relações; captura de um novo emergente; e recolocação dos achados - em um processo auto-organizado (MORAES; GALIAZZI, 2013). Para organização e gerenciamento dos dados utilizou-se o software ATLAS-Ti.

A pesquisa está vinculada ao macroprojeto com metodologia de estudo misto: Internação por Ordem Judicial, financiado pelo Universal - MCTI/CNPq No 14/2014: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas, e obteve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) na plataforma Brasil, sob o número de parecer 863.112. Os nomes dos participantes foram codificados com as letras que identificam os seus estados seguida do número cardinal na ordem em que aconteceram as entrevistas em cada local, idade, tempo de formação e período de atuação em UTI. Os preceitos éticos da Resolução 466/2016 (BRASIL, 2012) foram respeitados.

RESULTADOS

Diante dos discursos analisados foram identificadas três categorias empíricas: 1) "A escolha de Sofia"? a deliberação sobre quem será priorizado 2) O sofrimento moral vivenciado pelo enfermeiro diante da internação por ordem judicial na UTI e 3) A advocacia do enfermeiro diante das demandas da sociedade na luta pela vida através dos avanços da tecnologia.

Na primeira categoria, utilizou-se a expressão "A Escolha de Sofia" por ser entendida como o sinônimo de uma decisão quase

impossível de ser tomada. Situação vivenciada pelos enfermeiros deste estudo diante dos dilemas éticos, no que se refere à decisão de "liberar" um paciente "menos" grave ou talvez que não tenha condições de receber alta e admitir o paciente que vem por demanda judicial, o que impõe um processo de deliberação moral. Devemos negar pacientes oncológicos? A eleição do paciente deve basear-se na idade ou no histórico de aderência ao tratamento? Ou no impacto social? Devemos dar o leito a quem pediu primeiro? Devemos priorizar pacientes que estão na emergência aguardando leito na UTI, a cirurgia eletiva ou a ordem judicial? A percepção da existência de dilemas éticos e o exercício da deliberação moral estão retratados nas falas abaixo:

Às vezes é dilema, mas penso que a maioria das vezes é problema. A questão da saúde e do direito das pessoas é muito complexo, é como um cobertor que tapa de um lado e destapa do outro lado. (PR1, 35 anos, 10 anos de formada, há 8 anos na UTI)

A deliberação moral acontece mesmo diante de algo imposto como a internação por ordem judicial, pois pode servir de base para a definição de quem sai da UTI:

Eu acho que é mais um dilema ético, porque se eu não tenho vaga, tenho um número de leitos definidos na UTI e se tiver que colocar alguém, terei que tirar outro. Quando eu tinha leito extra, era colocar mais um leito e pronto! A gente brigava e acatava a ordem do juiz porque tem que acatar. Tínhamos problemas de receber ordem judicial, não era uma questão de vaga, a gente colocava um leito extra, estávamos acostumados a trabalhar com leito extra, mas o problema era de não ter respiradores. Então para eu receber um paciente e colocar no respirador eu teria que tirar outro do respirador, e aí quem decide isso? (RS2, 57 anos, 33 anos de formada, há 33 anos na UTI)

Os enfermeiros também revelam, em seus depoimentos, a angústia centrada no conhecimento da alta precoce e o reconhecimento da responsabilidade pelo paciente:

Vivenciei um caso de internação por ordem judicial que a unidade mesmo com leitos bloqueados por quantitativo de pessoal precisou admitir um paciente do interior. Neste caso o plantonista agilizou uma alta de um paciente pós-operatório imediato (POI) de neurocirurgia que ficou no CTI menos de 12 horas. (MG4, 28 anos, 5 anos de formado, há 4 anos na UTI)

O problema é quando a UTI está em lotação máxima, entra um pedido de internação por ordem judicial e mesmo não existindo leito, temos que nos mover para conseguir um. (MG5, 34 anos, 1 ano de formada, há 1 ano na UTI)

Na segunda categoria intitulada “O sofrimento moral vivenciado pelo enfermeiro diante da internação por ordem judicial na UTI” retrata-se o ambiente de saúde como local emocionalmente carregado para pacientes, famílias e provedores, criando terreno fértil para que pessoas discordem sobre as decisões quanto ao que é "certo" e o que é "moralmente correto". Logo, a natureza da prática de enfermagem pode ser um potencial gerador de sofrimento moral, entendido como, de acordo com Jameton (1993), sentimentos dolorosos e desequilíbrio psicológico de profissionais que estão conscientes da decisão moralmente certa, mas estão impedidos de adotá-la, expressado através das diferenças entre experiências reais e esperadas dos participantes.

Além disso, a hospitalização em UTI constitui-se por si só em um evento vital, estressor e desestabiliza física e emocionalmente toda a família, tendo como um agravante a negação de uma internação imediata, sendo que recorrer ao judiciário é a única saída para os pacientes e familiares conseguirem vaga.

Paciente sem condições clínicas ser transferido da UTI para um local de cuidados considerado "cuidados intermediários" para desocupar o leito de UTI, você sabe que o paciente é investível,

jovem, com condições de melhora e ter que transferi-lo para que outro tenha o direito de leito também é uma situação muito ruim, tudo que você aprende e acredita se vai junto com o paciente que foi transferido precocemente. (RJ3, 29 anos, 7 anos de formada, há 4 anos na UTI)

Se você tem uma unidade lotada com todos os pacientes sem condições de alta você não consegue resolver. Entendo o problema da necessidade, do porque a pessoa precisou entrar com essa solicitação para conseguir internar, mas você tem uma unidade lotada que também não consegue simplesmente de uma hora para outra tirar alguém [...] É preciso trazer o paciente para dentro. (PR2, 52 anos, 30 anos de formada, há 20 anos na UTI)

“A advocacia dos enfermeiros diante das demandas da sociedade na luta pela vida através dos avanços da tecnologia” descreve a terceira categoria, considerando a UTI como um contexto de alta complexidade, no que diz respeito às tecnologias, ao custo financeiro e à equipe multidisciplinar especializada e destinada a pacientes graves que necessitam desses cuidados. Diante de demandas não justificadas pela clínica, mas por expectativas familiares, a proteção da dignidade do paciente faz-se necessária e ocorre através da advocacia. Sinônimo de atuar em nome dos outros, sejam pacientes, famílias, grupos ou a sociedade em geral.

Socialmente considerada um local pouco acolhedor e, frequentemente, associada à morte ou doença grave, e por outro lado, relacionada com atenção integral, recuperação e reencontro com a vida, a UTI necessita de profissionais prudentes, pois implica, necessariamente, à consideração dos valores, crenças e do projeto de vida de cada um, precisando o profissional perceber os diferentes sistemas de valores, padrões culturais, religiosos e familiares dos usuários de quem cuida, sendo a sensibilidade e a compaixão essencial na relação entre enfermeiros e pacientes.

Penso que o enfermeiro não deve questionar o paciente que dá entrada na UTI, a gente tem que tratar todo mundo igual, independente de como

entra. Independente da maneira como chega, pra nós enfermeiros não vai mudar muita coisa, aliás, muda nada. (SC1, 38 anos, 13 anos de formado, há 1 ano na UTI)

Na terapia intensiva, o ser humano está exposto a uma multiplicidade de aparelhos sofisticados e complexos que podem determinar, por exemplo: os padrões ventilatórios, identificar os sinais vitais e controlar os valores hemodinâmicos. De outro modo, fica a preocupação com a forma de utilização das tecnologias, ou seja, como um fim em si mesmo ao invés de um meio para assegurar a qualidade da assistência.

Observa-se que o progresso técnico-científico na saúde não somente aumentou a esperança de viver mais e melhor, mas também gerou situações difícilíssimas e complexas que trouxeram profundos questionamentos éticos e somos instigados a advogar de forma responsável respeitando a vida e honrando a dignidade humana.

Paciente sem condições clínicas para cirurgia cardíaca de alta complexidade, família, embora orientada por toda a equipe, inclusive a enfermagem, atrás de ordem judicial, impôs o procedimento que resultou no óbito do paciente. (ES2, 54 anos, 28 anos de formada, há 27 anos na UTI)

Diversas vezes vemos que a família força a vinda para UTI, mas, nós percebemos que ele não precisaria de uma unidade altamente especializada; ele poderia ficar num lugar de média complexidade. E, algumas vezes não é possível assistir outro paciente que realmente precisa da complexidade que ofertamos. (PR2, 52 anos, 30 anos de formada, há 20 anos na UTI)

Acredito que o enfermeiro que realmente advoga em favor do paciente, quando tem e utiliza os argumentos corretos, é capaz de indicar e convencer família e equipe sobre internação ou não na UTI sem a necessidade de apelar para decisão judicial, o que acho mais justo e ético do que forçar uma internação em detrimento das

demais. (SP6, 33 anos, 8 anos de formada, há 7 anos na UTI)

A UTI possui uma dinâmica operacional e um ambiente bastante diferenciado de outros serviços do hospital. Esta diferenciação influi tanto no comportamento da equipe de trabalho como também nos pacientes e seus familiares. A parceria entre estes dois pólos interfere positivamente em todo o processo de internação e tratamento do doente, processo que deve ocorrer de forma natural e evolutiva. Adota-se uma série de critérios para a admissão e alta de paciente no atendimento intensivo, esses critérios foram criados para permitir o uso racional desses leitos com o objetivo de, assim, permitir que paciente sejam mantidos ali somente quando seu estado de saúde exigir, podendo a imposição de uma internação por ordem judicial fragilizar tal processo.

Tive uma paciente que ficou internada, estava com alta e a família não queria levar ela para casa. Era uma família de posses, mas não quis levar ela para casa e o hospital teve que ficar com esta paciente por muito tempo. E essa internação dela prolongada, nos dificultou a atender outras pessoas. A gente precisou fazer a ordem judicial para que ela fosse embora. Porque a família não queria levar ela embora. Eles queriam que ela ficasse, continuasse internada no hospital. Porque o que o filho falou que ela sempre foi professora do estado, então agora o estado cuide dela agora já que está precisando. (PR2, 52 anos, 30 anos de formada, há 20 anos na UTI)

A dicotomia SUS e Convênio desperta inúmeras questões entre os profissionais de saúde e as pessoas que buscam o atendimento, pois ao mesmo tempo em que a sociedade espera uma assistência em saúde de qualidade, ela mesma possui suas próprias concepções a respeito da sua condição. A crescente tecnificação da medicina, com aparelhos, exames e medicamentos de última geração, aliada à ideologia da saúde perfeita e à conseqüente tendência cultural de identificar saúde com consumir produtos que vendem saúde, ocasiona um gradativo aumento de gastos induzidos por essa tendência que o orçamento público não conseguirá suprir.

Muitas pessoas não possuem condições financeiras para custear o melhor tratamento, o mais adequado, devido aos custos descomunais, assim, prejudicando-se ainda mais em sua saúde e consumindo cada vez mais o seu estado físico e emocional. Por isso, a advocacia deve ser exercida pelos profissionais, conforme as falas a seguir:

Outra questão é que nós temos pacientes daqui que são pacientes de convênio, e aqui tudo é SUS. E eles não são transferidos para hospitais conveniados porque não têm vaga, mas ele enquanto cidadão tem direito, pois ele é usuário do SUS, então eu não posso forçar o paciente que tem convênio a sair, ele está no direito dele. (RS2, 57 anos, 33 anos de formada, há 33 anos na UTI).

Paciente mesmo com direito à internação em instituição privada porque tem convênio, nem sempre consegue vaga de UTI. Eu já vivenciei muito isso. Eles ficam esperando na emergência alguma situação e por vezes os familiares ameaçam colocar na justiça e colocam mesmo (já vivi isso de paciente pedir ajuda judicial para internar em UTI mesmo com opção de convênio). (PR1, 35 anos, 10 anos de formada, há 8 anos na UTI)

DISCUSSÃO

A internação de paciente em UTI é precedida de condições críticas, presentes e potenciais, que colocam em risco a vida do ser humano. Por conta disso, o cuidado é voltado para os aspectos físico-orgânicos/orgânicos/biológicos, como controle e manutenção das funções vitais, com ênfase no uso de tecnologia e aplicação de conhecimento técnico-científico, visando à manutenção da vida. A emergência, a imediaticidade e a dramaticidade das situações vivenciadas na UTI fazem com que os problemas éticos, nesses locais, sejam frequentemente mais evidentes, tempestuosos e avultados (VARGAS; RAMOS, 2010).

Nessa perspectiva, investiga-se até que ponto os enfermeiros conseguem deliberar? Considerando que a situação imposta por uma ordem judicial pode comprometer qualquer propositiva de deliberação

moral. Em algumas situações essa deliberação funciona como um exercício de argumentação para o enfermeiro, onde ele considera as circunstâncias do ato e as consequências previsíveis, mas não consegue intervir no desfecho da situação. Destaca-se aqui a importância dessa prática, mesmo que não seja possível ser concretizada, para o desenvolvimento e fortalecimento da competência ética desse profissional.

Balizada nos resultados desse estudo, uma das primeiras questões abordada é, justamente, a de enfermagem – e os demais profissionais - dar-se conta de que está diante de um problema ético. Neste caso, a equipe de enfermagem aproxima-se do paciente para ajudá-lo no tratamento e, com isso, o vínculo entre eles se inicia. A dimensão ética do trabalho tende a passar despercebida por diversos profissionais que, repetidamente, passam por questões éticas relevantes, contudo têm dificuldades de identificar essas situações (SCHAEFER; VIEIRA, 2015). A dificuldade em perceber a dimensão ética da prática sinaliza uma reduzida consciência da dimensão ética do cuidado, ocasionando um cuidado falho voltado apenas a questões técnicas.

Ainda, estudo sinaliza que usualmente diversas situações experienciadas pelos profissionais são meramente identificadas como inconformidades institucionais e/ou problemas de relacionamento na equipe de enfermagem e de saúde. Isto é, elas são relacionadas com a administração, as chefias, os pacientes e os familiares e não como problemas ou conflitos morais. Surgem quando há heterogeneidade quanto ao entendimento diante de uma alguma situação, as quais não podem ser adequadamente comunicadas, compreendidas e resolvidas (LAABS, 2005; LUZ et al., 2015). Contudo, na contramão dessa premissa de não identificação do problema ético, os sentidos que emergem dos discursos dos participantes dessa pesquisa é de que as diferentes experiências com a internação por ordem judicial são imediatamente reconhecidas como uma questão ética.

Outro aspecto evidenciado nos discursos dos participantes direciona para situações que possibilitam a expressão do sofrimento moral diante da instabilidade dos pacientes que precisam entrar e não têm vaga e dos que precisam sair e não têm condições. Na prática profissional, esses conflitos são vivenciados a partir de situações que inviabilizam disponibilizar tecnologia a serviço da vida, assim como o cumprimento do mandado judicial independente da concordância com o conteúdo da sentença. Para lidar com essas questões, os profissionais

usam diferentes recursos de enfrentamento que podem ser positivos quando levam ao diálogo e à reflexão, e podem ser negativos, quando fazem o profissional aceitar e se conformar com a realidade, vivenciando sozinho situações éticas difíceis, sem apoio dos colegas ou da instituição e predispondo-se ao sentimento de sofrimento moral (BARLEM et al., 2013a; DAM et al., 2013; MOLAZEM et al., 2013).

A capacidade de tomar decisões perante questões éticas em enfermagem torna-se cada vez mais necessária, exemplificada nas falas dos participantes, o que está intimamente relacionado com os avanços da ciência e tecnologia, com a crescente complexidade das situações de saúde/doença e com uma maior autonomia dos enfermeiros. Logo, a deliberação moral expressa-se na necessidade do profissional problematizar, questionar-se com as situações cotidianas, com as relações estabelecidas, visto que a ameaça está presente, confirmando a obrigação de considerar o entendimento estabelecido pela e na coletividade (SCHNEIDER; RAMOS, 2012).

Em relação à decisão sobre quem entra em quem sai da UTI, uma pesquisa discute, entre outras questões, a ocupação de um leito de UTI por um paciente que não necessita mais de cuidados intensivos, relacionado às decisões de tratamento, mais especificamente a decisão de iniciar ou interromper a terapêutica. A natureza diferente do papel dos enfermeiros e médicos no cuidado do paciente leva a diferenças na forma como eles percebem e lidam com problemas éticos. Os resultados revelam que os entrevistados indicaram que há uma diferença clara entre os que participam do papel de decisão - os médicos, que têm perspectiva de "cura", suas indicações são expandidas através de um mecanismo de "o que é possível deve ser feito". E aqueles que estão no papel do cuidado - os enfermeiros, que pela proximidade com o paciente e sua família podem fornecer informações valiosas sobre a carga de tratamento de um paciente ou a sua família, e podem proporcionar um contrapeso para o excesso de tratamento, sob alegação de que se preocupam, pois os pacientes são, muitas vezes, submetidos à futilidade terapêutica (OERLEMANS et al., 2015).

Diante disso, então, muitas vezes torna-se necessário e desejável o exercício de atividades e habilidades de advocacia em prol do paciente como um processo de deliberação moral. É uma atuação que vai além da intervenção clínica e tende a extrapolar os limites do setor saúde, sendo este um elemento especialmente munido de condições para identificar e compreender melhor a situação particular de

vulnerabilidade apresentada pelo paciente e seu entorno familiar. (ANDRADE et al, 2011).

Nesta direção, a advocacia também pode manifestar-se quando o enfermeiro está diante da questão do paciente permanecer ou não em um local de tecnologia restrita, carência de estrutura física e recursos humanos necessários para manter a vida do paciente (VARGAS et al., 2013). Ou seja, as UTIs aptas para atender este tipo de paciente, muitas vezes, enfrentam a situação de já estarem lotadas e, mediante a ordem judicial, vem a decisão sobre a quem dar prioridade de acesso às essas vagas limitadas, uma vez que a assistência e proteção da vida de uma pessoa pode significar a morte ou a complicação do estado de saúde de outra pessoa.

Um estudo, ao relatar os dilemas éticos em UTI em relação ao último leito ou a ausência deste, aborda as consequências dessa situação. Isto é, ao avaliar o impacto da alta não programada de um paciente para permitir a admissão de outro, revela que de 165 altas não programadas (10,8%), do total de 1.521 internações na UTI, a taxa de mortalidade foi de 11,6% (176 pacientes) (RODRÍGUEZ-CARVAJAL et al., 2011).

A judicialização da saúde desencadeia sucessivos dilemas que consolidam uma maneira vigente de experienciar o estresse cotidiano do trabalho nas instituições de saúde. A existência de ordens judiciais pode ocasionar sofrimento psíquico desses profissionais, na medida em que os mesmos defrontam-se com a obrigação de decidir sobre qual a melhor forma de destinar os recursos reduzidos de modo a proteger a coletividade em função de uma sentença expedida para o atendimento individual (WANG; FERRAZ, 2013).

Diante desses dilemas, tanto a participação direta como indireta do enfermeiro no processo de escolha entre quem sai e quem fica na UTI, de acordo com os resultados da pesquisa, expõe uma angústia centrada no conhecimento de que a alta precoce do paciente pode resultar em graves complicações. Assim, a deliberação moral, também, articula-se ao pleno reconhecimento da responsabilidade pelo paciente, do zelo por sua integridade física, pelo seu tratamento, cuidado e bem-estar, conforme previsto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em seus princípios fundamentais, garantindo a qualidade dos serviços a serem prestados.

Um estudo implementa o modelo 4A, criado pela Associação Americana de Enfermagem no Cuidado Crítico, em 2004, que fornece uma estrutura para enfermeiros de cuidados críticos identificarem e

lidarem com a angústia moral. Foram 60 enfermeiros que trabalharam em Unidades de Cuidados Cardíacos (CCU), 30 no controle e 30 no grupo de intervenção. Aqueles no grupo de intervenção participaram do workshop educacional sobre "sofrimento moral" e "modelo 4A". As descobertas do estudo revelaram uma tendência decrescente na pontuação média de angústia moral no grupo de intervenção, enquanto houve um aumento tendencial no grupo de controle após a intervenção, o que mostra a eficácia das intervenções educacionais na redução da taxa de sofrimento moral entre os enfermeiros do estudo (MOLAZEM et al., 2013).

Fortemente apoiado em tecnologia avançada e práticas especializadas, a medicina intensiva é responsável por uma rotina específica de cuidados intensivos e pela ampliação considerável da sobrevida de determinados pacientes. A UTI seria a porta para a imortalidade?

Na Terapia Intensiva, o manejo de um paciente grave e a possibilidade de reverter certos quadros clínicos através do domínio de tecnologia incita e fascina o profissional gerando uma motivação intimamente relacionada com a pretensão (consciente ou não) de desafiar a morte e vivenciar uma sensação de poder. Porém, a medicina intensiva com toda sua especialização tecnológica e de recursos humanos também tem limites e os profissionais de saúde precisam se dar conta disso refletindo com todos os envolvidos no processo de tomada de decisão (RODRIGUEZ ULLER, 2007).

Uma das dificuldades expressa nos discursos dos participantes reporta às condutas a serem tomadas com pacientes terminais, diante da pressão familiar que traz consigo o pensamento de que enquanto há vida, há esperança. Nesse caso, a introdução de fatores econômicos, a tecnologia, a especialização da medicina, as mudanças no perfil dos pacientes e da sociedade, a presença do poder judiciário na saúde, além das expectativas e exigências dos pacientes têm interferido na relação profissional-paciente, o que leva a um processo de despersonalização, desumanização e desconfiança, causando frustração, desencanto e insatisfação (PIMENTEL, 2013). Logo, toda e qualquer deliberação moral envolve sempre considerar que os eventos relacionados com a morte são já sempre complexos e abrangem inúmeros problemas éticos e profissionais, os quais precisam ser trabalhados e discutidos à luz de princípios éticos que considerem a dignidade humana (RATES; PESSALACIA, 2014).

A deliberação, por ser um comportamento ético, tem três momentos distintos do procedimento deliberativo: deliberação sobre os fatos, deliberação sobre valores e deliberação sobre os deveres (GRACIA, 2009). Esses valores subsidiam esse agir ético e são revelados nas falas dos participantes, traduzidos em: responsabilidade, autonomia, confiança, proteção, adequada comunicação, igualdade, empatia e sinergia.

O estudo de Nora, Zoboli e Vieira (2015) traz alguns princípios e os valores da ética da enfermagem como principais elementos que influenciam a tomada de decisão ética: os princípios éticos da autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça. Além dos fatores externos, como características organizacionais, limitações tecnológicas e/ou orçamentárias, falhas na comunicação com os demais profissionais, e também os fatores individuais como, experiências, conhecimento e a comunicação, podendo todos esses fatores influenciar na tomada de decisão ética do enfermeiro.

O estudo de Vargas-Peláez et al. (2014) refere que, nos casos de planos de saúde no Brasil, os tribunais também foram convertidos em espaço importante para reivindicar os direitos dos consumidores, e como uma forma de exigir superação das lacunas entre o que está estipulado na política pública e o que foi implementado. Ao compreender o contexto social e cultural e os valores das pessoas e fundamentar-se no conhecimento científico, o enfermeiro encontra um caminho confortável para participar na tomada de decisão do usuário e até mesmo na construção da sua própria decisão ética. Através da deliberação moral poderá realizar julgamentos prudentes sobre os problemas vivenciados, inclusive diante de intimação por ordem judicial.

A importância da relação entre a equipe de saúde e a família é citada por diversos autores, os quais consideram a comunicação adequada, o respeito e a compaixão para com o paciente e seus familiares a chave determinante para a satisfação familiar. A comunicação em situações de terminalidade torna-se complexa em função dos fatores envolvidos e é parte fundamental do cuidado aos familiares. É, portanto, necessário que haja uma equipe multiprofissional especializada no atendimento deste paciente, em todas as dimensões, garantindo-lhe o bem-estar e respeito à sua dignidade. Porém, nestas circunstâncias, a relação médico-família enfrenta momentos cruciais, pois ambos devem enfrentar a gravidade da doença e os limites do tratamento, a despeito de todo aparato farmacológico e

tecnológico disponível (NELSON et al., 2010; MORITZ et al., 2011; WEAVER; BRADLEY; BRASEL, 2012; WIEGAND et al., 2013).

CONCLUSÃO

A judicialização da saúde traz alterações significativas nas relações sociais e institucionais, o Poder Público não pode negar o direito à saúde, por ser um direito de todos. Consequentemente, a sociedade, o Judiciário e o Estado em si não podem fechar os olhos para os pacientes que ingressam na Justiça e negar-lhes o atendimento médico de que necessitam. Portanto, estamos diante de um dilema e de uma escolha dramática.

Neste estudo, identificaram-se problemas éticos em três dimensões: deliberar para minimizar o dano em relação à incapacidade de fornecer o melhor cuidado para todos os pacientes e a necessidade de escolher a melhor alternativa. Nesse contexto, os enfermeiros devem ser capazes de perceber que, diante das diferentes possibilidades de tomadas de decisão, valores morais importantes encontram-se em conflito, reconhecendo os problemas éticos. A segunda dimensão surge quando o enfermeiro percebe-se impedido de colocar em prática suas ações, reconhecendo sua responsabilidade frente aos conflitos, sabe a ação correta a seguir, podendo levar ao sofrimento moral, que também pode ser entendido como a dor ou angústia que afeta a mente, o corpo ou as relações profissionais (GANZ, 2012). A terceira dimensão está relacionada ao apelo à tecnologia como meio de salvamento, porém a natureza dos cuidados intensivos parece encorajar o excesso de tratamento e devemos estar atentos a um possível impacto negativo do excesso tratamento de nossos pacientes. Logo, a futilidade terapêutica pode ser pensada de três modos: como um tratamento ineficaz, um tratamento desproporcional ou um tratamento indesejável.

A limitação da autonomia também costuma ser problemática por interferir na comunicação e na colaboração em cuidados intensivos. Somam-se a isso a falta de tempo no cotidiano do trabalho, as políticas institucionais e a estrutura centralizadora no poder médico, que constituem situações também vivenciadas pelos enfermeiros intensivistas.

Neste sentido, os problemas são questões abertas que não se sabe se serão resolvidas e como o serão. A solução não está presente desde o princípio e, portanto, a questão não está na eleição entre duas ou

mais possíveis respostas, mas na busca de uma resposta própria e adequada. Esse processo pode ocorrer a partir da deliberação moral como uma forma de analisar as situações a auxiliar os enfermeiros nas tomadas de decisões. No desempenho deliberativo através do desenvolvimento da competência ética há a expectativa em ser ator na tomada de decisão, o que significa agir e comprometer-se na relação de cuidados, respeitando os desejos e os direitos da pessoa cuidada.

E, por fim, o Poder Público precisa implementar políticas públicas efetivas para transformar essa realidade. Usar de forma racional os recursos públicos para aumentar os investimentos e ampliar a quantidade de vagas em UTI pelo SUS, credenciando mais leitos em hospitais particulares. Dessa forma, o direito à saúde será oferecido de forma digna, conforme está previsto em lei.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. D. et al. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. **Rev. bras. enferm.** v. 64, n. 4, p.738-44, Jul/Ago., 2011.

BARLEM, E. L. D. et al. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. **Rev. Esc. Enferm. USP.** , v. 47, n. 2, p. 506-10, abr., 2013a.

BARLEM, E. L. D. et al. Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 21, n. 1, p. 293-99, jan./fev., 2013b.

BASSETTE F. Gastos do governo com remédios via ação judicial cresce 5000% em 6 anos. **Estadão.** Vida, Saúde: 22: 28 abr 2011.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos.** v. 23, n. 1, p. 173-92, jan/mar., 2016.

BITTENCOURT, G. B. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.**, v. 5, n. 1, p. 102-121, 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Divisão Regional**. Brasília, DF. [2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/default_div_int.sh?tm?c=1>. Acesso em: 10 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada n.466, de 12 de dezembro de 2012**. Regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil. Brasília, DF. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população**. Brasília, DF. 2017a. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2017.

CAVALCANTI, H. Brasil tem mais de 240 mil processos na área da Saúde. **Portal CNJ**, 29 abr. 2011. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/component/acymailing/archive/view/listid-4-boletim-do-magistrado/mailid-195-boletim-do-magistrado>>. Acesso em 15 fev. 2015.

DAM, S. V. D. et al. The Discovery of deliberation. From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation in Dutch elderly care. **Soc. sci. Med.**, v. 83, p. 125-32, abr., 2013.

GANZ, F. D. K. Tend and befriend in the intensive care unit. *Crit. care nurse*, v. 32, n. 3, p. 25-34, jun., 2012.

GOMES, F. F. C. et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad. saúde pública**, v. 30, n. 1, p. 31-43, jan., 2014.

GRACIA, D. **La deliberación moral**: el papel de las metodologías en ética clínica. Madrid: Universidad Complutense, 2009.

JAMETON, A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **NAACOG's clin. issues perinat. women's health nurs.**, v.4, n.4, p.542-51, 1993.

LAABS, C. A. Moral problems and distress among nurse practitioners in primary health care. **J. Am. Acad. Nurse Pract.**, v. 17, n. 2, p. 76-84, fev., 2005.

LUZ, K. R. et al. Ethical problems experienced by oncology nurses. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 23, n. 6, p. 1187-194, dez., 2015.

MOLAZEM, Z. et al. Effect of education based on the "4A Model" on the Iranian nurses' moral distress in CCU wards. **J Med Ethics Hist Med**, v. 6, p. 1-8, abr., 2013.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual**: discursiva. 2 ed. Editora Unijuí, 2013.

MORITZ, R. D. et al. II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 23, n. 1, p. 24-9, 2011.

NELSON, J. E. et al. In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. **Crit. care med.**, v. 38, n. 3, p. 808-18, mar., 2010.

NORA, C. R. D.; ZOBOLI, E.; VIEIRA, M. M. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bioét.**, v. 23, n. 1, P. 114 - 23, 2015.

OERLEMANS, A. J. M. et al. Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. **BMC Medical Ethics**, v. 16, p. 1-10, 2015.

OLIVEIRA, M. R. M. A judicialização da saúde no Brasil. **Tempus (Brasília)**, v. 7, n. 1, p. 79-90, 2013.

PIMENTEL, D. M. M. **A ética das relações: percepção de médicos e enfermeiros sobre os conflitos na prática profissional**. 2013. 346 p. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, 2013.

RAMOS, R. S. et al. O acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde na perspectiva da judicialização. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 24, p. e2797, jan., 2016.

RAMOS, R. S.; GOMES, A. M. T. A judicialização da saúde pública no Brasil: um estudo de representações sociais. **rev. cuid.**, v. 5, n. 2, p. 827-36, 2014.

RATES, C. M. P.; PESSALACIA, J. D. R. Enfermagem brasileira frente às questões bioéticas: revisão integrativa. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.**, v. 4, n. 1, p. 1036-47, jan/abr., 2014.

RODRIGUEZ ULLER, Alessandra. **Até onde investir no paciente grave? Decisões envolvendo a prática médica na UTIN**. 2007. 64 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Rio de Janeiro, 2007.

RODRÍGUEZ-CARVAJAL, M. et al. Impacto de las altas no programadas en la mortalidad hospitalaria tras la estancia en una unidad de cuidados intensivos. **Med. intensiva (Madr., Ed. impr.)**, v. 35, n. 3, p. 143-9, abr., 2011.

SANTOS, J. B. Vaga zero em caso de emergência. **Folha Universal**. 28: 8-11, Jun., 2009.

SCHAEFER, R.; VIEIRA, M. Competência ética como recurso de enfrentamento do Sofrimento moral em enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, v. 24, n. 2, p. 563-73, abr/jun., 2015.

SCHNEIDER, D. G.; RAMOS, F. R. S. Moral deliberation and nursing ethics cases: elements of a methodological proposal. **Nurs. ethics.** v., 19, n. 6, p. 764–76, 2012.

VARGAS, M. A. O. et al. Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 34, n. 1, p. 119–25, mar., 2013.

VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S. Autonomia na unidade de terapia intensiva: começemos por cuidar de nós. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 6, p. 956-63, nov/dez., 2010.

VARGAS-PELÁEZ, C. M. et al. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines - a scoping study. **Soc. sci. med.** v., 121, p. 48-55, 2014.

VENTURA, C. A. A. et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Rev. bras. enferm.**, v. 65, n. 6, p. 893-98, nov./dez., 2012.

WANG, D.; FERRAZ, O. ‘Reaching Out to the Needy? Access to Justice and Public Attorneys’ Role in Right to Health Litigation in the City of São Paulo. **Sur, Rev. int. direitos human. (Impr.)**, v. 10, n. 18, p. 159-79, jun., 2013.

WEAVER, J. L.; BRADLEY, C. T.; BRASEL, K. J. Family engagement regarding the critically ill patient. **Surg. clin. North America.**, v. 92, n. 6, p. 1637-47, dez., 2012.

WIEGAND, D. L. et al. Family-centered end-of-life care in the ICU. **J. gerontol. nurs.**, v, 39, n. 8, p. 60-8, 2013.

ZOBOLI, E. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. **Rev. Ibero Am. Bioét.**, n. 2, p. 1-8, 2016.

4.3 MANUSCRITO 3 - GESTÃO DA DISPONIBILIDADE DE LEITOS NA UTI: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DO EXERCÍCIO DO ENFERMEIRO NA ADVOCACIA DO PACIENTE

RESUMO

Pesquisa exploratória analítica do tipo qualitativa com 42 enfermeiros atuantes em terapia intensiva adulto dos estados da região Sul e Sudeste do país, por amostragem não probabilística, do tipo bola de neve. Objetivou-se relacionar a complexidade do exercício da advocacia em saúde na gestão da disponibilidade de leitos de UTI em casos de internação por ordem judicial. Os dados foram obtidos através da realização de entrevistas, durante todo o ano de 2016 e analisados através da técnica de Análise Textual Discursiva. Emergiram quatro categorias: a) Implicações da deficiência de estrutura física e de recursos humanos; b) Responsabilidades nas aceções para a ocupação de leito de UTI; c) A problemática do pós-UTI e da possibilidade de reinternação e d) Quem pagará a conta da alocação de leitos de UTI? A problemática da internação em UTI por ordem judicial abrange várias questões éticas, os profissionais de saúde experimentam demandas éticas e discussões sobre a priorização em seu trabalho diário, e nesse contexto o enfermeiro intensivista deve garantir a qualidade e a integralidade do cuidado ao paciente grave.

DESCRITORES: Enfermagem de cuidados críticos; Judicialização da Saúde; Ética, Advocacia em Saúde; Governança clínica; Ocupação de leitos; Decisões Judiciais.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil, de 1988, garantiu aos cidadãos o direito social à saúde, com acesso universal e integral aos cuidados de saúde. Logo, o Estado ficou obrigado a prover quaisquer que sejam os serviços de saúde necessários para cada tipo de doença ou agravo de saúde à população, não importando o nível de sua evolução (BRASIL, 1988). Como resultado do processo de consolidação do direito à saúde no Brasil, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado, com base nos princípios de universalidade, integralidade,

equidade, descentralização e participação social, com a responsabilidade de fornecer serviços públicos de saúde para a população. No entanto, esse direito à saúde, muitas vezes, não é aplicado pelo poder público, em função das dificuldades enfrentadas para garantir acesso universal e igualitário. E, a partir destas dificuldades, emerge o intenso e crescente movimento de judicialização da saúde em curso no país, especialmente para o acesso à medicamentos e serviços de saúde (VENTURA et al, 2016). Atualmente, a quase totalidade dos processos judiciais é apresentada pelo defensor público; preponderam as doenças do sistema circulatório e respiratório e as demandas por Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que até 2007 respondiam por 32% das ordens de internação e a partir de 2008 passaram para 71% (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014).

Mas, ainda que o Ministério da Saúde indique a necessidade de 4 a 10% de leitos de UTI do total de leitos hospitalares (o que corresponde a 1-3 leitos de UTI para cada 10.000 habitantes), as pessoas abrangidas apenas pelo sistema público têm acesso a 0,9 leitos de UTI por 10.000 habitantes e as pessoas com saúde privada contratada têm acesso a 4,14 leitos por 10.000 habitantes. A disparidade do acesso é ainda pior nas cidades pequenas e nos estados mais pobres do Brasil (MACHADO, 2016; AMIB, 2016). Portanto, evidencia-se que a desigualdade social é a marca registrada de países de renda média, que geralmente têm dois sistemas de cuidados distintos, um público e um privado (MACHADO, 2016).

O Reino Unido apresenta um dos números mais baixos da Europa de leitos de UTI (0,6/10 000) por população (PATTISON; O'GARA, 2014) e, inclusive, inferior ao número de leitos pelo sistema público do Brasil, mas a infraestrutura física e de recursos humanos é superior à realidade brasileira. Nesta perspectiva, para além do quantitativo absoluto de leitos em UTI, multiplicam-se motivos de indisponibilidade de leitos de UTI, identificados no Brasil e em vários países, conforme apresentado no Quadro 3, dentre os quais:

Quadro 3- Motivos de indisponibilidade de leitos de UTI

CAUSAS INTERNAS	CAUSAS EXTERNAS
estrutura física e de materiais	capacitação e formação profissional inadequada
equipamentos e medicamentos deficientes ou limitados	escassez de profissionais na equipe de enfermagem e nas demais equipes
alta carga de trabalho da equipe	alto nível de responsabilidade
tempo limitado dos profissionais para avaliação de pacientes	demandas da sociedade com relação aos “avanços” tecnológicos
hospitalização desnecessária de pacientes em UTI	desigualdade na distribuição de recursos
gestão do serviço e a presença ou não de protocolos validados e que impactam no tempo de permanência do paciente na UTI	atraso na liberação do paciente ou listas de espera para colocação em unidades especializadas (ventilador mecânico, necessidade de cuidados contínuos, ou reabilitação, recurso de cuidados domiciliares, transferência de ambulância de um paciente, documentação incompleta e mensagens inconsistentes sobre o prognóstico originadas dos diferentes serviços clínicos que compartilham a responsabilidade de um paciente)
obstinação terapêutica	
falta de orientações e diretivas claras de trabalho	
pacientes com necessidades de tratamento alinhados com programas de especialidade prioritário do hospital	
falta de disponibilidade pós UTI: há um paciente na UTI pronto para sair e não há um leito na unidade de	

internação	
interesses que competem e que influenciam nas decisões na triagem	
inadequada comunicação com famílias de pacientes, repercutindo na expectativa da família pela sobrevivência	

Fonte: Baseado em FLOOD; LEMMENS, 2013; RAMOS et al., 2016; HURST; DANIS, 2007; LOSS et al., 2017; PANUNTO; GUIARDELLO, 2013; COOPER et al., 2013; TRUOG et al., 2006

No Brasil, diante dos casos de indisponibilidade de vaga hospitalar no serviço público, é responsabilidade do gestor estadual providenciar leito do SUS em serviço privado, garantindo, desta forma, o direito à recuperação da saúde dos cidadãos. Assim, instauraram-se políticas e estratégias que abrangem a Regulação de Leitos do Estado e a Internação por Ordem Judicial, com o propósito de diminuir e auxiliar no processo de procura por vagas.

As internações por decisões judiciais ocorrem quando o município ou o Estado não possui condições ou meios de garantir uma assistência adequada ao paciente grave, em situações de urgência/emergência que representam risco à vida deste indivíduo. Nesta circunstância, ciente da gravidade do seu familiar e da necessidade de um leito em outro centro, a família recorre ao Ministério Público ou ao seu advogado para propor uma ação para pedido de tutela antecipada. É uma ação contra o município e o Estado, encaminha à Central de Leitos do Estado (SANTOS; VARGAS; SCHNEIDER, 2010; VARGAS et al., 2013).

Argumenta-se neste estudo que a problemática da internação em UTI por ordem judicial abrange várias questões éticas. Dentre essas, consideramos pertinente a articulação com as ações da enfermagem na advocacia do paciente. Nesse sentido, o exercício da advocacia tem sido proposto, mundialmente, como um papel político, ético e legal do enfermeiro junto aos usuários do sistema de saúde, objetivando assegurar seus direitos, contribuindo para seu empoderamento e para que se tornem sujeitos ativos (RAMOS et al., 2016; VENTURA et al., 2010). Especificamente, na UTI o enfermeiro intensivista deve: garantir a qualidade e a integralidade do cuidado ao paciente grave; ajudar a

todas as pessoas envolvidas no cuidado a falar entre si e atuar de modo proativo na tomada de decisão do paciente, da família, e da equipe de saúde (SCCM, 2016).

A advocacia, além de ilustrar o poder profissional da enfermagem, ajuda a fornecer cuidados de enfermagem efetivos, é também uma abordagem relativamente moderna (HANKS, 2013). É possível dizer que a advocacia é a prestação de um cuidado de qualidade, que, por sua vez, pode prevenir a chamada advocacia reativa - ocorre em situações onde os direitos do paciente estão em perigo, por exemplo, pacientes sedados, sem poder exercer o seu direito à segurança ou à autonomia (VAARTIO; LEINO-KILPI, 2005).

Embora existam poucos estudos internacionais e nenhum estudo Brasileiro que articule advocacia do paciente e enfermagem em terapia intensiva, a literatura aponta diferentes motivos que podem suscitar a defesa dos pacientes no contexto da UTI, dentre os quais: a necessidade do enfermeiro ter conhecimentos para um cuidado especializado e competente devido à condição crítica de saúde e de extrema vulnerabilidade dos pacientes e à complexa concentração de uma grande quantidade de aparato tecnológico (AMIB, 2016; PATTISON; O'GARA, 2014; CAVALCANTI, 2011). Logo, cuidar eticamente do paciente exige que o enfermeiro exerça um cuidado individualizado e seguro e que, ao mesmo tempo, busque proteger o paciente de danos e possíveis riscos, sejam eles físicos, mentais, de deliberação, por inadvertência, por insuficiência de tratamento ou por tratamentos incorretos (BRASIL, 2006). A comunicação com a família e paciente também é atitude indispensável na advocacia do paciente internado em UTI, como também entre esses e os outros profissionais de saúde, sendo uma ponte para as questões e dúvidas de pacientes e as decisões médicas e de enfermagem (VARGAS et al., 2013; BRASIL, 2006).

Assim, constitui-se como objetivo desse estudo relacionar a complexidade do exercício da advocacia em saúde na gestão da disponibilidade de leitos de UTI em casos de internação por ordem judicial.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória analítica do tipo qualitativa, que pertence ao macroprojeto, financiado pelo Universal - MCTI/CNPq No 14/2014: Internação por Ordem Judicial: o exercício da

advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas. Realizada com 42 enfermeiros atuantes em terapia intensiva adulto, independente de idade, sexo, horário de trabalho, e procedência de instituições públicas ou privadas. A seleção aconteceu por amostragem não probabilística, do tipo bola de neve. Os participantes iniciais foram selecionados em cada uma das capitais dos estados da região Sul e Sudeste do país, escolhidas por concentrar 68% dos leitos existentes de UTI adulto. As entrevistas foram individuais e gravadas, também foi disponibilizado o roteiro de perguntas para ser respondido online, a coleta de dados ocorreu entre janeiro e dezembro de 2016, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pela plataforma Brasil, sob o parecer 863.112. Respeitou-se a Resolução 466/12 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Aos participantes do estudo, foram prestados esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e a metodologia proposta, solicitando sua participação na pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a análise e interpretação dos dados, utilizou-se a técnica de Análise Textual Discursiva, por Moraes e Galiazzi (2013), seguindo as etapas: desmontagem das entrevistas, identificando as concepções presentes no discurso dos profissionais acerca da internação por ordem judicial na UTI e o impacto na gestão de leitos, formando as unidades de análise. Em seguida, passou-se para a construção de relações entre as referidas unidades, agrupando seus elementos em categorias.

RESULTADOS

No presente estudo, foram analisadas quatro categorias, intituladas: “Implicações da deficiência de estrutura física e de recursos humanos”; “Responsabilidades nas acepções para a ocupação de leito de UTI”; “A problemática do pós-UTI e da possibilidade de reinternação” e “Quem pagará a conta da alocação de leitos de UTI?”.

Na primeira categoria, os discursos dos participantes assinalam a relação da internação por ordem judicial com a questão da estrutura física e de materiais, equipamentos e medicamentos deficientes ou limitados.

O profissional diz: “o paciente precisa de um cuidado melhor que não é disponibilizado aqui. Procura teus direitos, entra na justiça pra

conseguir um leito de UTI com estrutura, pra ele ficar monitorizado com equipe de enfermagem e médico 24 horas”. (RS6, 29 anos, 5 anos de formado, há 1 ano na UTI)

Mesmo com as UTIs de grande porte sempre têm pacientes esperando vaga na emergência e têm pacientes que nem na emergência estão e precisariam de uma vaga de UTI que tenha condições tecnológicas e de pessoal para atendê-los. O enfermeiro precisa ficar atento nestas questões sociais e fomentar discussões que exijam da sociedade mais leitos. (PR1, 35 anos, 10 anos de formada, há 8 anos na UTI)

Com ou sem ordem judicial são muitos pacientes que aguardam vagas, inclusive alguns nem têm a chance de internação em uma UTI e evoluem com óbito. (SC6, 37 anos, 14 anos de formada, há 14 anos na UTI)

Uma juíza de uma determinada região encaminhava os pacientes por ordem judicial. Perguntamos ao juiz da nossa comarca: “quem manda nessa comarca, é ela ou o senhor?” Eles entraram num acordo para que o paciente ficasse conosco na UTI. Nós tínhamos leito, mas estávamos questionando porque não era a primeira vez que essa juíza dava essa ordem. Na cidade da juíza a UTI foi fechada e todo paciente grave que aparecia era atendido na emergência e se precisasse de UTI ela dava uma ordem pra internar no hospital [XXX] da capital. Depois a juíza não mandou mais ordem, mesmo que a sua região permanecesse sem UTI e que a própria equipe daquela região chamasse a juíza quando havia paciente grave. (RS2, 57 anos, 33 anos de formada, há 33 anos na UTI)

A intensificação da sobrecarga de trabalho é um aspecto que, também, impacta na gestão dos leitos de UTI. Identificados nos discursos dos enfermeiros que, algumas vezes, eles precisam cuidar de pacientes graves em local inapropriado, adotar cuidados específicos com

a família do paciente gravemente doente e lidar com conflitos entre a equipe oriundos da situação de internação por ordem judicial:

Paciente com encaminhamento judicial para internação com provável abordagem cirúrgica, por forte dor torácica com diagnóstico de dissecação da aorta e não tínhamos leito disponível, tivemos que levar para centro cirúrgico e fazer "pré" na sala de RPA monitorado. (RJ2, 40 anos, 10 anos de formada, há 10 anos na UTI)

Os familiares muitas vezes ficam desassistidos, pois estão em outra cidade, não conhecem ninguém e estão com uma pessoa doente. Isso exige respaldo e amparo da equipe da UTI para onde o paciente será transferido. O Enfermeiro tem muita responsabilidade, pois este fará juntamente com sua equipe o acolhimento desse paciente e da família. [...] Lembro uma vez que internou uma paciente com H1N1 que veio do interior. Conversei com a família sobre onde os mesmos iriam ficar, uma vez que as condições financeiras eram deficitárias. Acionei a assistência social do hospital e foi encontrado um albergue para a hospedagem deles. (MG1, 34 anos, 10 anos de formada, há 7 anos na UTI)

O paciente entra e a cama e o box da UTI não estão preparados. Num primeiro momento todos se perguntam: vamos receber o paciente ou não? E a pessoa está esperando e toda a UTI está parada. Dessa vez tinha leito vago e colocamos paciente na cama. O plantonista era uma pessoa tranquila. Acho que um dos nossos problemas é a falta de tempo para nos prepararmos [para receber esse paciente que interna por ordem judicial]. A equipe pensa que a família sempre vai estar ali procurando uma coisa pra te incomodar, pra ir à justiça. Nesse sentido, tenho que dizer pra eles: é uma baixa judicial, mas é o que a família tinha [pra fazer] naquele momento. Com os técnicos de enfermagem eu não tive problemas,

mas tive com os enfermeiros: eles já pensam que é aquela família que qualquer coisa: “vou procurar os meus direitos”. Mas, o mais problemático é o que interna particular/convênio que vira SUS. Houve uma melhora por causa da central de leitos que segue uma fila única. Antes se eles quisessem eles traziam o parente, o amigo na frente de todos. (RS5, 42 anos, 14 anos de formada, há 14 anos na UTI)

Na segunda categoria denominada “Responsabilidades nas acepções para a ocupação de leito de UTI”, pode-se analisar a importância da definição de critérios de internação na UTI. Além disso, os discursos dos enfermeiros expressam a questão da necessidade de orientações e diretivas claras de trabalho:

A falta de leitos de UTI realmente é um problema grave no país, no entanto, acredito que deveriam existir critérios, como os de avaliação dos pacientes, antes da emissão da ordem judicial. (RJ4, 30 anos, 7 anos de formada, há 4 anos na UTI)

Nunca há um protesto veemente diante de uma internação por ordem judicial no momento que temos a vaga; o que é feito algumas vezes é debater com o juiz, no momento que chega a ordem judicial, é quando o paciente não preenche os critérios de admissão na UTI, mesmo tendo leito. (RS2, 57 anos, 33 anos de formada, há 33 anos na UTI)

Orientar a família para procurar um advogado munido de relatório médico detalhado sobre o atual estado de saúde do paciente com dados que justifiquem a necessidade de tratamento intensivo, e da urgência para manter seu estado vital. (MG5, 34 anos, 1 ano de formada, há 1 ano na UTI)

Outra questão que emerge a partir dos participantes da pesquisa, é justamente, o alinhamento entre as necessidades de tratamento dos pacientes com os programas de especialidade prioritários de cada

hospital:

Trabalho em um hospital oncológico e uma situação que marcou, foi a admissão de um paciente politraumatizado por falta de vaga no hospital geral da região. (MG3, 25 anos, 2 anos de formada, há 2 anos na UTI)

A UTI que trabalho é pública e é referência em cardiologia no estado. Logo, é comum mandados judiciais por falta de leito. Tivemos uma situação constrangedora, onde o solicitante (mandado) era um promotor, que não aceitou a informação de falta de leito, invadiu a unidade, exigindo aos gritos que tirássemos um paciente para trazer o irmão que tinha 33 anos com dissecação aorta. (ES2, 54 anos, 28 anos de formada, há 27 anos na UTI)

Ainda nessa categoria, consubstanciou-se a problemática dos interesses que competem e que influenciam nas decisões na triagem dos pacientes para a internação na UTI e da desigualdade na distribuição de recursos:

Uma situação que vivenciei, o paciente chegou por ordem judicial da UTI de um hospital privado em pós laparotomia e extubado; mas nossa UTI é de alta complexidade. Nesse caso houve um posicionamento de que o paciente não tinha critério de UTI e sugerimos que viesse e fosse avaliado na emergência. E, após a avaliação ele internou na unidade clínica e não na UTI. Em outra situação, o paciente veio e retornou para o hospital que ele estava, porque não tinha vaga aqui e pra nós ele não era vaga de UTI e o juiz concordou. O juiz tem autoridade máxima, mas se houver um posicionamento claro e uma equipe que aponta os critérios de internação na terapia intensiva, o juiz precisa considerar. (RS2, 57 anos, 33 anos de formada, há 33 anos na UTI)

Diversas vezes vemos que a família força a vinda para UTI, mas, nós percebemos que ele não precisaria de uma unidade altamente

especializada; ele poderia ficar num lugar de média complexidade. E, algumas vezes não é possível assistir outro paciente que realmente precisa da complexidade que ofertamos. (PR2, 52 anos, 30 anos de formada, há 20 anos na UTI)

A solicitação advém de um laudo médico, mas não há o questionamento da competência desse profissional:

A ordem judicial chega realmente "de cima para baixo" ou seja, Judiciário-direção-UTI. Em várias ocasiões, o documento judicial solicitava vaga de UTI, mas os próprios intensivistas não viam necessidade da mesma, ocorrendo um impasse. Mas mesmo assim, o paciente era admitido na UTI pelos médicos, deixando a equipe confusa, sem saber o real motivo da internação na UTI e, conseqüentemente, preenchendo o leito que poderia ser disponibilizado para uma emergência. Não temos um setor responsável para esclarecer estes impasses e situações que fogem à regra. (SC3, 36 anos, 4 anos de formada, há 4 anos na UTI)

Por fim, percebe-se nos discursos dos profissionais a necessidade de manejar com os conflitos oriundos das indefinições e das mensagens inconsistentes sobre o real prognóstico dos pacientes:

Paciente oncológico com metástase, dor intensa, e a família solicitou internamento em UTI geral para morte assistida e o parecer do júri foi positivo a família. Portanto o papel de advogar seria de reconhecer que o paciente precisava de maior conforto, mas precisaria ser na UTI? (SP5, 31 anos, 7 anos de formado, há 6 anos na UTI)

Em uma situação, um paciente (terminal) e sua família pediam para ele ser extubado e o médico foi contra, o enfermeiro advogou a favor do desejo do paciente e a extubação paliativa ocorreu sem maiores problemas. O paciente faleceu no quarto com os familiares pouco tempo

depois (SP6, 33 anos, 8 anos de formada, há 7 anos na UTI).

Na terceira categoria denominada “A problemática do pós-UTI e da possibilidade de reinternação”, evidenciam-se as consequências na disponibilidade de leitos de UTI devido à gestão inadequada no processo de alta do paciente da UTI. Ou seja, emergem nos discursos tanto as situações inseguras de alta precoce dos pacientes da UTI e do risco da reinternação como as relacionadas à dificuldade de liberar o paciente da UTI por ausência de unidades intermediárias especializadas em pacientes dependentes.

Tem consequências ruins para a prática da enfermagem, pois trabalhamos com o cuidado; é inseguro transferir paciente da UTI para o outro entrar. É bem difícil, pois somos responsáveis pelo cuidado, mas não podemos exercê-lo de forma correta? Você é obrigado a fazer algo que sabe que não é o certo naquele momento, sabendo que isso não é o melhor para seu paciente, mas tem que fazer. (RJ3, 29 anos, 7 anos de formada, há 4 anos na UTI)

Toda a situação deve ser avaliada, mas é controversa ter que tirar um paciente que está na UTI para internar outro, às vezes este paciente que tem alta precoce, não está estável o suficiente e reinternar na UTI em curto prazo. (SC2, 32 anos, 10 anos de formada, há 8 anos na UTI)

Na última categoria intitulada “Quem pagará a conta da alocação de leitos de UTI?” aborda-se o cotidiano de um país que vivencia de modo concomitante o sistema público e sistema privado de saúde; uma jurisprudência do direito ao tratamento *versus* o predomínio de leitos privados de UTI:

Por não existir vaga em hospital público os pacientes vinham para nossa UTI privada, porém o SUS demorava para pagar a conta. São várias situações que marcam essa realidade e o nosso papel enquanto enfermeiros é atender os pacientes do mesmo modo, independente de quem paga a conta. (ES5, 34 anos, 9 anos de formada,

há 8 anos na UTI)

Vivenciei situações onde o paciente estava internado numa UTI de um hospital privado no interior e a ordem judicial era somente para tirar ele do hospital privado e colocar no público, a pressão era do hospital privado que não queria ficar com o paciente que era SUS, mas ele internou pela emergência, porque foi atropelado na frente do hospital e o hospital teve que atender! Tiveram que fazer a cirurgia e internar na UTI e o hospital foi pra cima do juiz para tirar ele dali. (RS2, 57 anos, 33 anos de formada, há 33 anos na UTI)

Outra situação judicial é quando temos o serviço disponível apenas particular e convênio (sem credenciamento do SUS), através de ordem judicial, temos que realizar tal procedimento (Ex: embolização cerebral). (ES4, 29 anos, 6 anos de formado, há 4 anos na UTI)

DISCUSSÃO

Dentre os aspectos abordados na primeira categoria estão a sobrecarga de trabalho, comprometendo o dimensionamento de pessoal na relação número de pacientes-profissionais que atuam na UTI (MACHADO, 2016) e a necessidade de uma infraestrutura física e de equipamentos suficiente e de qualidade. Uma cama não é apenas um artefato físico; inclui pessoas associadas, conhecimento, espaço e tecnologia (VARGAS et al., 2018). Logo, ainda que a internação por ordem judicial seja uma problemática da realidade brasileira, estudos (DINIZ; MACHADO; PENALVA, 2014; MACHADO, 2016; AMIB, 2016; LOSS et al., 2017; COOPER et al., 2013; TRUOG et al., 2006; VARGAS et al., 2013; CAVALCANTI, 2011; KOHN et al., 2011) internacionais e nacionais abordam a questão da racionalização de custos e de acesso aos leitos de UTI (AMIB, 2016; HURST; DANIS, 2007; TRUOG et al., 2006; KOHN et al., 2011).

Racionamento é a alocação de recursos de cuidados de saúde com disponibilidade limitada, o que significa necessariamente que intervenções benéficas são negadas a alguns indivíduos. Emerge, então,

a necessidade de desenvolver estratégias de alocação de recursos de forma a otimizar a assistência ao cuidar de todos os pacientes de forma justa e responsável (VRYONIDES et al., 2015), por meio de regras claras e específicas e por políticas públicas que, mesmo limitando a construção de novas vagas de UTI, qualifiquem as UTIs já existentes.

Estudo multinacional (ESTENSSORO et al., 2017), que se constitui até o momento na maior amostra de UTIs de países latino-americanos, analisou os diferentes fatores estruturais, padrões de pessoal, recursos tecnológicos e processos de atendimento na UTI. Numa comparação entre as UTIs brasileiras e não brasileiras, evidenciou-se que o Brasil tem grandes hospitais e UTIs e melhores mecanismos de controle de qualidade e segurança, mas a relação enfermeiro:paciente é o maior déficit percebido, o que é preocupante já que outros estudos internacionais têm concluído que a relação enfermeiro:paciente é determinante independente da mortalidade. Essa falta pode ser devido a diferentes razões: maiores responsabilidades, necessidade de treinamento contínuo e tendência a desenvolver o desgaste.

Nas economias latino-americanas, os baixos salários e a falta de reconhecimento social aumentam a insatisfação geral do trabalho registrada por enfermeiras. Ainda, os resultados evidenciaram que especialistas médicos adicionais estavam disponíveis na maioria dos hospitais, mas eles trabalhavam apenas durante as horas padrão (7 a 13 horas), sem diferenças entre UTIs brasileiras/não brasileiras e públicas/privadas. A disponibilidade de monitoramento e práticas de diagnóstico, dispositivos e tecnologia era similar entre UTIs brasileiras e não brasileiras; no entanto, entre as empresas públicas e privadas houve diferenças substanciais que favorecem as instituições privadas.

Conjectura-se, aqui, que as cargas de trabalho excessivas e que se sobrepõem diante da questão da internação por ordem judicial ainda é mais dramática, já que pode, paradoxalmente, aumentar o tempo de permanência dos pacientes na UTI. Corrobora-se esse argumento indicando a questão da possível dificuldade na implementação do plano multidisciplinar de cuidados diários (dentre esses, por exemplo, os protocolos de desmame da ventilação mecânica, da prevenção de infecções nosocomiais e do tratamento da sepse) e das implicações negativas dos conflitos manifestos entre a equipe de saúde (BAUMAN; HYZY, 2013).

A deficiência de leitos de UTI nas pequenas cidades do Brasil repercute na necessidade de direcionamento dos pacientes para os grandes hospitais das capitais e grandes cidades. Essa é uma situação vivenciada em outros países, por exemplo, nos Estados Unidos há uma maior probabilidade de aumento de leitos de UTI em hospitais de ensino com 500 ou mais leitos. Nesse caso, observa-se que a regionalização dos leitos de UTI combinados com a construção de UTIs maiores seria a melhor solução para favorecer os resultados do paciente. Contudo, enfatiza-se, também, que a expansão das UTIs nos maiores hospitais pode impactar negativamente na qualidade do atendimento dos pequenos hospitais, por perderem a capacidade do cuidado ao doente crítico e o acesso geográfico reduzido nas regiões atendidas pelos hospitais menores (WALLACE; SEYMOUR; KAHN, 2017).

Outro aspecto preocupante refere-se ao efeito do tempo de espera por leito de UTI nas situações de internação por ordem judicial. Nesse caso, estudos indicam que a recusa do acesso do paciente à UTI ou a admissão tardia na UTI de paciente elegível para a UTI estão associadas à maior probabilidade de mortalidade, deficiência e despesas adicionais de recursos pelo maior tempo de internação (COOPER et al., 2013; HUNG et al., 2014; DUGGAL; RUBENFELD, 2013; KIM et al., 2016). Ainda, quando os pacientes que precisariam de leito de UTI, por exemplo, no pós-operatório de grande cirurgia, são alocados em leitos inapropriados e não equipados com fins de cuidados intensivos 24 horas por dia, mesmo que se configure em uso racional de um recurso escasso e não planejado e pode implicar num problema grave ao indicar um local inadequado para um paciente tão dependente (VARGAS et al., 2018; DUGGAL; RUBENFELD, 2013; WALLACE; KAHN, 2015).

Na segunda categoria pode-se ponderar que qualquer análise das responsabilidades nas aceções para a alocação de leitos de UTI deve estar alinhada aos objetivos éticos de equidade, prioridade de necessidade, ou eficácia, ainda que, muitas vezes, haja um reconhecimento de que, pessoalmente, o profissional apoiaria um ou outro dos critérios estabelecidos. Nesse sentido, a equidade do processo pode ser melhorada por meio da incorporação de algumas medidas: 1) aumentar a publicidade das prioridades institucionais dentro do hospital e para a comunidade que serve; 2) publicação das políticas de priorização de leitos de UTI como referência para profissionais e para as outras partes interessadas; e 3) criação de um mecanismo formal de recurso para conflitos entre famílias e equipe de cuidados, como um

programa prioritário para usuários e tomadores de decisão (COOPER et al., 2013).

É sinalizado pelos participantes da pesquisa que nas situações de internação por ordem judicial há alteração nos critérios de alocação de leito de UTI, mediante à credibilidade dos profissionais, ameaças de processos médico-legais por parte de familiares e imposição judicial às instituições e aos profissionais de saúde. No entanto, adotar critérios é uma premissa que compactua para a defesa dos pacientes. Para nortear esta prática, a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.156/2016 prevê parâmetros para as admissões em UTI baseados em critérios clínicos, científicos e éticos, que são: diagnóstico e necessidade do paciente; serviços médicos disponíveis na instituição; priorização de acordo com a condição do paciente; disponibilidade de leitos e potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico. Nesse sentido, a prioridade 1 atribui-se a pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; a prioridade 2 a pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico; a prioridade 3 a pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica; a prioridade 4 a pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica; e a prioridade 5 a pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação (esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI, exceto se forem potenciais doadores de órgãos) (CFM, 2016).

Um estudo aborda a questão específica de transferir um paciente para fora da UTI para acomodar um novo paciente, a partir das diretrizes inglesas e americanas quanto ao nível de precisão/rigor. As diretrizes da sociedade de cuidados intensivos do Reino Unido (UKICS) afirma que, em geral, nenhum paciente deve ser submetido a uma intervenção que não seja no seu melhor interesse. Podendo ser considerado antiético, portanto, transferir um paciente para fora de uma unidade de cuidados intensivos com o único propósito de abrir espaço para outro.

A sociedade americana de medicina intensiva (USCCM) indica que as obrigações de garantir o cuidado dos pacientes já hospitalizados

em uma UTI superam as obrigações de aceitar novos pacientes. Diante das afirmações, os autores discutem os problemas relacionados à imprecisão e à precisão na política de saúde, com foco nas diretrizes relativas à alocação de recursos. No caso da diretriz inglesa, revela-se imprecisa, pois diz pouco sobre qual peso deve ser dado àqueles que já estão na UTI, ou o que constitui um bom ou mau prognóstico. A americana possui duas regras destinadas para orientar os médicos em situações de triagem: 1) resultado esperado do paciente em termos de sobrevivência e função, em geral, pacientes com bom prognóstico de recuperação tem prioridade sobre os pacientes com prognóstico reservado; 2) a prioridade para admissão em uma UTI consiste em o paciente beneficiar-se consideravelmente mais do que nos cuidados não intensivos (MCMILLAN; HOPE; WILKINSON, 2013).

Ainda, os mesmos autores argumentam que por mais detalhada que seja a diretriz, é impossível especificar todos os possíveis fatores. A imprecisão dá mais flexibilidade àqueles que irão aplicá-las em situações reais, porém é considerada inadequada por muitos profissionais, pois não tem limites claros – por exemplo, a questão do bom e mau prognóstico. Também, podem ser vulneráveis a acusações de arbitrariedade, tendo em vista que existe incerteza moral sobre a melhor maneira de alocar recursos, dada esta incerteza, podendo visualizar apenas uma maneira de dividir recursos ou arbitragem entre pacientes. E, por fim, uma política orientada por um valor de precisão pode, portanto, dar mais peso a fatores que podem ser facilmente medidos (qualidade de vida) do que fatores que não podem (equidade e necessidade). No entanto, o nível ótimo de precisão depende dos objetivos das diretrizes, da maturidade do domínio, da complexidade do cenário e da importância relativa da eficiência e consistência na tomada de decisão. Ainda, ressaltam que as diretrizes políticas para alocação de recursos devem ser explícitas sobre os valores éticos que estão em jogo, bem com estes devem ser pesados.

Este estudo corrobora com a preocupação dos enfermeiros desta pesquisa: o dever de cuidar da pessoa que já está na UTI, sem arriscar a arbitrariedade e nem induzir à tomada de decisões equivocadas. Logo, deve-se examinar cada contexto em particular e a significância de cada possível razão pela qual a precisão pode ser problemática e lidar com isso da melhor maneira possível., com a elaboração de diretrizes que visam estabelecer limites para as decisões, sem pretender prescrever

uma resposta para todos os casos possíveis, sendo precisas sobre o processo e não o conteúdo das decisões.

Ou seja, estamos diante de um problema ético, já que há uma quantidade substancial de incerteza associada ao prognóstico de pacientes criticamente doentes. Esta incerteza é ainda mais complicada nas situações de internação por ordem judicial, pois exacerba ainda mais o inesperado. Nas situações de alocação de pacientes individuais para leitos de UTI, as diretrizes podem ser tão imprecisas que não fornecem conselhos úteis, não apenas sobre o que deve ser feito, mas também sobre os motivos pelo qual algo deve ser feito. Poderia ser considerado não ético, portanto, transferir um paciente de uma UTI com o único propósito de abrir espaço para outro. Esta orientação é complexa, primeiro porque coloca o "melhor interesse" de um paciente individual quando as circunstâncias em consideração são precisamente aquelas em que não é possível tratar ambos os pacientes em seu melhor interesse. Em segundo lugar, parece fazer uma diferença inútil entre o que é eticamente correto e o que é pragmático.

Outro aspecto abordado pelos participantes da pesquisa é a questão da especialidade dos hospitais *versus* a necessidade de tratamento do paciente. Nesse caso, alguns estudos (KRAMER; ZYGUN, 2014; MATHEWS; LONG, 2015; SCHNURMAN et al., 2017) indicam que a internação especializada pode oferecer uma qualificação no atendimento e indicam a tríade especialidade-triagem por protocolos-experiência clínica. Como consequências substanciais, os centros especializados promulgam políticas de não aceitar transferências solicitadas com poucas qualificações e, muitas vezes, com informação incompleta.

Bioeticistas têm argumentado que prestar cuidados a todos os pacientes na ordem em que eles chegam representa um racionamento de cuidados com base no princípio de primeiro a ser cuidado, o que é inerentemente falho, pois ignora as diferenças relevantes entre as pessoas (incluindo a doença) e é injusto na prática, pois o mais rico e melhor conectado pode contornar as filas. Sobreleva-se a importância de médicos e enfermeiros atuarem ativamente nas estratégias de revisão de políticas de triagem e em esforços para reduzir atrasos de transferência e o uso de uma unidade de nível de atendimento intermediário para minimizar o tempo de espera de admissão para pacientes gravemente enfermos e maximizar o uso de leitos ao indivíduo segundo as especialidades de cada hospital (MATHEWS; LONG, 2015).

O discurso dos enfermeiros com relação à necessidade de manejar com os conflitos oriundos das indefinições e das mensagens inconsistentes sobre o real prognóstico dos pacientes reporta à advocacia do paciente, na medida em que esse profissional também precisa garantir o melhor cuidado disponível, tanto por meio do monitoramento do tratamento disponível, e que algumas vezes não é imediatamente ofertado ao paciente, como nas situações da futilidade de determinados tratamentos e dos cuidados paliativos. Nesse caso, o enfermeiro da UTI nem sempre será capaz de dar resolutividade a todas as demandas e expectativas dos familiares, mas ele deve responsabilizar-se por indicar à família quais os meios que pode utilizar e certificar-se que a mesma está tendo acesso a estes meios (VARGAS et al., 2018; OLIVEIRA; NUNES, 2014). Estudo sinaliza que os níveis de maior conforto dos familiares estão relacionados ao acesso a informações sobre o parente internado e a certeza de que esta é transmitida com veracidade e precisão (VALENTE et al., 2017). Além disso, quando as equipes não esclarecem pacientes e familiares quanto ao processo da doença, as tensões para aceitação da enfermidade são evidentes (MOTTA et al., 2016).

O cuidado antes do final da vida tem um custo elevado devido à inclusão de procedimentos adicionais, testes de diagnóstico e exames laboratoriais. Há, também, o uso prolongado de terapias como vasopressores intravenosos, sedativos e analgésicos, conforme necessário, para que o paciente morra com dignidade enquanto recebe conforto (KRAMER; DASTA; KANE-GILL, 2017). Estudo com trabalhadores intensivistas de UTIs da Europa mostraram que muitos pacientes em cuidados intensivos são percebidos pela equipe da UTI (e particularmente enfermeiros) como recebendo cuidados de forma inadequada, ao tornarem-se de curativo para paliativo. Por exemplo, em uma situação em que um paciente com uma condição pulmonar crônica avançada é admitido na ala com uma apresentação recorrente da falha respiratória do tipo 1, isso pode indicar que um plano seja instituído para não incluir ventilação mecânica invasiva (OAKES et al., 2014). Os enfermeiros precisam tornar-se conhecedores e usar habilidades de comunicação e de tomada de decisão compartilhada.

Na terceira categoria, intitulada “A problemática do Pós-UTI e da possibilidade de re-internação”, considerou-se que o aumento da transferência de pacientes para fora da UTI ocorre quando a ocupação é alta, tendo como consequência o risco de mover os pacientes para fora

prematuramente. Logo, ainda que nas situações de internação por ordem judicial tenha-se o agravante do inesperado, do imprevisível, intensivistas devem ser fortes defensores de todas as necessidades dos pacientes, independentemente da escassez ou despesa. Ainda, os profissionais referem que ao tentarem acomodar novas admissões, sentem que seus padrões de segurança para a transferência dos pacientes da UTI são questionáveis; as características dos pacientes que eles propuseram para alta foram menos restritivas, o que poderia causar uma situação perigosa o suficiente para exigir novamente um leito de UTI (COOPER et al., 2013).

A alta da UTI é baseada em evidências clínicas, geralmente individuais e subjetivas, que determinam o melhor momento para a saída da UTI. Esse processo envolve uma avaliação criteriosa da gravidade da doença, assim como das condições clínicas do paciente. Estudos demonstraram que a mortalidade e o tempo de internação hospitalar são significativamente maiores em pacientes readmitidos em UTIs após sua alta precoce (PATTISON; O'GARA, 2014; KRAMER; DASTA; KANE-GILL, 2017; OAKES et al., 2014). Logo, nas situações de internação por ordem judicial, constata-se ainda maior pressão na decisão de alta antecipada, devido à necessidade de liberação de leitos para a internação de pacientes mais graves.

Estudo brasileiro, ao analisar as taxas de readmissão de duas UTIs (clínica cirúrgica, trauma e neurocirurgia), concluiu que a readmissão dos pacientes na UTI durante a mesma hospitalização resultou em aumento da morbidade e mortalidade, de tempo de permanência e de custos totais. Nesse sentido, praticamente metade dos pacientes (46,5%) foi readmitida na UTI clínica cirúrgica em menos de 48 horas da alta, sugerindo altas precoces e reafirmando a necessidade e a importância da definição de critérios para a alta da UTI. Altas taxas de mortalidade na UTI justificam-se, também, pela gravidade do quadro dos pacientes, que, muitas vezes, já encontram-se em suporte ventilatório mecânico na emergência do hospital, aguardando leitos de UTI. Esses pacientes poderiam necessitar de períodos maiores de internação, cuidados de UTI ou alta para uma unidade de cuidado intermediário, em vez de uma unidade de internação. Por fim, os casos de readmissão por PCR, neste estudo, fazem supor que esses pacientes eram de alto risco para serem liberados para a enfermaria (ARAUJO et al., 2013).

Na categoria denominada “Quem pagará a conta da alocação de leitos de UTI”, analisa-se outro ponto relevante evidenciado pelo discurso dos participantes da pesquisa, que é a ocupação de leitos de UTI privada *versus* o pagamento da conta. Isso é, quando não há leito disponível de UTI pelo sistema público de saúde, o juiz pode emitir um mandado judicial solicitando uma vaga em leito de UTI do sistema privado de saúde e quem paga a conta é o Estado. Ainda, há um descompasso entre a oferta e a demanda do cidadão no sistema público de saúde e um atraso na incorporação de novas tecnologias no SUS. Mas, nessa situação, está explícita a ampliação da mercantilização do cuidado, refletindo na noção de que o cuidado é considerado melhor distribuído pelo mercado (LIASCHENKO; PETER, 2016), o que prioriza o sistema privado de saúde. Transforma-se num contexto de minimização do Estado, no qual os sistemas de saúde, a qualidade desses serviços e o acesso a eles e às melhores tecnologias em saúde são desigualmente distribuídos entre as pessoas e grupos que compõem a sociedade, nessa organização social e político-econômica que é de nosso conhecimento. Em outras palavras, grupos em vulnerabilidade social deveriam ter mais acesso aos serviços, tratamentos e tecnologias em saúde, entretanto, o que acontece na prática não é exatamente isso, verificando-se certo desajuste entre a oferta de ações e necessidades (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016).

Exemplo do comprometimento da deficiência de estrutura física – de equipamentos nos hospitais públicos em detrimento dos hospitais privados, é apresentado em estudo ao relatar uma situação que necessitou da tomada de decisão para aprovar ou não uma membrana de oxigenação extracorpórea (ECMO) para uma mulher de 32 anos, com insuficiência respiratória aguda por pneumonia adquirida na comunidade em uma UTI na qual o procedimento não era utilizado. A paciente cumpria os critérios clínicos e a literatura oferecia evidências dos benefícios do procedimento. Ela não teria o tratamento que certamente seria prescrito em qualquer um dos melhores hospitais privados do país? Foi aprovado o procedimento com a ECMO, mas a paciente morreu 24 horas depois (MACHADO, 2016). Neste caso, houve uma decisão por julgamento clínico e considerações de justiça, respeito pela variação individual do paciente, princípio de igualdade e benefício esperado pela intervenção, análise de custos e revisão da situação vivida.

Outro estudo demonstra a importância de considerar todas as situações da (in)disponibilidade de leitos de UTI. Nesse caso, foram analisadas 33.101 solicitações médicas para 268 leitos públicos de UTI regulados em um estado brasileiro. No período, 55,0% dos indivíduos saíram da fila antes da liberação do leito por desistência e 20,0% por óbito. Entre as causas de desistência, 47,0% decorreram da alta ou melhora clínica, 34,0% foram transferidos por meios próprios e 9,0% tinham diagnóstico fora do perfil da regulação; as demais causas foram distribuídas entre: falta de contato com a unidade solicitante (3,0%), alta à revelia (3,0%), recusa da família (2,0%), sem condições de transporte (1,0%) e paciente com indicação para enfermaria (1,0%). Logo, quando a demanda supera a oferta de serviços, o acesso torna-se limitado, o atendimento aos pacientes é postergado e criam-se longas filas de espera. Por sua vez, quando há vagas disponíveis, a fila de pacientes é reduzida pela intermediação do sistema regulador, possibilitando o controle da utilização dos leitos públicos de saúde pela comunidade. O sistema de filas caracteriza-se por cinco componentes principais, a saber: processo de chegada, distribuição do tempo de serviço, número de servidores, capacidade do serviço (número máximo de usuários que o sistema suporta, no serviço e em espera) e a disciplina da fila. O fluxo do atendimento em saúde depende do quantitativo de serviços disponíveis (leitos de UTI), da demanda por esse serviço (portas de entrada), da liberação dos leitos (porta de saída) e da priorização na tomada de decisões, além de outros critérios técnicos, éticos, legais e sociais que influenciam a regulação do acesso (GOLDWASSER et al. 2016). Quando há desequilíbrio entre esses fatores, formam-se as filas de espera. O tempo médio de permanência tende a ser maior nos hospitais públicos se comparados aos privados, apesar da semelhança entre os indicadores de mortalidade, o que pode estar associado a um viés de seleção.

Os mesmos autores também sinalizaram a importância de considerar os motivos da proporção significativa de pacientes que saíram da fila por melhora clínica; se por eficiência da atenção pré-hospitalar ou se por inadequação *a priori* dos critérios de indicação. O atendimento adequado no ambiente pré-hospitalar, mediante protocolos assistenciais, pode ser responsável pela melhora clínica e de prognóstico, evitando indicação de UTI. Além disso, intervenções corretas e precoces nos pacientes com sepse grave ou doença coronariana aguda, antes da internação na UTI, reduzem a mortalidade.

Por outro lado, entre os 20,0% dos óbitos na fila, é importante pesquisar quantos teriam sido evitados com redução do tempo de espera ou quantos pacientes já chegaram às emergências fora de possibilidades terapêuticas. Indica-se, ainda que estudo de listas de espera na Espanha mostrou que o acesso oportuno, por meio do gerenciamento de entrada na fila com níveis de prioridade, tendo maior impacto do que o aumento da oferta de leitos.

CONCLUSÃO

Como o Estado possui suas limitações em prover a todos o direito fundamental da saúde, faz-se necessário que certos indivíduos recorram à Justiça para preservar sua vida ou a de um familiar, sendo a judicialização uma importante estratégia, não apenas de alcançar sua demanda individual de saúde, mas de dar visibilidade a estas demandas e acelerar a incorporação de novas tecnologias ao SUS. O fato a destacar, nesse caso, é que a judicialização passa a “funcionar” como via de acesso aos cuidados de saúde, porém deve ser vista como um instrumento excepcional, não como regra do sistema.

Os recursos existentes nas UTIs permitem que sejam feitos grandes investimentos nos doentes, o grande dilema é definir o limite entre o que é considerado o cuidar terapêutico e o cuidar que prolonga o processo de morte. Tendo estes recursos, torna-se, então, pertinente que haja raciocínio adequado, humanização no cuidar e princípios éticos presentes, pois a morte é um processo natural da vida, no entanto, dependendo da sociedade, é percebida de maneira diferente. Mas, é importante lembrar que os cuidados paliativos podem beneficiar um grande número de pacientes em UTI e são considerados, entre outras situações, quando não há disponibilidade de leitos. Nesses casos, a entrada de um paciente afeta diretamente outro já admitido ou potencial. Além disso, o atendimento em tempo oportuno pode ser considerado uma emergente necessidade de saúde no cenário atual do sistema de saúde.

Outra questão relacionada à inviabilidade de leitos de UTI refere-se às diferenças regionais, que se configura como uma de suas principais fragilidades, havendo um número superior de leitos nos municípios mais estruturados para atendimento. Logo, essas informações podem indicar as deficiências no delineamento desse

número de leitos, a otimização na gestão dos leitos efetivos e, sobretudo, do desenvolvimento de políticas que promovam a desospitalização e garantam a eficácia da atenção básica.

A complexidade do trabalho em cuidados de saúde e pressões de carga de trabalho é constantemente aumentada, assim como a tensão financeira. Isso levou a uma maior demanda de pessoal para lidar não só com questões técnicas, mas também éticas. Dentre essas questões, estão as discussões sobre a priorização e a triagem do paciente que interna na UTI, precariedade da estrutura física e de materiais, equipamentos, medicamentos, força de trabalho, além da colaboração interdisciplinar e da comunicação efetiva entre membros da equipe.

A constante mudança no sistema de saúde, instigada pela tecnologia, exige inovação nos cuidados de saúde e novas ideias para garantir que todos os pacientes tenham acesso adequado ao cuidado universal. E, especialmente, para os cuidados intensivos, como uma das áreas mais caras da saúde, é preciso olhar para novas formas de prestar os cuidados de alta qualidade em uma era de recursos escassos.

REFERÊNCIAS

- AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Censo AMIB 2016**. Disponível em: <https://www.amib.com.br/censo/Analise_de_Dados_UTI_Final_Site_2.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2018.
- ARAÚJO, T. G. et al. Readmissões e óbitos após a alta da UTI - um desafio da terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva.**, v. 25, n. 1, p. 32-8, 2013.
- BAUMAN, K. A.; HYZY, R. C. ICU 2020: five interventions to revolutionize quality of care in the ICU. **J. intensive care med.**, v. 29, n. 1, p. 13-21, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada n.466, de 12 de dezembro de 2012**. Regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil. Brasília, DF. 2012. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília, DF. 2006. 68 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexoReg2811.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1071, de 4 de julho de 2005**. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Brasília, DF. 2005. Disponível em:

<<http://www2.ghc.com.br/gepnet/docsrisc/rismaterialdidatico62.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 15 fev. 2015.

CAVALCANTI, H. Brasil tem mais de 240 mil processos na área da Saúde. **Portal CNJ**, 29 abr. 2011. Disponível em:

<<http://www.cnj.jus.br/component/acymailing/archive/view/listid-4-boletim-do-magistrado/mailid-195-boletim-do-magistrado>>. Acesso em 15 fev. 2015.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 2.156 de 17 de novembro de 2016**. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Brasília, DF. 2016. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

COOPER, A. B. et al. Scarcity: the context of rationing in an Ontario ICU. **Crit. care med.**, v. 41, n. 6, p. 1476-82, jun., 2013.

- DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 2, p. 591-98, 2014.
- DUGGAL, A.; RUBENFELD, G. Year in review 2012: Critical Care – management. **Crit. care.**, v. 17, n. 6, p. 1-8, nov., 2013.
- ESTENSSORO, E. et al. organizational issues, structure, and processes of care in 257 ICUs in Latin America: a study from the Latin America intensive care network. **Crit. care med.**, v. 45, n. 8, p. 1325-36, 2017.
- FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 24, p. e2683, 2016.
- FLOOD, C. M.; LEMMENS, T. Introduction: global health challenges and the role of law. **J. law med. ethics.** v. 41, n. 1, p. 9-15, jan., 2013.
- GOLDWASSER, R. S. et al. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. **Rev. saúde pública.**, v. 50, p. 1-10, 2016.
- HANKS, R. G. Social advocacy: a call for nursing action. **Pastor. Psychol.**, v. 62, n. 2, p. 163-73, 2013.
- HUNG, S. C. et al. Determining delayed admission to the intensive care unit for mechanically ventilated patients in the emergency department. **Crit. care.**, v. 18, n. 4, p. 485, 2014.
- HURST, S. A.; DANIS, M. A framework for rationing by clinical judgment. **KIEJ.** v. 17, n. 3, p. 247-66, set., 2007.
- KIM, S. H. et al. Association Among ICU Congestion, ICU admission decision, and patient outcomes. **Crit. care med.**, v. 44, n. 10, p. 1814-21, 2016.
- KOHN, R. et al. Rule of rescue or the good of the many? An analysis of physicians and nurses preferences for allocating ICU beds. **Intensive care med.**, v. 37, n. 7, p. 1210-17, jul., 2011.

KRAMER, A. A.; DASTA, J. F.; KANE-GILL, S. L. The Impact of Mortality on Total Costs Within the ICU. **Crit. care med.**, v. 45, n. 9, p. 1457-63, 2017.

KRAMER, A. H.; ZYGUN, D. A. Neurocritical care: why does it make a difference? **Curr. opin. crit. care.**, v. 20, n. 2, p. 174-81, abr., 2014.

LIASCHENKO, J.; PETER, E. Fostering nurses' moral agency and moral identity: the importance of moral community. **Hastings Cent. Rep.** v. 45, n. S1, p. S18-S21, set/out., 2016.

LOSS, S. H. et al. Doença crítica crônica: estamos salvando ou criando vítimas? **Rev. bras. ter. intensiva.**, v. 29, n. 1, p. 87-95, mar., 2017.

MACHADO, F. R. All in a Day's Work — Equity vs. Equality at a Public ICU in Brazil. **N. Engl j. med.**, v. 375, n. 25, p. 2420-1, dez., 2016.

MATHEWS, K. S.; LONG, E. F. A conceptual framework for improving critical care patient flow and bed utilization. **Ann. Am. Thorac. Soc.**, v. 12, n. 6, p. 886-94, 2015.

MCMILLAN, J.; HOPE, T.; WILKINSON, D. Precision and the rules of prioritization. **Camb. q. healthc. ethics.**, v. 22, n. 4, p. 336-45, 2013.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual: discursiva.** 2 ed. Editora Unijuí, 2013.

MOTTA, L. C. S. et al. Tomada de decisão em (bio)ética clínica: abordagens contemporâneas. **Rev. bioét.**, v. 24, n. 2, p. 304-14, 2016.

OAKES, D. F. et al. Avaliação de riscos de readmissão em UTI através do escore Stability and Workload Index for Transfer. **J. Bras. Pneumol.**, v. 40, n. 1, p. 73-6, 2014.

OLIVEIRA, C.N.; NUNES, E. D. C. A. Cuidando da família na UTI: desafio de enfermeiros na práxis interpessoal do acolhimento. **Texto & contexto enferm.**, v. 23, n. 4, p. 954-63, out/dez., 2014.

PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 21, n. 3, p. 765-72, maio/jun., 2013.

PATTISON, N.; O’GARA, G. Making appropriate decisions about admission to critical care: the role of critical care outreach and medical emergency teams. **Nurs. crit. care**, v. 19, n. 1, p. 4-6, 2014.

RAMOS, R. S. et al. O acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde na perspectiva da judicialização. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 24, p. e2797, jan., 2016.

SANTOS, A. C.; VARGAS, M. A. O.; SCHNEIDER, N. Encaminhamento do paciente crítico para UTI por decisão judicial: situações vivenciadas pelos enfermeiros. **Enferm. foco**, v. 1, n. 3, p. 94-7, 2010.

SCCM. Society of Critical Care Medicine. **Team in Critical Care**. USA, 2016. Disponível em: <<http://www.mycucare.org/About-Critical-Care/Pages/Team.aspx>>. Acesso em: 25 maio 2016.

SCHNURMAN, Z. et al. Maximizing interhospital transfer resources for neurosurgical patients. **World Neurosurg.**, v. 104, p. 702-8, ago., 2017.

TRUOG, R. D. et al. Rationing in the intensive care unit. **Crit. care med.**, v. 34, n. 4, p. 958-63, abr., 2006.

VAARTIO, H; LEINO-KILPI, H. Nursing advocacy—a review of the empirical research 1990–2003. **Int. j. nurs. stud.**, v. 42, n. 6, p. 705-714, 2005.

VALENTE, C. O. et al. Conforto familiar a um parente internado na unidade de terapia intensiva. **Rev. baiana enferm.**, v. 31, n. 2, p.e17597, 2017.

VARGAS, M. A. O. et al. Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 34, n. 1, p. 119-25, mar., 2013.

VARGAS, M. A. O. et al. **Judicialização da saúde e o direito do paciente ao atendimento qualificado na terapia intensiva: uma discussão necessária.** In: Associação Brasileira de Enfermagem; VARGAS, M. A. O.; NASCIMENTO, E. R. P., organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 4). *No prelo*

VENTURA, C. A. A. et al. Alternatives for the enforcement of the right to health in Brazil. **Nurs. Ethics.**, v. 23, n. 3, p. 318-27, 2016.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VRYONIDES, S. et al. The ethical dimension of nursing care rationing: a thematic synthesis of qualitative studies. **Nurs. ethics.**, v. 22, n. 8, p. 881-900, dez., 2015.

WALLACE, D. J.; KAHN, J. M. Florence Nightingale and the conundrum of counting ICU beds. **Crit. care med.**, v. 43, n. 11, p. 2517-8, 2015.

WALLACE, D. J.; SEYMOUR, C. W.; KAHN, J. M. hospital-level changes in adult ICU bed supply in the United States. **Crit. care med.**, v. 45, n. 1, p. e67-e76, 2017.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluir esta Tese é certamente a parte mais complexa desta produção. Entendo que o tempo se esgota, porém as perguntas, as dúvidas e as incertezas não cessam. Por isto, neste capítulo não pretendo ser conclusiva, não colocando um ponto final no estudo. Essas considerações não podem ter sentido de término, mas sim de continuidade e de novas possibilidades. Logo, nesse espaço, faz-se uma oportunidade para continuar refletindo e lançar alguns (outros) questionamentos que poderão auxiliar futuros estudos, discussões e reflexões.

As peculiaridades e especificidades do trabalho em UTI desde cedo marcaram a minha trajetória profissional, motivando o interesse em desenvolver uma pesquisa que fizesse interface entre as áreas de saúde, trabalho e ética. Enquanto enfermeira intensivista, pude perceber o quanto as características deste ambiente e rotina de trabalho exercem profundas implicações nas pessoas que ali convivem, sejam os profissionais das várias equipes de saúde, pacientes ou familiares. Por tratar-se de um setor especializado do hospital, onde há a convergência de recursos tecnológicos e humanos em prol do tratamento de pacientes graves em iminente risco de vida, a rotina diária destes profissionais inclui o confronto com dúvidas, angústias, alto grau de responsabilidade, além de desgaste físico e mental decorrentes do exercício de suas funções.

Nesse sentido, minha inquietude consistiu em entrelaçar a discussão através da interseção de dois temas polêmicos pouco abordados na literatura e considerados, por vezes, controversos: advocacia em saúde e internação por ordem judicial. Buscando alinhar problemas éticos, deliberação moral e gestão de leitos, delineou-se como objeto de estudo o enfermeiro e o exercício da advocacia do paciente diante da internação por ordem judicial na UTI.

A literatura aponta diferentes motivos que podem suscitar a defesa dos pacientes no contexto da UTI. Dentre os motivos, estão a necessidade de o enfermeiro ter conhecimentos para um cuidado especializado e competente devido à condição crítica de saúde e de extrema vulnerabilidade dos pacientes e à complexa concentração de uma grande quantidade de aparato tecnológico.

Os resultados em relação ao exercício da advocacia pelo enfermeiro diante da internação por ordem judicial na UTI

materializaram-se em defesa do paciente como um processo nada fácil, principalmente para os enfermeiros, pois, muitas vezes, sentem-se isolados e não contam com a interação e colaboração de outros profissionais de saúde.

Apesar das adversidades vislumbradas na prática, muitos enfermeiros buscam soluções para exercerem, também, a sua função política, como defensores dos usuários dos serviços de saúde, especialmente para aqueles que necessitam de um leito de UTI, pois possuem uma perspectiva única nesse contexto. Além disso, o stress, presente no espaço de trabalho da UTI, tem sido apontado como importante fator que impacta negativamente na atividade profissional, gerando sofrimento nas equipes que ali atuam. Por esta razão, tem sido debatido como o confronto diário dos profissionais com questões relativas à morte, contato diário com angústias provenientes das famílias e a tomada de decisões relacionadas ao quadro clínico de pacientes que, muitas vezes, encontra-se sem chances de recuperação, podem ser as causas geradoras de sofrimento moral. Ainda, a morte, apesar de estar inscrita na natureza humana, atinge de maneira muito singular cada ser humano.

Esse sofrimento também pode estar relacionado à organização do trabalho e às condições em que este trabalho ocorre, com possível comprometimento do cuidado ao paciente, desejo de mudança e valorização da profissão, o que reforça o caráter moral destes conflitos. Todas essas questões são partes componentes dessa conjuntura, que constitui a assistência ao paciente, que tem por objetivo a proteção da pessoa e a manutenção de sua dignidade.

Esta situação suscita reflexão ética frente a todo um aparato tecnológico voltado para salvar vidas ou estabilizar quadros clínicos antes irrecuperáveis. Cada vez mais as equipes de saúde deparam-se com questões éticas, morais, religiosas e até judiciais, envolvendo suas condutas, o que torna o trabalho realizado na UTI, por vezes, difícil, complexo e desgastante, bem como deparam-se com entraves e imposições organizacionais, que, muitas vezes, impedem uma tomada de decisão ponderada, que atenda às necessidades do paciente e da equipe. Através da deliberação, ao buscar uma ação prudente, as pessoas que participam do processo deliberativo demonstram que têm algo a oferecer, por meio de seus diferentes pontos de vista, em um contínuo exercício de respeito às diversidades de ideias e opiniões, porquanto um verdadeiro exercício da ética.

Nesse cenário, a introdução de fatores econômicos, a tecnologia, a especialização da medicina, as mudanças no perfil dos pacientes e da sociedade, a presença do poder judiciário na medicina, além das expectativas e exigências dos pacientes têm interferido na relação profissional-paciente, o que leva a um processo de despersonalização, desumanização e desconfiança, causando frustração, sofrimento e insatisfação.

Verifica-se que o direito à saúde, apesar de estar consagrado na Constituição de 1988 e em outras leis do nosso ordenamento jurídico, encontra-se prejudicado quanto à sua efetividade. Isto acaba resultando na necessidade de busca, através da tutela jurisdicional, pelos cidadãos, ao acesso aos serviços públicos de saúde. Nesse momento, surge uma nova percepção, de que a judicialização possa ser ou não “aliada” do SUS, por sinalizar as deficiências e estimular a reflexão para novas políticas, de forma a reduzir a distância entre o SUS estabelecido no arcabouço normativo e o SUS que executa as ações e serviços de saúde.

O Poder Judiciário tem sido considerado como uma saída para a resolução desse problema na medida em que se têm avolumado as demandas, pelas quais são pleiteados tratamentos médicos variados e fornecimento de medicamentos, com custo arcado inteiramente pelos cofres públicos. Diante dessas demandas, o magistrado tem sido impelido a manifestar-se acerca de situações complexas, que significam, em última instância, decidir sobre o salvamento ou prolongamento da vida de alguém.

De certa forma, a intervenção do Judiciário no acesso a leitos de UTI fere os princípios do SUS da igualdade e da equidade, todavia não basta a legislação para que ocorram transformações. Dessa forma, tais princípios somente serão uma realidade se ocorrerem mudanças de atitudes nas práticas de atenção e gestão, buscando fortalecer a autonomia e o direito do cidadão.

Assim, a presente investigação permitiu identificar os conflitos éticos vivenciados pelos enfermeiros, revelados, muitas vezes, em relatos que se aproximam do desabafo e em expressões de angústias. Nesse sentido, os valores revelados neste estudo, como responsabilidade, autonomia, confiança, proteção, adequada comunicação, igualdade, empatia e sinergia apresentaram-se para subsidiar um agir ético dos enfermeiros.

A partir destes argumentos, então, os resultados confirmam a tese de que a intersetividade por ordem judicial é uma circunstância que

exige do enfermeiro intensivista o posicionamento diante dos conflitos e problemas éticos, requerendo, assim, o exercício da advocacia em saúde, ao mesmo tempo em que pode desencadear vivências de sofrimento moral diante da inviabilidade de leito em unidade de terapia intensiva. E, ainda, o estímulo à compreensão e ao debate dessa temática, entre e para os profissionais, podendo configurar-se em uma das formas de combater culturas institucionais que perpetuam a desqualificação da política de saúde.

Certamente as discussões acerca do tema da judicialização da saúde pública no Brasil ainda necessitam avançar. Foi proposto aqui uma reflexão sobre o assunto na tentativa de contribuirmos no cotidiano dos profissionais que atuam na UTI, considerando sempre que a realidade em que se vive é dinâmica, contraditória, requisitando novos conhecimentos a cada dia. Ainda, pode-se concluir que a abordagem deste tema consubstancia-se, do ponto de vista político, ético, social, econômico e profissional, em pertinentes implicações para profissionais da saúde e para a população.

As limitações deste estudo podem estar relacionadas à discussão dos resultados com a literatura. Como é escassa a produção científica acerca da temática, tanto da advocacia do paciente, como da internação por ordem judicial, os achados da pesquisa foram analisados considerando o detalhamento de cada resultado, com atuais estudos nacionais e internacionais que abordam a problemática multifacetada da indisponibilidade de leitos, do impacto da infraestrutura de materiais e de recursos humanos na qualidade do cuidado, dos dilemas e problemas no contexto da terapia intensiva, entre outros. Logo, as percepções e particularidades da organização profissional da enfermagem e da estrutura dos sistemas de saúde nos países de origem dos respectivos estudos influenciam, também, a discussão dos dados. No entanto, sinaliza-se que há uma compreensão de que as questões relacionadas à realidade do contexto da terapia intensiva assemelham-se em diferentes países; o que diverge de outros países é justamente a questão da internação por ordem judicial.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H. et al. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. **J. nurs. adm.** v. 38, n. 5, p. 223-29, maio, 2008.

AL SHAMMARI, F. et al. Nurses' professional values on patient care provisions and decisions. **J. nurs. educ. pract.**, v. 7, n. 9, p. 78-84, 2017.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. **A invenção do nordeste e outras artes.** São Paulo: Cortez, 2011.

AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Censo AMIB 2016.** Disponível em: <https://www.amib.com.br/censo/Analise_de_Dados_UTI_Final_Site_2.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2018

ANA. American Nurses Association. **About code of ethics.** Silver Spring, MD; 2017. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/codeofethics>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

ANDRADE, E. I. G. et al. A judicialização da saúde em Minas Gerais: perfil das ações judiciais de 1999 a 2009. **Bras. Political Sci. Rev.**, v. 4, p. 24-68, 2010.

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo:** normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucite, Edições Uva, 2001. 279 p.

ANDRADE, R. D. et al. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. **Rev. bras. enferm.** v. 64, n. 4, p.738-44, Jul/Ago., 2011.

ANNAS, G. J.; HEALEY, J. The patient rights advocate. **J. nurs. adm.**, v. 4, n. 3, p. 25-31, maio/jun., 1974.

ARAÚJO, T. G. et al. Readmissões e óbitos após a alta da UTI - um desafio da terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva.**, v. 25, n. 1, p. 32-8, 2013.

ARBOUR, R.B.; WIEGAND, D. L. Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: a phenomenological study. **Intensive crit. care nurs.** v. 30, n. 4, p. 211-18, ago., 2014.

BAGHERIAN, B. et al. Effects of technology on nursing care and caring attributes of a sample of Iranian critical care nurses. **Intensive crit. care nurs.** v. 39, p. 18–27, abr., 2017.

BARLEM, E. L. D. **Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana.** 2012. 202 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2012.

BARLEM, E. L. D. et al. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. **Rev. Esc. Enferm. USP.** , v. 47, n. 2, p. 506-10, abr., 2013a.

BARLEM, E. L. D. et al. Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 21, n. 1, p. 293-99, jan./fev., 2013b.

BARNHORST, A. B.; MARTINEZ, M.; GERSHENGORN, H. B. Quality improvement strategies for critical care nursing. **Am. j. crit. care.**, v. 24, n. 1, p. 87-92, jan., 2015.

BASSETTE F. Gastos do governo com remédios via ação judicial cresce 5000% em 6 anos. **Estadão.** Vida, Saúde: 22: 28 abr 2011.

BAUMAN, K. A.; HYZY, R. C. ICU 2020: five interventions to revolutionize quality of care in the ICU. **J. intensive care med.**, v. 29, n. 1, p. 13-21, 2013.

BENNER, P. Caring for the silent patient. **Am. j. crit. care.**, v.11, n. 5, p: 480–81, set., 2002.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. v. 23, n. 1, p. 173-92, jan/mar., 2016.

BIERNACKI, P; WALDORF, D. Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. **Sociol. methods res.**, vol. 10 n. 2, p.141-63, nov., 1981.

BITTENCOURT, G. B. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.**, v. 5, n. 1, p. 102-121, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Portaria n. 650 de 20 de novembro de 2009**. Cria grupo de trabalho para estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Brasília, DF. 2009. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/portaria-n650-20-11-2009-presidencia.pdf>. Acesso em 12 jan. 2018

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Portaria n. 8 de 2 de fevereiro de 2016**. Cria o Comitê Organizador do Fórum Nacional do Poder Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Brasília, DF. 2016. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/07/7416acb59c746525fd9f278a5d7719b9.pdf>>. Acesso em 12 jan. 2018

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. **Consulta leitões**. Brasília - DF. [2017b]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp>. Acesso em: 21 mai. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Divisão Regional**. Brasília, DF. [2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/default_div_int.sh?tm?c=1>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada n.466, de 12 de dezembro de 2012**.

Regulamenta pesquisas em seres humanos no Brasil. Brasília, DF. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília, DF. 2006. 68 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexo sReg2811.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1071, de 4 de julho de 2005.** Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Brasília, DF. 2005. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/gepnet/docsrisc/rismaterialdidatico62.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

_____. Ministério da saúde. **Portaria n. 1559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de saúde. Brasília, DF. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.432, de 12 de agosto de 1998.** Estabelece Critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. Brasília, DF. 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html>. Acesso em: 04 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF. 2010. Disponível em: <http://file:///C:/Users/user/Downloads/RDC_2010-07.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população**. Brasília, DF. 2017a. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 15 fev. 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 06 jun. 2016.

BRIDGES, J. et al. Capacity for care: meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. **J. adv. nurs.**, v. 69, n. 4, p. 760-72, abr., 2013.

BU, X.; JEZEWSKI, M. A. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. **J. adv. nurs.**, v. 57, n. 1, p. 101-10, jan., 2007.

BUCKNALL, T. K. Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. **J. clin. nurs.** v. 9, n. 1, p. 25-36, jan., 2000.

CARNEIRO, J. P. S. et al. **Delimitação judicial do direito à saúde: uma leitura crítica do modelo teórico de Robert Alexy**. 202 p. 2015. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Direito, Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

CAVALCANTI, H. Brasil tem mais de 240 mil processos na área da Saúde. **Portal CNJ**, 29 abr. 2011. Disponível em:

<<http://www.cnj.jus.br/component/acymailing/archive/view/listid-4-boletim-do-magistrado/mailid-195-boletim-do-magistrado>>. Acesso em 15 fev. 2015.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 2.156 de 17 de novembro de 2016**. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Brasília, DF. 2016. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

CHOI, S. P.; CHEUNG, K.; PANG, S. M. A field study of the role of nurses in advocating for safe practice in hospitals. **J. adv. nurs.**, v. 70; n. 7, p. 1584–93, jul., 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 218 de 09 de janeiro de 1999**. Aprova o Regulamento que disciplina sobre Juramento, Símbolo, Cores e Pedra utilizados na Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ. 1999. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucofen-2181999_4264.html>. Acesso em: 07 set. 2016.

COLE, C.; WELLARD, S.; MUMMERY, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. **Nurs. ethics.**, v. 21, n. 5, p. 576-82, jan., 2014.

COOPER, A. B. et al. Scarcity: the context of rationing in an Ontario ICU. **Crit. care med.**, v. 41, n. 6, p. 1476-82, jun., 2013.

CROWE, S. A role for nurse practitioners in the ICU: advocating for change. **Dynamics**. v. 25, n. 3, p. 26-9, 2014.

D'ÁVILA, L. S.; SALIBA, G. R. A efetivação do direito à saúde e sua interface com a justiça social. **Rev. direito sanit.**, v. 17, n. 3, p. 15-38, 2017.

DALMOLIN, G. L. et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-8, jan./mar., 2012.

DAM, S. V. D. et al. The Discovery of deliberation. From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case

Deliberation in Dutch elderly care. **Soc. sci. Med.**, v. 83, p. 125-32, abr., 2013.

DAVOODVAND, S.; ABBASZADEH, A.; AHMADI, F. Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. **J. med ethics hist med.** v. 9, n. 5, p. 1-8, jun., 2016.

DE VILLERS, M. J.; DEVON, H. A. Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. **Nurs. ethics.**, v. 20, n. 5, p. 589-603, nov., 2013.

DELDUQUE, M. C. O perfil ideal do juiz para as decisões em saúde. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.** v. 1, n. 1, p. 30-43, jan/jun., 2012.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 2, p. 591-98, 2014.

DORES, C. J. **Os limites do direito à saúde aos olhos do Supremo Tribunal Federal: um serviço acessível a todos?** 2013. 126 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado em Direito, Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2013.

DRANE, J. F.; PESSINI, L. **Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2005. 250 p.

DUGGAL, A.; RUBENFELD, G. Year in review 2012: Critical Care – management. **Crit. care.**, v. 17, n. 6, p. 1-8, nov., 2013.

EKLUND A. J. et al. Individual and organizational factors influencing registered nurses' attitudes towards patient advocacy in Swedish community health care of elders. **Scand j. caring sci.** v. 28, n. 3, p. 486-95, set., 2014.

EPP, K. Burnout in critical care nurses: a literature review. **Dynamics**, v. 23, n. 4, p. 25-31, 2012.

ESTENSSORO, E. et al. organizational issues, structure, and processes of care in 257 ICUs in Latin America: a study from the Latin America intensive care network. **Crit. care med.**, v. 45, n. 8, p. 1325-36, 2017.

FALCO, H. T. et al. Cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: uma discussão. **Enferm. Rev.**, v. 15, n. 2, p. 191-201, out., 2012.

FALCÓ-PEGUEROLES, A. et al. Ethical conflict in critical care nursing: correlation between exposure and types. **Nurs. ethics**, v. 22, n. 5, p. 594-607, 2015.

FERNANDES, H. S. et al. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, v. 9, n. 2, p. 129-37, mar./abr., 2011.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 24, p. e2683, 2016.

FLOOD, C. M.; LEMMENS, T. Introduction: global health challenges and the role of law. **J. law med. ethics**. v. 41, n. 1, p. 9-15, jan., 2013.

FONTANELLAS, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. saúde pública**. v. 24, n.1, p.17-27, jan., 2008.

FRIDH, I. Caring for the dying patient in the ICU: the past, the present and the future. **Intensive crit care nurs.**, v. 30, n. 6, p: 306-11, dez., 2014.

GALUSKA, L. Advocating for patients: honoring professional trust. **AORN j.**, v. 104, n. 5, p. 410-16, nov., 2016.

GANZ, F. D. K. et al. Moral distress and structural empowerment among a national sample of Israeli intensive care nurses. **J. adv. nurs.**, v. 69, n. 2, p. 415-24, fev., 2013.

GANZ, F. D. K. Tend and befriend in the intensive care unit. **Crit. care nurse**, v. 32, n. 3, p. 25-34, jun., 2012.

GARBIN, P. R. et al. Acesso à justiça e o direito à saúde: um estudo de caso na região noroeste do Rio Grande do Sul. **Rev. inova ação**, v. 3, n. 2, p. 70-87, jul./dez., 2014.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis** (Rio J.). v. 22, n. 1, p. 119-40, 2012.

GAZARIAN, P. K.; FERNBERG, L. M.; SHEEHAN, K. D. Effectiveness of narrative pedagogy in developing student nurses' advocacy role. **Nurs. ethics.**, v. 23, n. 2, p. 132-41, dez., 2014.

GILL, F. J. et al. Health consumers' experiences in Australian critical care units: postgraduate nurse education implications. **Nurs. crit. care**. v. 18, n. 2, p. 93-102, mar/abr., 2013.

GOLDWASSER, R. S. et al. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. **Rev. saúde pública.**, v. 50, p. 1-10, 2016.

GOMES, F. F. C. et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad. saúde pública**, v. 30, n. 1, p. 31-43, jan., 2014.

GONÇALVES, H. A. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 2 ed. São Paulo: Avercamp, 2014. 168 p.

GORDON, E. et al. The Building Bridges Initiative: Learning with, from and about to create an interprofessional end-of-life program. **Dynamics**, v. 23, n. 4, p. 37-41, jan., 2012.

GRACE, P. J. Professional advocacy: widening the scope of accountability. **Nurs. philos.**, v. 2, n. 2, p. 151-62, 2001.

GRACIA, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. **Med Clin** (Barc). v. 117, n. 1, p. 18-23, 2001.

GRACIA, D. **La deliberación moral**: el papel de las metodologías en ética clínica. Madrid: Universidad Complutense, 2009.

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. Educación permanente en salud: Reflexiones y desafíos. **Cienc. enferm.**, v. 16, n. 2, p. 25-33, ago., 2010.

GUTIERREZ, K. M. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. **Dimens. crit. care nurs.**, v. 24, n. 5, p. 229-41, set./out., 2005.

HANKS, R. G. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. **Nurs. ethics**, v. 17, n. 2, p. 255-67, 2010a.

HANKS, R. G. Social advocacy: a call for nursing action. **Pastor. Psychol.**, v. 62, n. 2, p. 163-73, 2013.

HUNG, S. C. et al. Determining delayed admission to the intensive care unit for mechanically ventilated patients in the emergency department. **Crit. care.**, v. 18, n. 4, p. 485, 2014.

HURST, S. A.; DANIS, M. A framework for rationing by clinical judgment. **KIEJ**. v. 17, n. 3, p. 247-66, set., 2007.

JAMETON, A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **NAACOG's clin. issues perinat. women's health nurs.**, v.4, n.4, p.542-51, 1993.

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

JURCHAK, M.; PENNINGTON, M. Fostering moral agency in new intensive care unit nurses. **Crit. care nurse**, v. 29, n. 6, p. 79-80, 2009.

KARANIKOLA, M. N. K. et al. Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. **J. nurs. manag.**, v. 22, n. 4, p. 472-84, maio, 2014.

- KIM, S. H. et al. Association Among ICU Congestion, ICU admission decision, and patient outcomes. **Crit. care med.**, v. 44, n. 10, p. 1814-21, 2016.
- KOHN, R. et al. Rule of rescue or the good of the many? An analysis of physicians and nurses preferences for allocating ICU beds. **Intensive care med.**, v. 37, n. 7, p. 1210-17, jul., 2011.
- KRAMER, A. A.; DASTA, J. F.; KANE-GILL, S. L. The Impact of Mortality on Total Costs Within the ICU. **Crit. care med.**, v. 45, n. 9, p. 1457-63, 2017.
- KRAMER, A. H.; ZYGUN, D. A. Neurocritical care: why does it make a difference? **Curr. opin. crit. care.**, v. 20, n. 2, p. 174-81, abr., 2014.
- LAABS, C. A. Moral problems and distress among nurse practitioners in primary health care. **J. Am. Acad. Nurse Pract.**, v. 17, n. 2, p. 76-84, fev., 2005.
- LAW, B. Y. S.; CHAN, E. A. The experience of learning to speak up: A narrative inquiry on newly graduated registered nurses. **J. clin. nurs.**, v. 24, n. (13-14), p.1837-848, jul., 2015.
- LAWRENCE, L. A. Work engagement, moral distress, education level, and critical reflective practice in intensive care nurses. **Nurs. forum.** v. 46, n. 4, p. 256-68, out./dez., 2010.
- LAZZARIN, M.; BIONDI, A.; DI MAURO, S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. **Nurs. ethics**, v. 19, n. 2, p. 183-95, 2012.
- LIASCHENKO, J.; PETER, E. Fostering nurses' moral agency and moral identity: the importance of moral community. **Hastings Cent. Rep.** v. 45, n. S1, p. S18-S21, set/out., 2016.
- LOSS, S. H. et al. Doença crítica crônica: estamos salvando ou criando vítimas? **Rev. bras. ter. intensiva.**, v. 29, n. 1, p. 87-95, mar., 2017.

LUZ, K. R, et al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Rev. bras. enferm.** v. 69, n. 1, p. 67-71, fev., 2016.

LUZ, K. R. et al. Ethical problems experienced by oncology nurses. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 23, n. 6, p. 1187-194, dez., 2015.

LUZ, K. R. **Problemas éticos vivenciados por enfermeiros no cuidado em oncologia na alta complexidade.** 2013. 137 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

MACHADO, F. R. All in a Day's Work — Equity vs. Equality at a Public ICU in Brazil. **N. Engl j. med.**, v. 375, n. 25, p. 2420-1, dez., 2016.

MAHLIN, M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. **Nurs. ethics**, v. 17, n. 2, p. 247–54, 2010.

MATHEWS, K. S.; LONG, E. F. A conceptual framework for improving critical care patient flow and bed utilization. **Ann. Am. Thorac. Soc.**, v. 12, n. 6, p. 886-94, 2015.

MCANDREW, N. S.; LESKE, J. S. A Balancing Act: experiences of nurses and physicians when making end-of-life decisions in intensive care units. **Clin. nurs. res.**, v. 24, n. 4, p. 357-74, 2014.

MCANDREW, N. S.; LESKE, J. S.; GARCIA, A. Influence of moral distress on the professional practice environment during prognostic conflict in critical care. **J. trauma nurs.**, v. 18, n. 4, p. 221-30, out./dez., 2011.

MCCARTHY, J.; DEADY, R. Moral distress reconsidered. **Nurs. ethics**, v. 15, n. 2, p. 254-62, 2008.

MCCULLOUGH, L. B. The professional medical ethics model of decision making under conditions of clinical uncertainty. **Med. care res. rev.**, v. 70, n. 1_suppl, p. 141S-158S, 2013.

MCMILLAN, J.; HOPE, T.; WILKINSON, D. Precision and the rules of prioritization. **Camb. q. healthc. ethics.**, v. 22, n. 4, p. 336-45, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 408 p.

MOCELIN, C. E. Demandas Judiciais na saúde pública: instrumentos para a efetivação do direito à saúde e/ou arranjos na gestão e organização do SUS. **Rev. gestão desenv. contexto.** v. 1, n. 01, p. 100-116, 2013.

MOLAZEM, Z. et al. Effect of education based on the “4A Model” on the Iranian nurses’ moral distress in CCU wards. **J Med Ethics Hist Med**, v. 6, p. 1-8, abr., 2013.

MONTEIRO, J. K. Sofrimento psíquico de trabalhadores de unidade de terapia intensiva. **Rev. psicol. organ. trab.**, v. 12, n. 2, p. 245-50, ago., 2012.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual**: discursiva. 2 ed. Editora Unijuí, 2013.

MORITZ, R. D. et al. II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 23, n. 1, p. 24-9, 2011.

MOTTA, L. C. S. et al. Tomada de decisão em (bio)ética clínica: abordagens contemporâneas. **Rev. bioét.**, v. 24, n. 2, p. 304-14, 2016.

NORA, C. R. D.; ZOBOLI, E.; VIEIRA, M. M. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bioét.**, v. 23, n. 1, P. 114 - 23, 2015.

NELSON, J. E. et al. In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. **Crit. care med.**, v. 38, n. 3, p. 808-18, mar., 2010.

OAKES, D. F. et al. Avaliação de riscos de readmissão em UTI através do escore Stability and Workload Index for Transfer. **J. Bras. Pneumol.**, v. 40, n. 1, p. 73-6, 2014.

OERLEMANS, A. J. M. et al. Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. **BMC Medical Ethics**, v. 16, p. 1-10, 2015.

OLIVEIRA, M. R. M. A judicialização da saúde no Brasil. **Tempus (Brasília)**, v. 7, n. 1, p. 79-90, 2013.

OLIVEIRA, C.; TARIMAN, J. D. **Barriers of patient advocacy role in clinical nursing practice**: an integrative review of the literature. (Unpublished master's thesis) - DePaul University, Chicago, IL. 2015.

OLIVEIRA, C.N.; NUNES, E. D. C. A. Cuidando da família na UTI: desafio de enfermeiros na práxis interpessoal do acolhimento. **Texto & contexto enferm.**, v. 23, n. 4, p. 954-63, out/dez., 2014.

OLIVEIRA, S. S. **Deliberação moral da enfermeira no cuidado Pré-hospitalar à luz da fenomenologia social**. 2014. 97 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2014.

ÖZDEN, D.; KARAGÖZOĞLU, Ş.; YILDIRIM, G. Intensive care nurses' perception of futility Job satisfaction and burnout dimensions. **Nurs. ethics**, v. 20, n. 4, p. 436-47, 2013.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES; 2012. 27p.

PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia

intensiva. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 21, n. 3, p. 765-72, maio/jun., 2013.

PAPATHANASSOGLOU, E. D. E. et al. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. **Am. j. crit. care**, v. 21, n. 2, p. 41-52, mar., 2012.

PATTISON, N.; O'GARA, G. Making appropriate decisions about admission to critical care: the role of critical care outreach and medical emergency teams. **Nurs. crit. care**, v. 19, n. 1, p. 4-6, 2014.

PAVLISH, C. L. et al. Barriers to innovation: nurses' risk appraisal in using a new ethics screening and early intervention tool. **Adv. nurs. sci.**, v. 36, n. 4, p. 304-19, out./dez., 2013.

PENALVA, J. et al. **Judicialização do direito à saúde**: o caso do Distrito Federal. Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero - Anis. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2011.

PIMENTEL, D. M. M. **A ética das relações**: percepção de médicos e enfermeiros sobre os conflitos na prática profissional. 2013. 346 p. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, 2013.

PINHEIRO, F. F. **Obstáculos comuns da deliberação moral**. In: XV simpósio de ensino pesquisa e extensão: educação e ciência na era digital. Santa Maria, RS. 2011.

POLIT, D; BECK, C T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, R. S. et al. O acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde na perspectiva da judicialização. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 24, p. e2797, jan., 2016.

RAMOS, R. S.; GOMES, A. M. T. A judicialização da saúde pública no Brasil: um estudo de representações sociais. **rev. cuid.**, v. 5, n. 2, p. 827-36, 2014.

RATES, C. M. P.; PESSALACIA, J. D. R. Enfermagem brasileira frente às questões bioéticas: revisão integrativa. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.**, v. 4, n. 1, p. 1036-47, jan/abr., 2014.

REPENSHEK, M. Moral distress: inability to act or discomfort with moral subjectivity?. **Nurs. ethics**, v. 16, n. 6, p. 734-42, 2009.

RODRIGUEZ ULLER, Alessandra. **Até onde investir no paciente grave? Decisões envolvendo a prática médica na UTIN.** 2007. 64 f.. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Rio de Janeiro, 2007.

RODRÍGUEZ-CARVAJAL, M. et al. Impacto de las altas no programadas en la mortalidad hospitalaria tras la estancia en una unidad de cuidados intensivos. **Med. intensiva (Madr., Ed. impr.)**, v. 35, n. 3, p. 143-9, abr., 2011.

SANTIAGO, C.; ABDOOL, S. Conversations about challenging end-of-life cases: ethics debriefing in the medical surgical intensive care unit. **Dynamics**, v. 22, n. 4, p. 26-30, 2011.

SANTOS, J. B. Vaga zero em caso de emergência. **Folha Universal**. 28: 8-11, Jun., 2009.

SANTOS, A. C.; VARGAS, M. A. O.; SCHNEIDER, N. Encaminhamento do paciente crítico para UTI por decisão judicial: situações vivenciadas pelos enfermeiros. **Enferm. foco**, v. 1, n. 3, p. 94-7, 2010.

SCCM. Society of Critical Care Medicine. **Team in Critical Care.** USA, 2016. Disponível em: <<http://www.mycucare.org/About-Critical-Care/Pages/Team.aspx>>. Acesso em: 25 maio 2016.

SCHAEFER, R.; VIEIRA, M. Competência ética como recurso de enfrentamento do Sofrimento moral em enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, v. 24, n. 2, p. 563-73, abr/jun., 2015.

SCHNEIDER, D. G. **Discursos profissionais e deliberação** moral: análise a partir de processos éticos de enfermagem. 2010. 171p. Tese (Doutorado). -Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

SCHNEIDER, D. G.; RAMOS, F. R. S. Moral deliberation and nursing ethics cases: elements of a methodological proposal. **Nurs. ethics.** v., 19, n. 6, p. 764–76, 2012.

SCHNURMAN, Z. et al. Maximizing interhospital transfer resources for neurosurgical patients. **World Neurosurg.**, v. 104, p. 702-8, ago., 2017.

SHOORIDEH, F. A. et al. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. **Nurs. ethics**, v. 22, n. 1, p. 64-72, 2014.

SHORIDEH, F. A.; ASHKTORAB, T.; YAGHMAEI, F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: a content analysis. **Nurs. ethics**, v. 19, n. 4, p. 464-78, 2012.

SILVA, L. C. **Judicialização da saúde**: em busca de uma contenção saudável. Jusbrasil. [2015]. Disponível em: <<https://nandaninna.jusbrasil.com.br/artigos/179349219/judicializacao-da-saude-em-busca-de-uma-contencao-saudavel>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

SILVA, T. P. et al. A interdisciplinaridade e suas contribuições para o cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line.** v. 7, n. 7S, p. 4823-30, 2013.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 4, p. 1241-50, 2009.

SOARES, C. B. P. et al. Avaliação de recursos disponíveis no serviço de tratamento intensivo de um Hospital Universitário.

Universitário/UFMA, v. 9, n. 1, p. 13-7, jan-jun, 2008.

SOUZA, S. M. M. **Bioética da proteção e a equidade no acesso ao transplante renal no Brasil, de acordo com a posse de plano de saúde privado**. 2016. 171p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Ministério da Saúde - Fiocruz. Rio de Janeiro, 2016.

ST LEDGER, U. et al. Moral distress in end-of-life care in the intensive care unit. **J. adv. nurs.**, v. 69, n. 8, p. 1869-80, ago., 2013.

SULZBACHER, M. et al. O enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. **Sci. med.**, v. 19, n. 1, p. 11-6, jan./mar., 2009.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. **O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros: uma perspectiva foucaultiana**. 2014. 149p. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2014.

TRUOG, R. D. et al. Rationing in the intensive care unit. **Crit. care med.**, v. 34, n. 4, p. 958-63, abr., 2006.

UNDP BRASIL. **Relatório do PNUD destaca grupos sociais que não se beneficiam do desenvolvimento humano**. 2017. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2017/03/21/relat-rio-do-pnud-destaca-grupos-sociais-que-n-o-se-beneficiam-do-desenvolvimento-humano.html>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

VAARTIO, H; LEINO-KILPI, H. Nursing advocacy—a review of the empirical research 1990–2003. **Int. j. nurs. stud.**, v. 42, n. 6, p. 705-714, 2005.

VALENTE, C. O. et al. Conforto familiar a um parente internado na unidade de terapia intensiva. **Rev. baiana enferm.**, v. 31, n. 2, p.e17597, 2017.

VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S. Autonomia na unidade de terapia intensiva: começemos por cuidar de nós. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 6, p. 956-63, nov/dez., 2010.

VARGAS, C. P. et al. **Defesa do paciente no contexto da terapia intensiva.** In: Associação Brasileira de Enfermagem; VARGAS, M. A. O.; NASCIMENTO, E. R. P., organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 125–54. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 1).

VARGAS, M. A. O. et al. Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 34, n. 1, p. 119-25, mar., 2013.

VARGAS, M. A. O. et al. **Judicialização da saúde e o direito do paciente ao atendimento qualificado na terapia intensiva:** uma discussão necessária. In: Associação Brasileira de Enfermagem; VARGAS, M. A. O.; NASCIMENTO, E. R. P., organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 4). *No prelo*

VARGAS, M. A. O. **Ética, bioética e biopolítica:** conceitos implicados na assistência à saúde. In: GUERREIRO, D. et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Módulo V: Doenças crônicas não transmissíveis. 2013. Disponível em: <http://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11071/mod_resource/content/3/Modulo5_DoencasCronicas.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2013.

VARGAS-PELÁEZ, C. M. et al. Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines - a scoping study. **Soc. sci. med.** v., 121, p. 48-55, 2014.

- VASCONCELOS, E. V. et al. O cotidiano de familiares de pacientes internados na UTI: um estudo com as representações sociais. **J. res.: fundam. care online**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 4313-27, apr./jun., 2016.
- VENTURA, C. A. A. et al. Alternatives for the enforcement of the right to health in Brazil. **Nurs. Ethics.**, v. 23, n. 3, p. 318-27, 2016.
- VENTURA, C. A. A. et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Rev. bras. enferm.**, v. 65, n. 6, p. 893-98, nov./dez., 2012.
- VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.
- VIANA CORREIO, R. A. P. P. et al. Desvelando Competências do enfermeiro de terapia intensiva. **Enferm. foco.**, v. 6, n. (1/4), p. 46-50, dez., 2015.
- VIANA, R. A. P. P. et al. Profile of an intensive care nurse in different regions of Brazil. **Texto & contexto enferm.** v. 23, n. 1, p. 151-59, jan./mar., 2014.
- VRYONIDES, S. et al. The ethical dimension of nursing care rationing: a thematic synthesis of qualitative studies. **Nurs. ethics.**, v. 22, n. 8, p. 881-900, dez., 2015.
- WADDELL, A. et al. A hospital-based interdisciplinary model for increasing nurses' engagement in legislative advocacy. **Policy polit. nurs. pract.**, v. 17, n. 1, p. 15-23, 2016.
- WALKER, D. K. et al. Everyday Advocates: Nursing Advocacy Is a Full-time Job. **Am. j. nurs.**, v. 115, n. 8, p. 66-70, ago., 2015.
- WALLACE, D. J.; KAHN, J. M. Florence Nightingale and the conundrum of counting ICU beds. **Crit. care med.**, v. 43, n. 11, p. 2517-8, 2015.

WALLACE, D. J.; SEYMOUR, C. W.; KAHN, J. M. hospital-level changes in adult ICU bed supply in the United States. **Crit. care med.**, v. 45, n. 1, p. e67-e76, 2017.

WANG, D.; FERRAZ, O. 'Reaching Out to the Needy? Access to Justice and Public Attorneys' Role in Right to Health Litigation in the City of São Paulo. **Sur, Rev. int. direitos human. (Impr.)**, v. 10, n. 18, p. 159-79, jun., 2013.

WANG, L. H. et al. The emergency patient's participation in medical decision-making. **J. clin. nurs.** v. 25, n. 17-18, p. 2550-58, set., 2016.

WEAVER, J. L.; BRADLEY, C. T.; BRASEL, K. J. Family engagement regarding the critically ill patient. **Surg. clin. North America.**, v. 92, n. 6, p. 1637-47, dez., 2012.

WEBSTER, R. A. Coping with death and dying. **Intensive care nurs.**, v. 1, n. 1, p. 60-2, 1985.

WIEGAND, D. L.; FUNK, M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. **Nurs. ethics**, v. 19, n. 4, p. 479-87, 2012.

WIEGAND, D.L. et al. Family-centered end-of-life care in the ICU. **J. gerontol. nurs.**, v. 39, n. 8, p. 60-8, 2013.

WILSON, M. A. et al. Moral distress: levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. **J. clin. nurs.**, v. 22, n. 9-10, p. 1455-66, 2013.

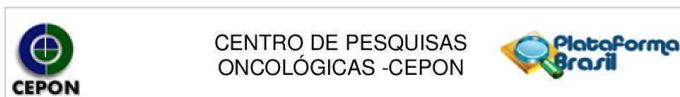
WHO (World Health Organization). **Equity, social determinants and public health programmes**. Geneva: WHO; 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

ZOBOLI, E. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. **Rev. Ibero Am. Bioét.**, n. 2, p. 1-8, 2016.

ZOBOLI, E. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. **Rev. Bioetikos.**, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2012.

ZOBOLI, E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Rev. bioét.**, v. 21, n. 3, p. 389-96, 2013.

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Internação por Ordem Judicial: o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros intensivistas

Pesquisador: mara ambrosina de oliveiraargas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36739514.2.0000.5355

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 863.112

Data da Relatoria: 03/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa do tipo exploratório, descritivo, apoiado no método misto de pesquisa.

Este estudo caracteriza-se também como uma pesquisa do tipo Survey. A pesquisa survey é compreendida como método empírico de verificação que envolve a coleta e quantificação de dados que servem como permanente fonte de informações sobre opiniões, ações ou características de um determinado grupo de pessoas, indicadas como representantes de uma população.

Para facilitar a organização do percurso metodológico escolhido pelos pesquisadores para a realização da pesquisa, dividiu-se os momentos de seleção dos participantes, local do estudo, coleta e análise dos dados em etapas 1 e 2, nas quais a etapa 1 está relacionada com o método quantitativo da pesquisa e a etapa 2 equivale ao método qualitativo da pesquisa.

A população do estudo será composta por um total de 700 enfermeiros intensivistas que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) das regiões sudeste e sul do Brasil e, que participarem dos eventos de Enfermagem promovidos pela ABENTI – Associação Brasileira de Terapia Intensiva e pela AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira no período entre abril de 2015 a agosto de 2017.

Os critérios para a seleção dos participantes da pesquisa incluem: atuar como enfermeiro em UTI

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS
ONCOLÓGICAS -CEPON



Continuação do Parecer: 863.112

das regiões sudeste ou sul do Brasil; trabalhar na UTI há mais de 1 ano e ainda não ter respondido ao questionário em evento anterior.

Os critérios de exclusão dos participantes limitam-se à falta de disponibilidade ou de interesse em participar da pesquisa, a não devolução dos questionários ou sua devolução em branco.

A coleta de dados da etapa quantitativa será efetivada por meio da aplicação de um questionário representado por múltiplas questões denominado Protective Nursing Advocacy Scale – versão brasileira, cujo processo de adaptação transcultural do instrumento foi efetivado por Tomashewski-Barlem e Lunardi. Junto ao instrumento, foi inserida uma parte inicial de caracterização dos sujeitos, contendo características sociodemográficas que possam ser significativas para a correlação com a advocacia do paciente, tais como: idade, sexo, tempo de formação, estado em que trabalha, cursos realizados e titulação, vínculo empregatício, tempo de atuação, carga horária semanal, informação acerca de existência de Comissão de Ética na instituição e de reuniões na unidade de trabalho. Além disso, há uma questão aberta que indaga acerca da vivência do enfermeiro com a inviabilidade de leito de UTI e com a Internação por Ordem Judicial. Para análise de dados será utilizado o software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 21.0, facilitando o processo de organização em tabelas que permitirão uma melhor visualização dos resultados e sua interpretação.

A etapa qualitativa será composta por amostra não inferior a 50 participantes, obedecendo aos critérios de inclusão já definidos previamente, com distribuição representativa e proporcional ao número de leitos de todos os estados que compõem as regiões Sul e Sudeste (CNES/Datasus,2013).

A coleta de dados nesta fase do estudo acontecerá conforme a amostragem por Bola de Neve (snowball sampling - BIERNACKI e WALDORF, 1981). Esta técnica permite aos informantes que indiquem outros participantes para o estudo sendo este um método baseado em indicações feitas por pessoas que já estão na amostra. O ponto de partida do estudo se dará nas capitais dos sete estados que compõem as Regiões Sul e Sudeste do Brasil.

Os dados serão analisados mediante elementos da Análise Textual Discursiva, utilizando-se para organização e gerenciamento dos dados o software ATLAS-Ti. Tal técnica de análise tende a valorizar elementos subjetivos, sempre no sentido da busca de múltiplas compreensões dos fenômenos.

Em termos de ações específicas, o papel dos enfermeiros na defesa tem sido definido como a voz dos pacientes, como um guia de condutas, como uma forma de enfrentamento dos diversos

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC-404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS
ONCOLÓGICAS - CEPON



Continuação do Parecer: 863.112

desafios impostos pelas tradicionais estruturas de saúde e suas relações de poder, como uma forma de capacitar os pacientes para suas decisões e intervir nas falhas de comunicação entre estes e outros profissionais da saúde. Ainda, tem como propósito auxiliar o paciente a obter cuidados de saúde necessários, a defender seus direitos, garantindo a qualidade do cuidado e servindo como um elo com o ambiente de cuidados de saúde.

Desse modo, o enfermeiro, como "advogado" do paciente, necessita apoiar ativamente seus direitos e escolhas, auxiliando-o a esclarecer suas decisões, promovendo seus interesses legítimos e protegendo seus direitos fundamentais, como a autonomia na tomada de decisões.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar crenças e ações de enfermeiros intensivistas na defesa do paciente;

- Compreender de que modo os enfermeiros intensivistas têm defendido o paciente que necessita de internação em unidade de terapia intensiva por ordem judicial;
- Descrever os problemas e dilemas éticos vivenciados pelos enfermeiros intensivistas diante da necessidade do paciente internar em unidade de terapia intensiva e articular a in/viabilidade de leito à análise da bioética social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foram previstos riscos físicos aos participantes, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, permitindo ao participante se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que, por qualquer motivo, não lhe seja conveniente. Caso venha a ser constatado dano pessoal advindo do processo de coleta de dados (questionário), poderá ser encaminhado para Serviço de Apoio Psicológico. Os benefícios serão justificados considerando que a relevância deste estudo centra-se na possibilidade de visibilizar a internação por ordem judicial como uma das instâncias que demandam do enfermeiro intensivista posicionamentos e deliberações éticas complexas, que se articulam à defesa do paciente.

A abordagem do "exercício da advocacia" do paciente que necessita de leito de UTI e articulando-o à análise dos problemas e dilemas éticos vivenciados por estes enfermeiros e às questões que podem ser evidenciadas pela perspectiva da Bioética Social, propiciará um modo inovador, contextual e complexo de olhar sobre uma temática ainda pouco ou nada explorada, com a respectiva abrangência aqui proposta no estudo. Ainda com relação à contribuição científica do referencial teórico aqui adotado, centra-se a constatação de que muitas questões vivenciadas

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS
ONCOLÓGICAS -CEPON



Continuação do Parecer: 863.112

pelos profissionais enfermeiros, cotidianamente, são apenas percebidos como problemas e conflitos organizacionais e/ou de relacionamento na equipe de Enfermagem e de Saúde, relacionados com a administração, chefias, pacientes e familiares e não como questões éticas importantes e que demandam uma discussão pautada em experiências e conhecimentos específicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O desequilíbrio existente entre o número limitado de leitos de UTI, disponíveis em hospitais públicos brasileiros, e a alta demanda de pacientes graves com indicação de cuidados intensivos têm gerado cada vez mais indicação de internações por ordem judicial. Este cenário tem aflorado nos profissionais de Saúde problemas e dilemas éticos, pois a deliberação moral nas situações de internação por ordem judicial constitui-se em uma decisão difícil e complexa, pois os profissionais da Saúde têm consciência de quem são os vulneráveis, mas devem cumprir a ordem. Isto gera sofrimento moral e interfere no papel de "advogado" do enfermeiro, gerando impasses, principalmente, entre a indicação de internação e a liberação do leito por meio de alta precoce.

Dentro deste contexto consideramos que este estudo apresenta relevância científica, pois permitirá o conhecimento de como os enfermeiros tem vivenciado na sua prática diária estas demandas e as posturas e condutas assumidas pelo profissional diante do dilema ético relacionado ao tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente estudo atende aos requisitos da resolução 466/12. Foram apresentados Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tanto para aplicação do questionário (etapa quantitativa) como para entrevista semi-estruturada (etapa qualitativa). Há garantia do anonimato do participante, detalhamentos quanto à participação voluntária, orçamento e cronograma.

Recomendações:

Há necessidade imperiosa de cuidar da expressão "exercício da advocacia" para não ferir conceitos profissionais de Direito, já que quem exerce a Advocacia é um profissional qualificado para isso.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS
ONCOLÓGICAS -CEPON



Continuação do Parecer: 863.112

Considerações Finais a critério do CEP:

Qualquer alteração no projeto inicial deverá ser imediatamente comunicada ao CEP, para avaliação. Relatórios semestrais deverão ser enviados ao CEP.

FLORIANOPOLIS, 07 de Novembro de 2014

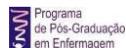
Assinado por:
Luiz Roberto Medina dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA
CATARINA



Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 | Fax: +55 (48) 3721-9043 - e-mail:
pen@ccs.ufsc.br | secretariapen@ccs.ufsc.br

Idade: _____ Sexo: ()Feminino ()Masculino

Estado em que trabalha: ()ES ()MG ()SP ()RJ ()SC ()PR ()RS

Ano de conclusão da Graduação: _____ Tempo de atuação em UTI: _____

Especialização Enfermagem em Terapia Intensiva: ()Sim ()Não

Outros cursos realizados: ()Não ()Capacitação ()Especialização ()Mestrado ()Doutorado

Vínculos empregatícios: ()1 ()2 ()3 ()4

Considere os dois vínculos principais:

Vínculo/Local 1: Tipo: ()público ()privado ()misto

Tempo de atuação _____ Carga Horária Semanal: _____ Tipo de vínculo ()efetivo ()temporário

Número de leitos: _____ Porte: ()Baixa complexidade ()Média Complexidade ()Alta complexidade

Vínculo/Local 2: Tipo: ()público ()privado ()misto

Tempo de atuação _____ Carga Horária Semanal: _____ Tipo de vínculo () efetivo () temporário

Número de leitos: _____ Porte: () Baixa complexidade () Média Complexidade () Alta complexidade

Considere as seguintes definições:

A **internação por decisão judicial** ocorre quando o município ou o Estado não possui condições ou meios de garantir uma assistência adequada ao paciente grave ou gravíssimo, em situações de urgência/emergência que representam risco à vida deste indivíduo. Nesta circunstância, ciente da gravidade do seu familiar e da necessidade de um leito em outro centro, a família recorre ao Ministério Público ou ao seu advogado para proceder ou deferir uma liminar. Esta é uma ação contra o município e o Estado encaminhada à Central de Leitos do Estado, buscando um leito de UTI (SANTOS, 2009).

Em relação aos dilemas e problemas éticos, é comum entre os dois a percepção do profissional que importantes valores morais estão em choque, diante das diferentes possibilidades de tomadas de decisões ocorre à diferença entre o **dilema** que se caracteriza por dois cursos distintos a seguir, porém com uma única opção de escolha, sem que nenhuma seja mais correta do que a outra. Enquanto os **problemas éticos** são questões abertas em busca de uma resposta que não sabemos se seremos capazes de resolver e, muitas vezes, nem como. A solução não está presente desde o princípio e, portanto a questão não está na eleição entre duas ou mais possíveis respostas (GRACIA, 2001).

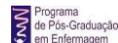
- 1 Descreva uma situação que tenha lhe marcado no sentido da importância do enfermeiro exercer o *advocacy*, através de uma experiência vivida por você.

- 2 Você considera que a internação por ordem judicial se configura mais como um problema ou como um dilema ético para o enfermeiro de UTI? Por quê?
- 3 Conforme a resposta acima, descreva algum problema ou dilema ético que você enfrenta diante da necessidade de vaga na indicação de internação por ordem judicial em UTI.
- 4 Nas situações vivenciadas por você enquanto enfermeiro que atende paciente grave necessitando de leito em UTI, quem é o familiar que consegue a internação por ordem judicial?
- 5 Em seu ponto de vista quem participa do processo de conseguir essa vaga na UTI, através da internação por ordem judicial?
- 6 Você reconhece o papel de *advocacy* como uma conduta importante da enfermagem nesse processo de conseguir uma vaga da UTI? Você acha importante a intervenção do enfermeiro nisso? Em caso afirmativo de que modo isto acontece ou pode acontecer?
- 7 Você conhece como ocorre o processo de conseguir uma ordem judicial? O que você faria se estivesse no lugar do enfermeiro que está lá na emergência, na unidade de internação?
- 8 O que você pensa sobre quais as consequências da internação por ordem judicial na UTI para a prática da enfermagem. Qual a relação que você faz da internação por ordem judicial com a responsabilidade do enfermeiro?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 | Fax: +55 (48) 3721-9043 - e-mail: pen@ccs.ufsc.br |
secretariapen@ccs.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

O projeto de pesquisa intitulado: **O enfermeiro e o exercício da advocacia do paciente diante da internação por ordem judicial na terapia intensiva** é desenvolvido pela doutoranda em enfermagem **Kely Regina da Luz** (RG nº: 1082544766 - SSP/RS - CPF nº: 002.229.310-86) e faz parte de um Macroprojeto da professora e orientadora Mara Ambrosina de Oliveira Vargas. Trata-se de pesquisa em Enfermagem pelo Curso de Doutorado em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Área Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem e sob orientação da Profa. Dra. Mara Ambrosina O. Vargas (pesquisadora responsável). Trata-se de pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (863.112).

O projeto de pesquisa tem como **objetivos principais**:

- ✓ Compreender como enfermeiros intensivistas têm exercido a advocacia do paciente diante da necessidade de internação em unidade de terapia intensiva por ordem judicial, perante in/viabilidade de leito.
- ✓ Analisar os problemas e dilemas éticos vivenciados no exercício da advocacia pelos enfermeiros intensivistas nas situações que interferem na disponibilidade de leitos em terapia intensiva na perspectiva da deliberação moral.
- ✓ Relacionar a complexidade do exercício da advocacia em saúde na gestão da disponibilidade de leitos de UTI em casos de internação por ordem judicial.

Desta forma convidamos para participar da seguinte atividade: **ENTREVISTA** individual a ser marcada em data e local de sua conveniência. O registro dos dados colhidos será feito através de gravações, caso haja seu consentimento. A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa.

A pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos.

Possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal e, caso venha a ser constatado dano pessoal advindo do processo de coleta de dados (entrevista), poderá ser encaminhado para serviço de Apoio Psicológico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo, observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;
- respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- liberdade de recusa à participação total;
- amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos.

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

Eu.....
....., fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima.

Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação neste estudo e que serei entrevistado (a) por cerca de 30 a 60 minutos a respeito da minha experiência como trabalhador (a) em UTI. A entrevista será gravada e ocorrerá em um local privativo. Visto que não será remunerada a participação no estudo e que posso interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar.

Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo. Estou ciente de que receberei uma cópia deste termo de consentimento assinado.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora principal

_____, ____ de _____ de 2016.

Em caso de necessidade, contate

com: Enfa. **Kely R. da Luz.**

Endereço: Rua Santo Amaro,

19/01. Centro - Esteio/RS.

CEP: 93260-080

Telefone: (51) 9662-7390. E-mail:

kelydaluz@gmail.com