



Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC
Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas – ESAG
Mestrado Acadêmico em Administração



LUIZA MORIGGI DA SILVA

**Ética do cuidado no contexto da pandemia: um estudo sobre enfermeiros que atuam na
unidade de tratamento intensivo**

FLORIANÓPOLIS

2022

LUIZA MORIGGI DA SILVA

**ÉTICA DO CUIDADO NO CONTEXTO DA PANDEMIA: UM ESTUDO SOBRE
ENFERMEIROS QUE ATUAM NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO**

Projeto apresentado ao Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade do Estado de Santa Catarina como requisito parcial para a qualificação de tese de mestrado.

Orientador: Prof. Dr. Marcello Beckert.
Zappellini

Florianópolis, 25 de maio de 2022.

**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da
Biblioteca Setorial do ESAG/UDESC,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Silva, Luiza Moriggi da
Ética do cuidado no contexto da pandemia: um estudo sobre
enfermeiros que atuam na unidade de tratamento intensivo / Luiza
Moriggi da Silva. -- 2022.
117 p.

Orientador: Marcello Beckert. Zappellini
Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas -
ESAG, Programa de Pós-Graduação em Administração,
Florianópolis, 2022.

1. Ética do cuidado. 2. Enfermagem. 3. COVID-19. 4. Dilema
Moral. I. Beckert. Zappellini, Marcello . II. Universidade do Estado
de Santa Catarina, Centro de Ciências da Administração e
Socioeconômicas - ESAG, Programa de Pós-Graduação em
Administração. III. Título.

LUIZA MORIGGI DA SILVA

**Ética do cuidado no contexto da pandemia: um estudo sobre enfermeiros que atuam na
unidade de tratamento intensivo**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de mestre em
Administração pelo Programa de Pós-
Graduação em Administração da Escola
Superior de Administração e Gerência – Esag,
da Universidade do Estado de Santa Catarina –
Udesc.

Orientador: Prof. Dr. Marcello Beckert.
Zappellini

BANCA EXAMINADORA

Orientador: _____

Prof. Dr. Marcello Beckert. Zappellini
Universidade do Estado de Santa Catarina

Membros:

Profº. Dr. Mauricio Custodio Serafim
Universidade do Estado de Santa Catarina

Profª. Dr. Estela Najberg
Universidade Federal de Goiás

FLORIANÓPOLIS, 25 DE MAIO DE 2022.

À Luiza do futuro
caso escolha pautar as ações na ética do cuidado,
lembrará da importância da autonomia do outro e do autocuidado.

AGRADECIMENTOS

A mim, que ao longo do caminho tropecei muito e hoje consegui construir este trabalho, que não é perfeito ou incrível, mas é meu, e tenho orgulho de ter conseguido construí-lo do início ao fim.

Ao Prof. Dr. Marcello Beckert. Zappellini, sua orientação me faz acreditar que a ética do cuidado pode estar presente na pós-graduação. Obrigada por toda a assistência e principalmente e por me oferecer apoio, mesmo quando eu não me dava. Acredito que serei uma profissional melhor após sua orientação!

Agradeço também a quem me colocou no mundo: meus pais, que não mediram esforços em apoiar minha empreitada no mestrado e torceram comigo a cada conquista, existe um pedaço de vocês aqui. À Ana Cristina que, desde a época do colégio é conhecida pela forma carinhosa de lidar com o próximo, por coincidência ou não, hoje é enfermeira. Seu jeito de ser e visão de mundo me inspiraram a estudar o contexto do seu trabalho, obrigada por isso;

À Camila Dutra, esse espaço também é pra você, a forma que você me tratou ao longo do mestrado é minha meta de vida para todas as minhas amigas, foi muito importante pra mim sentir que você se importava, gratidão;

À Cinthia e Fabio Nakamura por terem estendido a mão e me ajudado antes mesmo do mestrado, seus esforços me tornaram uma administradora pública mais experiente e sou grata por isso;

Aos colegas de mestrado, que tornaram essa experiência um pouco mais leve;

À Laís Santos, suas ações não passaram despercebidas, o apoio oferecido por você ao longo do meu mestrado enquanto me encaminhavas artigos que lembravam minha dissertação e compartilhando seu relatório ainda inédito do pós-doutorado foram importantes para o avanço deste trabalho foram gestos importantes para mim.

A todos os enfermeiros que aceitaram a participar deste estudo, sou grata por abrirem espaço na vida de vocês para compartilharem suas histórias e vivências.

Aos professores que aceitaram o convite para participar da banca desta dissertação, Prof^o. Dr. Mauricio Custodio Serafim e Prof^a. Dra. Estela Najberg, pela disponibilidade e pelo tempo empregado na avaliação desta dissertação.

Aos professores do Programa de Pós-graduação da ESAG/UDESC que contribuíram na minha evolução durante o mestrado.

Ao Programa CAPES pelo apoio financeiro recebido em forma de bolsa de estudos de mestrado.

Por fim, a todos que, de alguma maneira, colaboraram com a minha formação!

“a pessoa que sabe lidar honestamente
com seus sentimentos, sem auto-
enganar-se, não precisa disfarçá-los com
ideologias e, por isso, é inofensiva às
outras. As incontáveis formas de
confusões nacionalistas mostram-nos
claramente que estamos sempre diante
da mesma loucura – cujos motivos estão
enraizados profundamente nos
sentimentos reprimidos e nas lembranças
de seus responsáveis-, que ela nada tem
em comum com considerações
racionais”

Alice Miller

RESUMO

O estudo tem como objetivo compreender a ética do cuidado em meio a pandemia, em especial no contexto dos profissionais de enfermagem diretamente envolvidos no atendimento de pacientes com Covid-19 em UTI nos hospitais de Florianópolis entre o período de março de 2020 a janeiro de 2022. Para isso, propõe-se: a) Construir arcabouço teórico voltado à ética do cuidado; b) correlacionar a ética do cuidado com situações vivenciadas pelos enfermeiros através de entrevista, com o intuito de analisar se as virtudes estavam presentes nas práticas habituais dos funcionários; c) buscar compreender qual a percepção dos profissionais da enfermagem sobre o que se trata a ética do cuidado. A pesquisa foi realizada utilizando um roteiro pré-estruturado para guiar a entrevista em profundidade, que ocorria mediante a participação voluntária dos enfermeiros contatados através da técnica de amostragem bola de neve. Ao todo foram entrevistados 19 enfermeiros e nas entrevistas utilizou-se a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2016), que resultou na elaboração de 21 categorias iniciais, partir delas desenvolveu-se outras 10 categorias intermediárias, que por sua vez influenciaram no surgimento de outras 3 categorias finais (“Contexto e condições de trabalho que influenciaram o exercício do cuidado durante a pandemia”; “Instituição e o cuidado oferecido aos seus enfermeiros”; “A ética do cuidado se materializando no contexto dos enfermeiros”). Conclui-se que, mesmo em meio ao contexto caótico da pandemia, a ética do cuidado foi adotada pelos profissionais, não só com seus pacientes e seus acompanhantes, mas também com colegas de trabalho; questões como respeito com o paciente e o reconhecimento da autonomia do paciente, identificada como como livre arbítrio, são a percepção dos profissionais que ainda se lembram sobre as aulas sobre o que se trata a ética do cuidado. A contribuição do trabalho para a academia além da construção de arcabouço teórico da ética do cuidado, está na compreensão do envolvimento da ética do cuidado em contextos extremos, com um público treinado desde a graduação a se importar com o outro.

Palavras-chave: Ética do cuidado, Enfermagem, COVID-19, Dilema Moral.

ABSTRACT

The study aims to understand the ethics of care in the midst of the pandemic, especially in the context of nursing professionals directly involved in the care of patients with Covid-19 in ICUs in hospitals in Florianópolis between the period from March 2020 to January. 2022. For this, it is proposed: a) Build a theoretical framework focused on the ethics of care; b) to correlate the ethics of care with situations experienced by nurses through interviews, in order to analyze whether the virtues were present in the employees' usual practices; c) seek to understand the perception of nursing professionals about what the ethics of care is about. The research was carried out using a pre-structured script to guide the in-depth interview, which took place through the voluntary participation of nurses contacted through the snowball sampling technique. In all, 19 nurses were interviewed and in the interviews Laurence Bardin's Content Analysis (2016) was used, which resulted in the elaboration of 21 initial categories, from which another 10 intermediate categories were developed, which in turn influenced the emergence of another 3 final categories ("Context and working conditions that influenced the exercise of care during the pandemic"; "Institution and the care offered to its nurses"; "The ethics of care materializing in the context of nurses"). Is it concluded that, even in the midst of the chaotic context of the pandemic, the ethics of care was adopted? by professionals, not only with their patients and their companions, but also with co-workers; issues such as respect for the patient and the recognition of the patient's autonomy, identified as free will, are the perception of professionals who still remember about the classes on what the ethics of care is about. The contribution of the work to the academy, in addition to the construction of a theoretical framework for the ethics of care, lies in the understanding of the involvement of the ethics of care in extreme contexts, with a public trained since graduation to care about the other.

Keywords: Ethics of care, Nursing, COVID-19, Moral Dilemma.

LISTA DE ABREVIATURAS

COFEN Conselho Federal de Enfermagem

COREN Conselho Regional de Enfermagem

CEPE Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

COVID-19 Novo coronavírus

PNSP Programa Nacional de Segurança do Paciente

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Problema de pesquisa.....	15
1.2	Pressupostos de pesquisa	20
1.3	Objetivo geral	20
1.4	Objetivos específicos	20
1.5	Justificativa.....	21
2	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	22
2.1	Liderança, virtude e dilemas morais	22
2.2	Ética do cuidado	28
2.2.1	Ética do cuidado e Virtude	45
2.3	Código de ética.....	48
2.3.1	Código de ética profissional.....	48
2.3.2	Código de ética no exercício da profissão de enfermagem	49
2.4	Saúde pública e unidade de tratamento intensivo	51
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	56
4	RESULTADOS DA PESQUISA.....	61
4.1	Contexto e condições de trabalho que influenciaram o exercício do cuidado durante a pandemia.....	63
4.2	Instituição e o cuidado oferecido aos seus enfermeiros.....	78
5.2	A ética do cuidado se materializando no contexto dos enfermeiros.....	85
5	DISCUSSÃO	93
6	CONCLUSÃO	102
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICE A – ROTEIRO PRÉ ESTRUTURADO DE ENTREVISTA	117
	APÊNDICE B – CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES...	118
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	119

1 INTRODUÇÃO

Para Aristóteles (2009) a alma é constituída de uma parte irracional e racional, a primeira constituída pela parte vegetativa, responsável pelo princípio elementar da vida, vinculada a nutrição e reprodução, além desta existe também a parte sensitiva, atrelada aos cinco sentidos do corpo humano e responsável pelo desejo. A parte da alma que se volta ao racional é compreendida como especificamente humana por ter poder de dominar os impulsos e tendências, relaciona-se com o processo de aprendizagem e por isso necessita de tempo para que se acumule experiência e crie-se o hábito.

Na prática constante de hábitos morais, baseados nas virtudes, o homem passa a ter seu caráter moldado e fortalecido, uma vez que as pessoas não nascerem virtuosas e além de o caráter não ser um atributo imposto pela natureza, sendo assim o homem possui capacidade de praticar ações baseadas nas virtudes, vivendo racionalmente e buscando o justo meio entre os extremos das paixões e das ações (ARISTÓTELES, 2009; HAVARD, 2011).

Uma vez concebida a interpretação do homem como membro da *polis*, e portanto alguém que alcança sua felicidade na coletividade política através da ação, Aristóteles (2009) ainda observa que a virtude ética está atrelada à liberdade do homem de voluntariamente agir ou não frente a situações propostas pela vida, entende-se por isso que o homem sabe suas opções e utiliza sua capacidade de discernimento e deliberação para escolher e realizar o ato apoiando-se na razão, sendo a ação moral vinculada às leis morais e racionais do contexto histórico-cultural. Neste sentido Santos *et al.* (2018a) defendem que o homem que busca agir eticamente analisa o contexto em que está inserido de forma parentética como proposto por Guerreiro Ramos.

Azevedo e Grave (2018) trazem a concepção aristotélica de virtude ao presente, ao questionar o que seria um administrador como agente virtuoso. A partir do método hipotético-argumentativo, os autores pontuam o administrador como agente virtuoso como aquele que “guarda um quadro de virtudes que lhe são próprias e que asseguram a certeza e corretude de seus atos em seu âmbito de atuação [...]” (AZEVEDO; GRAVE. 2018, p. 166). Logo, um administrador que carrega nitidamente consigo a concepção de virtude e é virtuoso ao lidar com as atividades intrínsecas à sua função, tais como o processo deliberativo e decisão, frente a defesa de interesses de partes que constituem teias relacionais, será um dos responsáveis para a construção de uma sociedade plural e justa.

Ao olharem para gestores públicos, Santos, Serafim e Lorenzi (2018) defendem que eles utilizam suas avaliações morais e pessoais no processo de decisão, apoiando-se sobre uma base

de deliberação ética, todavia, neste processo os gestores de organização pública deparam-se com conflitos e tensões morais as quais precisam ser superadas.

Santos, Serafim e Lorenzi (2018) citam R. B. Denhardt (2012), que pontua os dilemas como dualidades tensionadas entre fatos e valores; eficiência e equidade; hierarquia e participação. Segundo Villoria (2007), os conflitos enfrentados pelo gestor público permeiam valores organizacionais e valores econômicos; entre os próprios valores econômicos; entre valores políticos e organizacionais; entre valores organizacionais. Nesse sentido, Santos (2019) assinala que o processo de assimilação e superação de conflitos e tensões seguindo um conjunto de valores em questão para uma ação moral é chamado de dilema moral.

A temática do dilema moral é trazida neste trabalho por sua contribuição à temática da liderança, constatada na revisão sistemática a respeito de dilemas morais na administração pública realizada por Santos, Serafim e Lorenzi (2018), os quais observaram que, em alguns trabalhos, a liderança é vista como um importante aspecto no enfrentamento e resolução dos dilemas morais que surgem nas organizações, isso porque um sistema que possui valores éticos depende do líder, do exemplo que o mesmo passou e de sua gestão, além é claro, da cultura organizacional. Os mesmos autores também citam o trabalho de Posner e Schmidt (1987), que a partir de um estudo empírico observaram que nas organizações as decisões críticas por vezes são tomadas através de componentes subjetivos como intuição e palpites, o que demanda dos gestores, que enfrentam dilemas morais, consistência para o julgamento moral assim como uma clara visão dos valores fundamentais presentes na organização que representa.

Após um semestre cursando uma cadeira de ética na pós-graduação me senti instigada a pesquisar sobre a ética do cuidado, em grande parte por sentir que esta linha da ética me trazia recursos para lidar com dilemas que outras correntes éticas visitadas conseguiram me entregar (veja, não é uma falha dessas outras éticas, seus recursos que não entraram no meu coração e mente).

A temática desta pesquisa me encontrou enquanto conversava com uma amiga enfermeira, a qual mais tarde refleti que sempre a vi agindo da forma empática, preocupando-se com o bem-estar dos outros, a mesma contou várias desventuras vividas por ela em meio a pandemia, sendo apontado diversos pontos de falta de organização e planejamento, desalinhamento de objetivos e comunicação além de uma chefia que não exercia de fato uma liderança. Com isso em mente comecei a questionar-me sobre os impactos sofridos pelos enfermeiros ao longo da pandemia, se aquela situação de má gestão era restrita àquele hospital ou se outras instituições tratavam seus funcionários da mesma maneira; as chefias e lideranças desses outros locais estão cuidando desses funcionários que desempenham um papel tão

importante dentro da instituição de saúde? Será que em outras instituições os enfermeiros também ignoravam a quarentena e iam para festas clandestinas? Que ética guiava esses profissionais?

Concluí que o Covid-19 estava servindo como grande exemplo para a discussão sobre o papel da liderança e da ética que rege a atuação pelas equipes de saúde em meio aos dilemas éticos e morais enfrentados (GREENBERG *et al.*, 2020; CHAN; BERG; NADKARNI, 2020; MAZANEC, 2020). Instigada pelo o interesse em compreender o fenômeno da ética do cuidado em meio à uma crise pandêmica, onde os profissionais de enfermagem, não só enfrentam dilemas morais enquanto atuam na sua profissão como também, diante da pandemia da Covid-19, necessitam lidar com condições de trabalho desfavoráveis no Brasil, sendo alguns dos fatores o déficit de profissionais, sobrecarga de atividades, baixa remuneração e equipamentos de proteção individual, muitas vezes, insuficientes e inadequados, condições essas que podem levar à exaustão e ao adoecimento.

1.1 Problema de pesquisa

Em dezembro de 2019, a *World Health Organization* (WHO) foi notificada sobre um surto de pneumonia vinculado a um mercado atacadista de frutos do mar, na cidade de Wuhan, província de Hubei, República Popular da China, a partir das amostras destes pacientes foi possível constatar um coronavírus anteriormente desconhecido agora intitulado SARS-CoV-2. (ZHU *et al.*, 2020) ou *COVID-19*.

A resposta do Brasil à situação ocorreu antes mesmo dos primeiros casos locais, confirmados em dois homens que haviam retornado de viagem do exterior em 26 de fevereiro de 2020 (CRODA; GARCIA, 2020), com a mobilização da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, o acionamento dos Pontos Focais Nacionais do Regulamento Sanitário Internacional da Organização mundial da Saúde, envolvimento do Comitê de Monitoramento de Eventos e o Centro de Operações de Emergência do Ministério da Saúde, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, sendo anunciado pelo Ministério da Saúde em 30 de janeiro a abertura de processo de licitação para alocar mil leitos adicionais nos hospitais de referência indicados pelos estados, para atender a possíveis casos de *COVID-19* (ROSA; POSENATO, 2020).

Segundo Peter *et al.* (2022) apesar da ética do cuidado estar presente nas políticas de saúde buscando atender às necessidades da população, os enfermeiros que estavam na linha de

frente não estavam em condições de fazer escolhas de quais medidas de saúde pública seriam ou deixariam de ser implementadas, não cabendo-lhes lidar de forma distante e impessoal a nível organizacional ou de mero telespectador o impacto de decisões individuais, da própria administração pública e da própria gestão dos hospitais em que atuava. Assim como na ética do cuidado de Gilligan (1977) em que o mundo moral se porta de forma diferente quando se depara com preocupações que envolvem pessoas próximas em detrimento as que estão distante, o impacto moral dessas políticas foi vivenciado por esses profissionais na proximidade com os pacientes e familiares, por vezes colocavam precisavam decidir entre motivações morais versus regras e princípios abstratos articulados politicamente para guiar suas ações.

Greenberg *et al.* (2020) apontam a importância da ação dos “gerentes de saúde” frente aos desafios enfrentados por assistentes de saúde durante a pandemia *Covid-19*, uma vez que eles se deparam ou podem a vir a se deparar com situações que violam seu código moral ou ético. Nesse artigo são pontuados alguns exemplos desses dilemas, tais como a alocação de recursos escassos para pacientes igualmente necessitados, funcionários da saúde que ficam entre o dilema de equilibrar suas próprias necessidades de saúde física e mental com as dos pacientes, assim como fornecer cuidados para todos os pacientes gravemente indispostos com recursos limitados ou inadequados. Segundo os autores, essas situações apontadas podem causar danos morais ou problemas de saúde mental nos assistentes de saúde, sendo não só importante como necessário que os gerentes sejam francos sobre as situações que a equipe provavelmente enfrentará e que tomem medidas proativas para proteger o bem-estar mental da equipe.

Em contextos como o de pandemias destaca-se um ambiente de incertezas no processo de diagnóstico, além de implicações psicológicas, como sintomas de depressão, ansiedade e estresse, seja na população em quarentena ou com os profissionais da saúde (TEIXEIRA, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2020; GREENBERG *et al.*, 2020). Além disso, o cenário de enfrentamento do *Covid-19* conta com a capacidade estatal de fazer frente à pandemia particularmente desafiadora devido “[...] à rigidez dos arranjos institucionais aos quais está submetida, às limitações orçamentárias, à inflexibilidade das políticas de remuneração e à oferta, tempestiva, de mão de obra capacitada.” (LOPEZ *et al.*, 2020, p. 7).

Uma revisão integrativa dos desafios da enfermagem brasileira frente à *Covid-19* em 2020 resultou em 5 frentes enfrentadas na saúde pública, a saber:

I) O déficit de profissionais de enfermagem, resultado não só do afastamento tanto de profissionais de grupo de risco assim como daqueles acometidos pela *Covid-19* no exercício

da profissão, como também devido ao aumento crescente e contínuo das demandas, ocasionando uma sobrecarga no sistema de saúde;

II) A falta de equipamentos de proteção individual, que pode ser observado em outros países também, porém no Brasil o fato não está atrelado só a grande parte dos EPI consumidos no Brasil terem origem da indústria chinesa, o que demonstra uma grande dependência, mas também a falta de mobilização de uma política de Estado de forma que a indústria nacional responda a demanda diferente de um grande aumento de preços e desabastecimento de mercado;

III) Por ser um vírus recente e ainda em processo de estudo existe a dificuldade frente às mudanças de protocolo no enfrentamento da *Covid-19* não só pela constante pesquisa, mas também pela necessidade de capacitação do grupo de trabalho;

IV) Agravos à saúde mental, por diferentes motivos, seja por consequência do medo de adoecer em decorrência do Covid devido ao constante convívio e contato com pacientes, seja pelo afastamento do indivíduo de entes queridos por compreender o risco de lhes passar o vírus, todos esses fatores somados à carga de trabalho diária são fatores que contribuem para dores emocionais e o possível desenvolvimento da síndrome de Burnout; e, por último,

V) A formação e atuação de novos profissionais da enfermagem. Ponto abordado devido a inserção de recém-formados em um contexto de pandemia e crise no setor de saúde, onde o somatório de pouca experiência, somado a insegurança no desenvolvimento de suas habilidades resultou em um primeiro contato marcante com a profissão (AMORIM *et al.*, 2021; MEDEIROS, 2020).

Segundo o Cofen (2020), em maio de 2020 o Brasil era o país com mais mortes de enfermeiros por *Covid-19* no mundo; Chade (2020) noticiou no mesmo mês que a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmava ser a América do Sul o novo epicentro da pandemia no mundo, sendo o Brasil o país mais afetado na região. Esta realidade não estava muito longe da capital de Santa Catarina. Em abril, Florianópolis era proporcionalmente a quarta capital brasileira com mais casos de *Covid-19* a cada 100 mil habitantes (PARAIZO, 2020), segundo *tweet* do prefeito Gean Loureiro (2020); na semana do dia dezoito de julho a ocupação de leitos por pacientes de *Covid-19* estava em 94%; Simon (2020) noticiou no início de agosto que um hospital da região parou de receber pacientes na emergência por falta de insumo.

No dia 15/8/2020, o jornal ND Notícias (2020) divulgou que desde a primeira morte por *Covid-19* em Florianópolis, em abril, acumula-se noventa óbitos pelo novo vírus, segundo o jornal, com base na gerência de vigilância epidemiológica, ao todo, eram 9.006 casos confirmados na Capital. Em 7/9/2020, o site do Governo de Santa Catarina (2020), anunciou a

confirmação de 189.477 pacientes infectados pelo novo coronavírus, sendo a taxa de letalidade de 1,28%. Florianópolis ocupa o segundo lugar do estado de Santa Catarina com maior número de casos (11.647), sendo também a segunda cidade com o maior número de óbitos do estado (123) pelo *Covid-19*. Em 17/11/2020 o Estadão (2021) anuncia o alerta gravíssimo em Florianópolis, com as UTI com mais de 90% de ocupação, a situação é descrita como à beira do colapso e o seu pior momento da pandemia até o momento.

O jornal G1 (2021) informou em 01/05/2021 que Florianópolis se encontrava em nível grave no mapa de risco da Covid em Santa Catarina. Em 30/12/2021 o jornal NSCTotal (2021) tinha em sua manchete a confirmação de transmissão comunitária da variante Ômicron do coronavírus e Santa Catarina confirmada. Em 12/01/2022 o jornal G1 noticia o afastamento de 300 servidores de saúde de Florianópolis afastados por causa da *Covid-19*, estando o secretário de Saúde do município, Carlos Alberto Justo da Silva, ciente que a falta de servidores prejudica o atendimento abriu-se um processo para contratação de 280 profissionais da saúde, entre eles médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem no formato de contrato temporário de três meses renováveis por mais três.

Freire *et al.* (2021) lançam um estudo documental, utilizando com base *sites* de notícias de alcance nacionais e internacionais, telejornais, programa de rádio, imprensa escrita e também pelo acompanhamento de demandas atendidas pela Assessoria de Comunicação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); segundo os autores a enfermagem vivencia a inexistência de uma política salarial, o que pode ser confirmado na página da Câmara Legislativa que em fevereiro de 2022 noticiou que está em trâmite o projeto de lei que institui o piso salarial dos profissionais de enfermagem. Além da precarização salarial que incentiva duplas jornadas de trabalho, outras questões também são colocadas em foco nas notícias, como a dificuldade de acesso ou escassez de EPI, e em seguida sendo observado aumento de matérias que destacavam o avanço da doença e mortes de profissionais. Fatores de atenção para as instituições e chefias que assumem a liderança no contexto da saúde pública, uma vez que segundo Peter *et al.* (2022) a falta de cuidado e atenção com os enfermeiros, afeta diretamente o cuidado com os pacientes.

O protagonismo político de profissional da Enfermagem pode ser notado em algumas ações dos profissionais, seja no envio de carta pedindo o fim da circulação de *fake news* sobre coronavírus (HALLAL, 2020); a criação pelo Conselho Federal de Enfermagem de um comitê de crise para tratar do *Covid-19* (EVARISTO, 2020); COFEN defendendo melhores condições de trabalho para enfermeiros (NASCIMENTO, 2020); assim como utilizar o destaque momentâneo da categoria para retomar a luta no Congresso pela regulamentação de um piso salarial nacional (BERGAMO, 2020).

Segundo o presidente do COFEN (NASCIMENTO, 2020), a importância do SUS no atendimento da população tem sido visível, no entanto as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem durante a Pandemia da *Covid-19* foram abordadas não só cientificamente (SOARES; PEDUZZI; COSTA, 2020; MIRANDA, 2020; BACKES *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2021), mas também foram vinculadas a jornais digitais, televisão e revistas. Segundo estudo documental de Freire *et al.* (2021), entre 16 março e 31 de maio de 2020, que chegou ao total de 136 reportagens de grandes veículos de comunicação, tais como: BBC, CNN, UOL, REDE TV, IstoÉ, Rede Globo Fantástico, El País, Globo News, Jornal da Band, Rede Record Fala Brasil, ABC News, UOL, *The Guardian*, G1, SBT, Marie Claire, neles questões como Condições de Trabalho dos Profissionais de Enfermagem, a Vulnerabilidade, Adoecimento e Morte de Profissionais de Enfermagem, durante a Pandemia da *Covid-19* foram elencados, assim como o protagonismo político dos profissionais. O compilado de matérias fortaleceu as denúncias ao público quanto a insuficiência de EPI a época, jogando luz nas fragilidades do sistema de saúde (público e privado).

Conforme a Lei nº7498/86 sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, é privativo/exclusivo ao enfermeiro a direção, a chefia de serviço ou unidade de enfermagem, a organização e direção dos serviços de enfermagem e as atividades técnicas e auxiliares envolvidas nesse processo, além disso o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem são responsabilidades exclusivas dos enfermeiros. Por fim, cabe ressaltar para este trabalho que é atribuição privativa do enfermeiro os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, como é o caso do *Covid-19*.

Em 2020 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2020) publica nota técnica em resposta à Consulta Pública 753/2019 proposta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autarquia de regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde conforme Lei nº 9.782/99. A proposta trazida pela ANVISA era alterar a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 7 (BRASIL, 2010), em especial nos requisitos mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Uma das críticas do COFEN (2020) pauta-se no fato da unidade de tratamento intensivo em geral recebe pacientes extremamente debilitados, em iminente risco de morte, demandando não só uma elevada carga de trabalho de alta complexidade, mas também exigindo alta competência técnica científica para adoção de decisões imediatas que afetarão diretamente a vida ou a morte do indivíduo. Ao propor a alteração do artigo 14 do RDC, que trata sobre o número mínimo de profissionais da equipe de UTI, que desde 2010 está fixado o número

mínimo de um enfermeiro assistencial para cada oito leitos ou fração, em cada turno, a consulta pública da ANVISA falhou em perceber que a ausência de equipe mínima na RDC pode tornar a norma sem eficácia e caso seja adotada, pode colocar em risco a população atendida nas UTI.

Ao continuar fomentando a prestação de cuidado com a maior qualidade possível aos pacientes, mesmo em meio a série de desafios que dificultam a atuação dos enfermeiros, cabe refletir se existe a presença de virtudes e da própria ética do cuidado que guiam esses profissionais em meio a pandemia. No que se refere a fatores externos, o questionamento que fica é se a liderança desses enfermeiros carrega consigo não só as responsabilidades gerenciais voltadas à eficácia, mas se também é sensível aos valores e aos dilemas morais enfrentados por seus liderados, reconhecendo sua importância e cuidado dos mesmos que lhe estão próximos e também precisam de assistência.

1.2 Pressupostos de pesquisa

Compreendendo que enfermeiros que se encontram na linha de frente no combate do *Covid-19* têm que lidar com circunstâncias que colocam a prova não só a sua saúde, mas também seus valores, pressupõe-se que a ética do cuidado seja uma área da ética e da moral que continua servindo como exemplo e atue como ordenador de como agir moralmente e que a liderança dos profissionais de enfermagem que trabalharam diretamente com pacientes acometidos por *Covid-19* seja sensível às dificuldades encontradas pela sua equipe.

1.3 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo é compreender a ética do cuidado em meio a pandemia, em especial no contexto do exercício da profissão de enfermagem diretamente envolvidos no atendimento de pacientes com *Covid-19* em UTI nos hospitais de Florianópolis entre o período de período de março de 2020 a janeiro de 2022

1.4 Objetivos específicos

- a) Analisar se as virtudes estão presentes nas práticas habituais dos funcionários
- b) Correlacionar a ética do cuidado, com destaque específico nas correntes de Gilligan, Noddings e Tronto, e as situações vivenciadas pelos enfermeiros.

c) Buscar compreender qual a percepção dos profissionais da enfermagem sobre do que se trata a ética do cuidado

1.5 Justificativa

Com o intuito de compreender o fenômeno da ética do cuidado e esclarecer se existiram lideranças que foram capazes de oferecer apoio em meio à uma crise pandêmica, onde os profissionais de enfermagem encaram a necessidade tomar decisões enfrentando dilemas morais; prestar cuidados sem condições ambientais condizentes com as necessidades; com racionamento de equipamentos de proteção individual (EPIs) que por vezes não possuíam qualidade adequadas; atuar no cuidado do pacientes mesmo com equipe de UTI reduzida; continuar trabalhando mesmo com medo pela sua saúde e de seus familiares. (AMORIM *et al.*, 2021; MEDEIROS, 2020).

A escolha específica das instituições de saúde dá-se pela intenção de investigar sob o olhar dos enfermeiros, a realidade dos hospitais de Florianópolis, verificando a presença de lideranças que demonstrem sinal de zelo pela saúde, pelo bem-estar e pela segurança dos seus liderados, além de investigar de que maneira os enfermeiros percebem suas motivações e ações no exercício do trabalho aqui em Florianópolis, buscando compreender se é a moral e virtude um dos fatores que os guia, também verificando se aqueles que guiam suas ações pelas virtudes conseguem enfrentar os dilemas morais que surgem e posteriormente elaborar mentalmente os fatos de forma a não comprometer sua saúde mental e por último explorar se em meio a pandemia as lideranças da instituição conseguiram apoiar os enfermeiros enquanto os mesmos tinham que lidar com todos os fatores citados anteriormente

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção apresenta-se os conceitos teóricos que embasam o estudo. Salienta-se que, dada a riqueza do tema, não se pode objetivar a um desenvolvimento completo da teoria, dando-se destaque para o que embasa as análises de dados.

2.1 Liderança, virtude e dilemas morais

Para Bergamini (1994) a liderança tem sido investigada há muito tempo, sendo a “República” de Platão um dos primeiros exemplos do interesse sobre o tema, uma vez que continha preocupações relativas à educação e treinamento dos líderes políticos de forma adequada, sendo a liderança algo de forte efeito tanto para os líderes quanto para os liderados. Destaca-se no artigo também a observação de que o termo apresenta as mais variadas interpretações, até porque os pesquisadores definem liderança a partir de uma perspectiva individual “ressaltando aquele aspecto do fenômeno que lhes pareça mais significativo” (BERGAMINI, 1994, p. 103). A autora aponta dois aspectos presentes na maioria dos artigos a época, sendo o primeiro: a liderança como ligado a algo que envolve duas ou mais pessoas e em segundo aspecto é o fato de a liderança ser um processo de influência intencional dos líderes sobre seus liderados.

Para completar sua visão sobre o tema, Bergamini (1994) traz o conceito de Hollander (1978) ao acrescentar uma abordagem que considera a liderança como algo que requer esforços e cooperação por parte dos liderados, reconhecendo um sistema de influência mútuo, onde o líder não é apenas alguém com o cargo, mas também aquele que inicia as ações e que consegue sensibilizar seu grupo para tal movimento.

Bergamini (1994) e Rodrigues, Ferreira e Mourão (2013) abordam a temática de liderança revisitando as teorias que buscaram a entender esta questão, sendo elas: a teoria com base nos traços (desenvolvida entre 1904 e 1948, onde o cerne da liderança está nas características e atributos pessoais, físicos, intelectuais e socioculturais do Líder, sendo considerada inata), as teorias comportamentais (criada no contexto de pós-guerra nos Estados Unidos, perto do início da década de 50, com enfoque na eficiência do líder, como o mesmo deve agir; neste ponto a liderança passa a ser vista como algo que pode ser aprendido), as teorias contingenciais ou situacionais (que veio defender que um estilo de liderança pode ser eficaz para uma circunstância e não para outra, destacando assim a necessidade dos líderes de se adaptarem) e por fim as teorias processuais (voltada ao modo que as relações entre líderes e subordinados se desenvolvem, levando em consideração a reciprocidade) sendo a liderança

transformacional um grande exemplo deste último modelo. Por fim os autores concordam que essas teorias não estão ao todo erradas, pelo contrário, elas se complementam na construção dos aspectos da liderança uma vez que ainda não se chegou na construção de um conceito universal sobre liderança.

Bergamini (1994) aponta que o conceito de liderança como sinônimo de motivação uma vez que a eficácia do líder está atrelada a construção de sentido que ele é capaz de construir para as equipes a respeito das tarefas desempenhadas. Atwijuka e Caldwell (2017) trazem como atributos de uma liderança autêntica o estabelecimento de relacionamento significativos, demonstrando comprometimento, autoconsciência com os outros e compromisso moral, que reflete a integridade pessoal, um elemento importante para a confiabilidade, com isso constroem a perspectiva de que a moral da liderança autêntica está naturalmente alinhada a ética do cuidado.

Para Knodel (2009), ao estudar sobre administração em enfermagem, pode-se compreender a liderança de modo geral como ligada à capacidade de definir uma visão e orientar indivíduos e grupos em direção a essa visão, buscando manter um trabalho de equipe que promova o grupo, o comprometimento e a eficácia

Lourenço e Trevizan (2001) ao realizarem o estudo sobre líderes da enfermagem brasileira concluem que o líder deve apresentar características de personalidade tais quais: possuir flexibilidade, saber ouvir, apoiar o grupo, e atuar como facilitador do processo. Moura *et al.* (2013), ao estudarem sobre a expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança, destacaram a necessidade de uma visão ampla e sistêmica das peculiaridades da profissão por parte do líder, justificada pela influência direta formulação de estratégias adequadas ao contexto dos profissionais, também deve apresentar determinadas características, sendo elas: a habilidade interpessoal, capacidade de tomar decisões, a criatividade, flexibilidade e criatividade, além de facilitador do processo de desenvolvimento de trabalho

Knodel (2009) observa que poucos estudantes têm como objetivo de carreira a liderança em sua área acadêmica. Na enfermagem a liderança representa um instrumento gerencial indispensável, pois se encontra tangenciando a rede das relações humanas do enfermeiro ao coordenar uma equipe de trabalho, além de contribuir na tomada de decisões e no enfrentamento de conflito, apesar disso as instituições de ensino superior e a instituição hospitalar estão deixando lacunas relacionadas respectivamente a formação de enfermeiros-líderes e seu papel e na educação permanente de enfermeiros-líderes no âmbito hospitalar (AMESTOY, 2010).

Dentre as competências instituídas nas Diretrizes Curriculares, necessárias para o exercício da enfermagem, destaca-se: a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação,

administração e gerenciamento, educação permanente e liderança. Segundo a resolução nº3/2001, do Ministério da educação (2011) a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento, educação permanente e liderança são competências que se destacam nas diretrizes curriculares necessárias para o exercício da profissão. Para Knodel (2009) as pessoas que se tornam líderes de enfermagem tendem a ter duas qualidades: além de serem clínicos excelentes, também costumam ser mentores naturais e guias informais de opinião para seus pares, mas por vezes encontram dificuldades em transferir a capacidade da liderança informal para a liderança formal.

Desenvolvido em equipe, o trabalho em enfermagem demanda a percepção da importância do processo de liderança assim como de aprendizado contínuo e dinâmico capaz de guiar as pessoas resultando em entusiasmos e atingimento de objetivos em comum, para tanto a equipe espera que os futuros chefes de enfermagem tenham habilidades para liderá-los e que proporcione um ambiente favorável ao trabalho (MOURA *et al.*, 2013). Nos estudos de Moura *et al.*, (2010) no processo consultivo para a escolha de chefia de enfermagem o termo Liderança foi a palavra que mais frequentemente surgiu na pesquisa, cabendo ressaltar que o próprio artigo reconhece que nem todo chefe é líder, sendo o primeiro remetido à ocupação de cargo e o segundo ligado aos comportamentos e às atitudes que revelam se o profissional de fato ocupa posição de liderança. No caso de enfermeiros em cargo de chefia/gerência é preciso levar em conta o papel de dupla representação que recai sobre eles, em que de um lado, lidam com necessidades e expectativas do grupo de trabalho sob sua coordenação, e, por outro lado deparam-se com necessidades e expectativas que são demandadas pela própria instituição em prol dos objetivos organizacionais. Essa situação resulta no desafio de gerenciar unidades de serviços de saúde poia repercussões entre esses trabalhadores da linha de frente que, em meio às dificuldades do cotidiano, passam a confrontar a liderança exercida pelo enfermeiro.

Ao analisar o desafio da liderança para o enfermeiro, Simões e Favero (2003) pontuam que a falta de conhecimentos e de experiências no trabalho, o medo de assumir riscos e incertezas somados a dificuldade em enfrentar desafios, acaba gerando o sentimento de insegurança no enfermeiro, que por sua vez pode influenciar no interesse em liderar a equipe de enfermagem. Knodel (2009) observa que o líder não tende a ser reconhecido pela descrição de como realiza seu trabalho ou por seus prêmios e formações, em vez disso, os líderes são descritos como pessoas com habilidades de autoconsciência, autogestão, com consciência social sobre a capacidade de entender e reagir às emoções dos outros e por sua habilidade de gerenciamento dos relacionamentos, inspirando, influenciando e desenvolvendo outras pessoas ao mesmo tempo que gerenciam conflitos.

Segundo Rego e Cunha (2011), uma liderança exercida de forma apaixonada é uma energia forte que pode mobilizar os líderes e suas equipes, envolvendo-os com sentimento positivo, pois lhes confere sentido ao trabalho e influencia o entusiasmo, todavia os autores alertam ao fato de que nem toda paixão é virtuosa, pois ela precisa estar acompanhada de outras virtudes como justiça e integridade, sem as quais o líder pode vir a cometer injustiças e ser desrespeitoso com seus colaboradores.

Sendo a virtude moral “o esforço para se portar bem, que define o bem nesse próprio esforço” (COMTE-SPONVILLE, 1999, p. 6), ela é vista não como inata, mas como uma disposição do espírito, cultivada pela força do hábito através do exercício da moderação, em que à medida que pratique atos justos com os outros, o homem torna-se justo (ARISTÓTELES, 2009). Segundo Rego e Cunha (2011), quando Aristóteles declara que a virtude está no meio, ele não se refere como uma mediana, mas por simbolizar o ponto mais alto entre dois extremos baixos e exemplificam essa análise com a virtude da prudência, que se afasta da imprudência, que é irresponsável, e da paralisante aversão ao risco. Segundo os autores, os líderes que buscam agir virtuosamente são mais eficazes e felizes, além de melhores promotores do bem comum e do desenvolvimento econômico e social.

Os autores Santos *et al.* (2018b), ao discutirem sobre ética na administração pública, trazem o debate sobre a deliberação ética dos líderes/gestores frente os dilemas morais enfrentados, em que eles pautam suas ações não somente em suas habilidades técnicas, mas também na capacidade do mesmo em julgar, tomar decisões e agir moralmente. O artigo também menciona o trabalho de Uhr (2015) sobre liderança prudencial, apontando a importância dos administradores públicos em buscarem conciliar as lições das éticas utilitarista, deontológica kantiana e da virtude aristotélica em um contexto de governança democrática (SANTOS *et al.*, 2018b).

O termo ética advém do grego *ethos* e significa caráter, índole natural, temperamento, sendo assim, o sujeito moral ao praticar a ação ética o faz consciente de sua intencionalidade para com o outro, uma vez que é capaz de distinguir entre o bem e consegue deliberar por reconhecer a fronteira entre justo e o injusto (BOTO, 2001).

A conduta e o *ethos* da virtude representariam, fundamentalmente, o afastamento humano da irracionalidade das paixões, do domínio dos desejos e das pulsões. A conduta virtuosa e o *ethos* da ‘vida boa’ pautar-se-iam pela perseverança quanto à retidão do agir e pela cautela perante as infortunas do acaso. (BOTO, 2001, p. 129).

Em um mundo de incertezas as virtudes atuam como âncora, os líderes frequentemente deparam-se com problemas em que não é possível determinar o modo mais apropriado de

resolvê-los, o que torna o processo de enfrentamento incerto e complexo (REGO; CUNHA, 2011).

Segundo Boin, Kuipers e Overdijk (2013), em tempos de crise evocam-se avaliações coletivas, construídas de forma rápida e superficial pelo público sobre o que percebem do desempenho da liderança pública, sendo o veredicto exposto em uma narrativa que aponta heróis e culpados. Segundo os autores, essa análise superficial e a caça de culpados não trazem o veredicto mais importante, que é a capacidades de gestão de crises de uma sociedade. Embora o desempenho simbólico seja importante pelo potencial de despertar do público, ele não é a única dimensão de desempenho pela qual deve-se avaliar a liderança em contextos de crise, além disso, apesar da pressa em julgar culpados parecer reforça a importância da liderança em crises destaca-se também o seu potencial de piorar uma crise ao ignorar ameaças iminentes, tomando decisões ruins ou portando-se de maneira que sugere descaso.

De acordo com Hermann, “Na literatura de gestão de crise, o termo crise tem sido usado há muito tempo para descrever um evento ou problema que ameaça os valores de alta prioridade da organização, (2) apresenta um período de tempo restrito em que uma resposta pode ser dada, e (3) é inesperado ou imprevisto pela organização.” (1963, p. 64 *apud* WART; MONTGOMERY; KAPUCU, 2011, p. 491).

O termo "crise" é onipresente quando se debate a atual pandemia de vírus *Covid-19* (BRINKS; VERENA; IBERT, 2020), devido a um grande fluxo de pacientes em UTIs e uma disponibilidade de oferta que não consegue acompanhar a demanda, os enfermeiros que atuaram nesse contexto têm enfrentado dilemas éticos e morais (GREENBERG *et al.*, 2020; CHAN; BERG; NADKARNI, 2020; MAZANEC, 2020), sendo tais caracterizados como por

vivência de uma tensão entre os possíveis caminhos de ação moral na busca pela melhor decisão em determinada circunstância, sendo a circunstância vista pela perspectiva daquele que interage com o dilema moral. Entre suas características, estão: “(a) ser uma situação complexa, (b) criada pelo conflito de múltiplas obrigações e/ou interesses – considerados certos – que poderiam ser exercidos isoladamente, (c) porém, em dado contexto, somente um curso de ação pode ser escolhido [...]” (SANTOS, 2019, p. 52).

Mazanec (2020) aponta que em um contexto de pandemia os enfermeiros têm a obrigação de fornecer um bom gerenciamento de sintomas para todos os pacientes, mesmo que, em alguns casos, no processo de triagem possa ser negado acesso a algumas terapias potencialmente salvadoras, haja a possibilidade de as famílias perderem a oportunidade de se envolver na tomada de decisão quanto ao enfermo e, por fim, os pacientes podem ser forçados a morrer sozinhos. O excesso de carga horária e a limitação de recursos e suprimentos são destacados pela autora como alguns dos estresses enfrentados pelos profissionais da linha de

frente, que não são poucos, “Existem aproximadamente 28 milhões de enfermeiras trabalhando em todo o globo, constituindo aproximadamente 59% do setor de saúde e prestando até 90% dos serviços de cuidados.” (ROSA *et al.*, 2020, p. 261).

Chan, Berg e Nadkarni (2020), ao falarem sobre a medicina dos Estados Unidos, concebem-na em uma estrutura ética deontológica em vez de utilitarista, todavia, ao encarar uma situação em que dois pacientes com necessidades iguais necessitam de assistência, mas há recursos insuficientes para cuidar de ambos, o sofrimento moral está presente para o profissional da saúde na escolha de qual dos pacientes receberá cuidados que salvarão sua vida, sendo o resultado para o segundo a certeza da morte. Segundo os autores, o utilitarismo foi a base ética de alguns governos como Itália e Estados Unidos que optaram por recomendar ao corpo médico a restrição/acionamento de respiradores e leitos, respectivamente para maximizar o benefício de recursos limitados que também afetou os profissionais da área da saúde por fornecer uma certa proteção contra a angústia moral em momentos de decisão quanto ao tratamento dos pacientes.

Greenberg *et al.* (2020, p. 1), ao analisarem os dilemas morais dos profissionais da saúde, adotam o termo originalmente militar “Lesão moral”, interpretado como sofrimento psicológico resultante de ações ou inação que violam o código moral ou ético desses profissionais, elencando potenciais lesões que possam vir a ser enfrentadas, tais como:

Voltando para casa de um turno e ouvindo sobre a piora grave dos resultados de saúde na unidade em que você estava trabalhando;
Ter que escolher qual dos dois pacientes igualmente enfermos recebe cuidados específicos, um dos quais não sobrevive, pela indisponibilidade de equipamentos de saúde;
Dar ordens clínicas ou estabelecer protocolos que resultem na morte de colegas ou pacientes;
Responder agudamente em emergências médicas e causar danos ou morte de pacientes, conscientemente, mas sem alternativas, ou não intencionalmente;
Sentir-se desanimado porque está trabalhando com recursos ou pessoal insuficientes, especialmente quando percebe que isso é evitável.

Santos (2019) afirma que a partir da década de 1960 iniciou-se o debate sobre os dilemas morais, à luz da tese sentimentalista, que concebia não só os dilemas em si mesmos, mas também as evidências deixadas como o que chamam de “resquícios emocionais” no agente após o processo decisório por um dos caminhos possíveis, sendo compreendida como uma experiência existencial construída a partir da manifestação da tensão existencial ética enfrentada pelo indivíduo. Greenberg *et al.* (2020) referem-se a esse processo como potenciais lesões morais, com suscetível comprometimento da saúde mental dos funcionários da saúde, que vão desde a depressão ao transtorno de estresse pós-traumático e até mesmo ideação suicida; os autores apontam como necessário a utilização de mecanismos que mitiguem os

efeitos morais negativos aos profissionais da saúde, utilizando de comunicação clara e franca, sem falsas garantias ou eufemismos, sobre os dilemas morais que enfrentarão durante a pandemia do *Covid-19*.

Tal postura clara e franca estaria presente no comportamento do líder que se apoia nas virtudes. Rego e Cunha (2011) apontam que o líder, ao atuar com humanidade sem se esquecer de levar em consideração a generosidade e sensatez, expressa atenção, afeição e zelo pelos outros, promovendo um clima de confiança em que os membros da equipe experimentam segurança psicológica para tomarem iniciativa, serem criativos, e assumirem os erros e aprenderem com eles.

2.2 Ética do cuidado

Tratar sobre a ética do cuidado é assumir um ponto de partida neste estudo, seja pelos trabalhos de Gilligan em 1982, ou por Reich (1995), que traz consigo o cunho histórico do que se entende por cuidado; inclusive, Reich (1995) ressalta que antes de Gilligan quase não se falava sobre uma “ética do cuidado”, sendo a própria palavra “cuidado” um conceito que não emergiu na história da ética ocidental antes de 1982, diferentemente de conceitos como de liberdade, justiça e amor. A partir de fontes literárias, mitológicas e filosóficas, o autor chegou à raiz da palavra cuidado, que significava “cura” no latim antigo e carregava consigo uma ambiguidade conflitante em seu significado fundamental: se por um lado significava preocupação e problemas, no sentido de preocupação oriunda do envolvimento com o outro por parte da pessoa que cuida, passível de sobrecarga por assumir tais cuidados, tornando para si um fardo, por outro lado cuidar é visto como solicitude, voltava-se a consciência atenta, devoção, por estar conectada ao intuito de prover o bem-estar do outro.

Há também outra origem para a palavra “cuidado” derivada de “*cogitare-cogitatus*”, atrelando o significado de cogitar a pensar no outro, revelando uma atitude de desvelo e de preocupação para com o outro (BOFF, 2004). Nascido pouco antes da era cristã, o filósofo Seneca (4 a. C. – 65 d. C.) teria escrito sobre o cuidado com conotação de solicitude, atenção, consciência e devoção em seu trabalho, vendo esse conceito como uma chave para o processo de se tornar verdadeiramente humano. A fábula-mito greco-romana escrita em latim por Hyginus, no final da era pré-cristã deu forma à ideia de cuidado na literatura, filosofia, psicologia e ética ao longo dos séculos, ao retratá-lo como algo que une e sustenta os indivíduos em sociedade; a fábula tem seu mérito na história por contribuir na compreensão do sentido das

experiências humanas, assim como as passagens bíblicas que também podem ser citadas, tais como Mateus 11:28-30 e Mateus 6:25-34 como antigas referências ao cuidado (REICH, 1995).

O arcabouço teórico referente ao cuidado também conta com a prática na história em “*cura animarum*” ou cuidado das almas, referindo-se ao cuidado/atos de ajuda dirigidos para a cura de uma ou várias pessoas com dificuldades, sejam espirituais, mentais ou físicas, podendo ser abordadas em contextos religiosos ou não, cabendo a quem cuida, estar atento às necessidades de cada doente. Gregório (540 – 604), que foi Papa entre os anos de 590 e 604, apontou que o guia das almas deve compadecer-se para com os outros, com habilidades de observação e perspicácia como o médico do corpo. O filósofo dinamarquês Sören Kierkegaard (1813 – 1855) está elencado na literatura de cuidado da alma por oferecer percepções profundas de cunho psicológico e subjetivo a respeito da experiência de cuidar do outro, ser cuidado e se cuidar para então conseguir cuidar do próximo. Já no século XX, o filósofo alemão Martin Heidegger (1889 – 1976) tem seu papel na linha histórica ao demonstrar interesse em abordar o cuidado como ideia central na compreensão do significado do eu humano (REICH, 1995).

Ao citar o livro “Introducing Philosophy: A Text with Readings” de Solomon, Reich (1995), o fundador e diretor do projeto voltado à história do cuidado, traz a concepção da palavra **simpatia** como derivada da palavra grega *sympatheia*, que significa “feeling with”, podendo ser interpretada como uma preocupação sentida com o bem-estar de outra do outro. Por sua vez, Slote (2010) defende que a palavra empatia não existia em inglês até início do século XX, sendo introduzida como uma tradução da palavra alemã *Einfuehlung*; segundo o autor a noção de cuidado empático por alguém oferece um critério plausível na avaliação moral, pois conforme a literatura de desenvolvimento moral a empatia vem em graus, passível de gradualmente crescer ou diminuir, influenciando diretamente no cuidado e preocupação para com o outro.

Segundo Reich (1995), autores anteriores como Joseph Butler (1692-1752), David Hume (1711-1776), Adam Smith (1723-1790), Arthur Schopenhauer (1788-1860) e Max Scheler (1874-1928) são vistos como indivíduos que contribuíram no desenvolvimento da “ethics of sympathy”, grosseiramente traduzida ao português como ética da simpatia ou ética da compaixão. Slote (2010) também cita Hume, Smith e Hutcheson, e agrega Batson, os dois últimos cumprem o papel de resumir a literatura psicológica recente, abordando temas como a educação moral baseada na empatia, o desenvolvimento de diferentes tipos de empatia e a influência no desenvolvimento de um verdadeiro altruísmo movido pelo cuidado.

“In a Different Voice: Psychological Theory and Women’s Development” de Carol Gilligan, publicado em 1982, é considerado um marco na história da ideia de cuidado, em parte

porque o conceito “cuidado” ainda não havia emergido na história da ética ocidental dominante, em comparação com conceitos como justiça e liberdade, e em parte pelos esforços generalizados na busca do desenvolvimento de uma ética filosófica sistemática de cuidado para além do mundo dos profissionais de saúde (REICH, 2004). Entretanto, a crítica de Reich (1995) a Gilligan é cabível no sentido de que esta autora não acessou a história da noção de cuidado antes de 1982.

Antes de abordar a ética do cuidado proposta por Gilligan é preciso dar um passo atrás e pontuar, mesmo que brevemente por não ser o foco do trabalho, a importância do trabalho de Piaget e Kohlberg, ambos influenciados pelo filósofo Kant (1724-1804), com a noção de imperativo categórico e pelo sociólogo Durkheim (1858-1917), pela compreensão da importância do social/coletivo. Piaget, com seu enfoque construtivista, publica em 1932 o livro intitulado “O Juízo Moral na Criança”, resultado da busca do autor em compreender a construção da moralidade. Neste trabalho, Piaget concluiu existirem 4 estágios atrelados à idade, dos quais os indivíduos utilizavam da responsabilidade objetiva ou subjetiva como julgamento moral para lidar com a situação proposta no estudo. Influenciado pelos trabalhos de Piaget, o psicólogo Kohlberg, com seu enfoque cognitivo e evolutivo, constrói em seu doutorado a tese “Essays on Moral Development” (1981) na busca da definição científica e filosófica da moralidade, onde constata que, assim como o desenvolvimento cognitivo, o moral também ocorre por meio de estágios universais pelos quais evolui o pensamento, onde a classificação dos indivíduos se dava mediante não só as justificativas dadas aos dilemas morais pré-estruturados pelo pesquisado, levando em consideração o raciocínio moral do respondente pautado na justiça, como também a interpretação do pesquisador quando deparava-se pelas justificativas do respondente, fator que pode tê-lo feito se aproximar da hermenêutica de Habermas na busca de uma reconstrução racional da origem do raciocínio sobre justiça. (BIAGGIO, 2006; LIMA, 2004; BATAGLIA; MORAIS; LEPRE, 2010).

Após entrevistas com crianças de dez, treze e dezesseis anos, em que dilemas morais foram apresentados, Kohlberg foi capaz de desenvolver uma teoria com visão de que a ética tem como base a imparcialidade, impessoalidade, princípio universal e racionalidade formal, que também pode ser encontrada no utilitarismo e kantianismo (ALMARK, 1995). Para Kohlberg o desenvolvimento moral ocorria em níveis e estágios, sendo seis estágios morais, distribuídos em três níveis, os quais à medida em que o indivíduo progredia os estágios iniciais não sumiam, mas eram incorporados e reformulados nos próximos estágios conforme listados por Biaggio (2006):

O primeiro nível é o **pré-convencional**, onde o indivíduo ainda não possui bem formados aspectos como compreensão e respeito à normas morais, acarretando na compreensão das regras como externas ao próprio indivíduo. Neste nível encontra-se o estágio um, ligado à compreensão da moralidade de um ato conforme a consequência punitiva, quando errado é punido, quando não é errado está moralmente correto; e o estágio dois, em que a moral é relativa, a ação moralmente correta está na satisfação das necessidades da pessoa, por isso esse estágio se chama hedonismo instrumental relativista.

O indivíduo, quando no segundo nível de desenvolvimento moral denominado convencional, carrega consigo a característica de internalizar as regras e expectativas dos outros e, como reflexo disso, no terceiro estágio, voltado às relações interpessoais, passa-se a buscar a aprovação social, onde o comportamento moralmente certo é o que leva à aprovação dos outros. Por sua vez no quarto estágio a orientação para a lei e ordem assumem um grande papel na moralidade do indivíduo que respeita a autoridade e regras no intuito de preservar a ordem social estabelecida, ações que diferem deste caminho são consideradas exceções.

Por fim, o terceiro nível é o **pós-convencional**, alcançado pela maioria dos adultos. Aqui o indivíduo se enxerga como um ser inserido em um meio com princípios morais gerais que sustentados por regras e consegue diferenciar seu eu das regras e expectativa dos outros, definindo seus próprios princípios. Este nível dispõe do quinto estágio, em que as leis não têm validade pelo simples fato de serem leis, os costumes e leis que forem injustos devem ser mudados através de meios legais e democráticos; o indivíduo que atinge o sexto estágio, o mais alto de todos, resiste às leis injustas utilizando-se da moralidade da desobediência civil, permanecendo-se fiéis a seus princípios, algo como um senso da lei moral como superior a lei legal, esse estágio contém aspectos do dever kantiano por reconhecer como universal deveres básicos, atrelando ao valor moral certas normas como salvar uma vida

De acordo com Flanagan e Jackson (1987), no livro de Kohlberg “Essays on Moral Development: The psychology of moral development”, publicado em 1981, página 30-31, é possível ver o autor afastando-se do aristotelismo, por não concordar com o modelo de “bolsa de virtudes”, e também rejeitar explicitamente a visão de que a personalidade é dividida “em habilidades cognitivas, paixões ou motivos e traços de caráter”, em contrapartida Kohlberg teria proposto a virtude como uma só, e o nome dessa forma ideal é justiça. Em sua concepção, a pessoa moralmente boa seria aquela que raciocina e age com base em princípios de justiça. Biaggio (2006) aponta que na publicação de “Current Formulation and a Response to Critics” publicado em 1985 por Kohlberg, Levine e Hower, é ressaltado que sempre se defendeu explicitamente que o julgamento da moralidade e o desenvolvimento moral nos estágios

propostos estão atrelados ao raciocínio de justiça, os quais são derivados da definição neokantiana do professor inglês de filosofia Richard Mervyn Hare, que sugere como cerne da moralidade os princípios de justiça, somado a isso Kohlberg compreende que no centro da noção kantiana de moralidade está o imperativo categórico da noção de respeito pelas pessoas; além disso é reconhecida que a ênfase na justiça não consegue abranger todo o campo moral, cabendo a essa lacuna a virtude do ágape, presente no ensinamento ético cristão, conhecida pela caridade, amor, fraternidade, onde os atos não estão ligados à obrigatoriedade mas sim a questões como generosidade ou ajuda, não obrigatórios.

A ética do cuidado surgiu como uma crítica metodológica e epistemológica de Gilligan ao modelo de desenvolvimento moral de Kohlberg (KLAVAR; ELST; BAART, 2014). Sua pesquisa passou a distinguir o imparcialismo, ou ética da justiça como ela chamou, das “outras vozes” (ALMARK, 1995). Ao fazê-lo, Gilligan aponta que o estudo longitudinal não deu adequada ênfase às preocupações e experiências das mulheres, sem ser levado em consideração a discrepância entre a feminilidade e as qualidades consideradas necessárias para a vida adulta, dentre quais estaria a capacidade de pensamento autônomo, tomada de decisão clara e ação responsável, muitas vezes associadas à masculinidade, mas consideradas indesejáveis como atributos do *self* feminino. Desta forma, o estudo de Gilligan passa a acrescentar neste debate ao complementar a compreensão de moralidade, não só no que diz respeito a justiça como defendido por Kohlberg, denotando a centralidade dos conceitos de responsabilidade e cuidados na construção do domínio moral feminino, sendo por vezes mencionado como prova da existência de uma “moralidade feminina” (GILLIGAN, 1977; TRONTO, 1987).

O trabalho de Kohlberg abraça a compreensão moral que iguala a justiça à manutenção dos sistemas sociais existentes, todavia, Gilligan compreende que homens e mulheres definem “moralidade” de maneira diferente, e seguem caminhos diferentes para o desenvolvimento moral. Após a publicação dos resultados dos estudos de dilemas morais de Kohlberg quanto à classificação de homens e mulheres na escala de desenvolvimento moral, percebeu-se um certo viés da classificação das mulheres, pois elas predominavam no estágio três do desenvolvimento moral, que tem como foco a busca em agradar as pessoas de suas relações mais próxima, enquanto os homens mais frequentemente estavam no estágio quatro, voltado à obrigação moral. Essa descoberta não necessariamente referia-se à inferioridade no desenvolvimento cognitivo/moral das mulheres, podendo ter mais a ver com a perspectiva que o desenvolvimento foi medido e dos critérios levados em conta do que com a qualidade do pensamento das mulheres em si. Por ter sido uma pesquisa derivada da perspectiva masculina, a partir de dados

majoritariamente masculinos, é passível de questionamento se o que representa a divergência do padrão masculino deve ser visto como uma falha de desenvolvimento (GILLIGAN, 1977).

A crítica de Nel Noddings (1986) a Kohlberg repousa na consideração do estudo deste não como um modelo para a educação moral, mas como uma descrição hierárquica do raciocínio moral. Um fator apontado pela autora está na preferência das mulheres em discutir os problemas morais em termos de situações concretas, além de solicitar mais informações sobre a situação no intuito de formar uma compreensão do contexto e então utilizar da abordagem baseada no cuidado.

Gilligan (1977) defende que as meninas avaliadas através dos dilemas morais propostos por Kohlberg não estavam mostrando um nível inferior de raciocínio ético, mas num nível diferente, pois homens e mulheres possuem a tendência de abordar diferentes temas e conceitos morais através de estratégias de raciocínio diferentes. Em sua análise, as mulheres têm uma propensão maior que os homens em perceber dilemas morais, fator ressaltado quando envolve aspectos de apego pessoal em detrimento ao imparcialismo presente na ética da justiça. Essa primeira propensão chamada pela autora como “perspectiva do cuidado” considera preocupações centrais tais como evitar desertar, ferir, alienar, isolar ou abandonar a pessoa e atuar de forma a fortalecer e proteger os vínculos entre as pessoas (REICH, 2004). Segundo Tronto (1993) os homens geralmente se expressam apenas na voz moral da justiça, enquanto as mulheres são mais propensas a usar ambas as formas de expressão, mas que Gilligan “sugeriu que tanto o cuidado quanto a moralidade da justiça são necessários para constituir toda a moralidade” (TRONTO, 1993, p. 80).

Zoboli (2004) demonstra os principais pontos de contraste entre a ética do cuidado e a ética da justiça conforme a figura1:

Figura 1 Uma comparação entre as éticas do cuidado e da justiça.

Ética do cuidado	Ética da justiça
Abordagem contextual	Abordagem abstrata
Conexão humana	Separação humana
Relacionamentos comunitários	Direitos individuais
Âmbito privado	Âmbito público
Reforça o papel das emoções(sentimentos)	Reforça o papel da razão
É relativa ao gênero feminino (female/feminine/feminist)	É relativa ao gênero masculino (male/masculine/masculinist)

Elaborado por Zoboli (2004, p. 22)

Com isso em mente, a autora passa a defender a perspectiva de que o domínio moral deveria ser estendido não só à justiça mas também ao cuidado, visão corroborada em pesquisa

de campo com três grupos distintos de entrevistados, onde há o exemplo de alguns relatos, captados em entrevistas, em que era possível identificar nas mulheres o medo em situações de competição e disputa pelo sucesso, não por atributos de incapacidade, mas por levarem em consideração o fator relacionamento e como a situação o afetaria (GILLIGAN, 1977; LIMA, 2004).

O indivíduo moralmente maduro pode seguir dois caminhos que diferem tanto em suas categorias morais quanto nos seus componentes emocionais, o curso da justiça tem em sua trajetória aspectos de passividade, imparcialidade e uma compreensão do *self* como separado dos outros e objetivo, enquanto o curso do cuidado apresenta envolvimento e espontaneidade e com a compreensão de *self* mais conectado (LINN; GILLIGAN, 1990; TRONTO 1993).

Segundo Tronto (1987), os dados de Kohlberg apontavam que o imperativo moral dos homens se aproximava da regra de respeitar os direitos dos outros e, assim, proteger da interferência o direito à vida e à autorrealização. Enquanto as mulheres, a princípio, voltam-se ao cuidado por motivos autocríticos, e não autoprotetores, os homens compreendem a obrigação para com o outro de forma negativa, pois fere os termos de não interferência. Gilligan (1977) observou que esse aspecto de certa forma pode estar atrelado ao potencial medo de ameaça pessoal e à possível perda de liberdade e independência.

De certa forma, os estereótipos lançados favoreciam a separação do eu individual em relação à sua conexão com os outros, onde na busca pela autonomia afastava-se da interdependência do amor e cuidado (GILLIGAN, 1977; LIMA, 2004). O livro “In a different voice: Women's conceptions of self and of morality” surgiu no intuito de dar voz às mulheres, foi a busca de outro ponto de vista do proposto por Piaget, Kohlberg e a ética kantiana, levando em consideração a experiência feminina e a realidade social na construção e resolução de problemas morais. Linn e Gilligan (1990) são taxativas ao defenderem a contínua produção da psicologia do desenvolvimento moral que vai de encontro com a busca pelo cumprimento passivo dos próprios princípios que não carrega consigo outra dimensão como a da capacidade de resposta nos relacionamentos com os outros como linguagem da responsabilidade moral.

Se Kohlberg compreendeu que a base que fundamenta a moralidade masculina se concentra em questões voltadas à justiça, com ênfase em direitos e princípios universais, Gilligan destacou que a moralidade feminina possui um viés relacional, enfatizando os aspectos como cuidado, sentimentos, relações, comprometimento e proteção, onde as noções abstratas ganham menos atenção que dilemas próximos a realidade vivenciadas por elas. Todavia, tal fator não compromete o julgamento moral ou impede o desenvolvimento das mulheres, é uma forma diferente de ver e falar sobre a situação. O que outrora foi visto como uma deficiência de

desenvolvimento cognitivo/moral, passa a refletir uma voz de compreensão social e moral diferente daquela que Kohlberg identificou como definitiva do julgamento moral maduro (GILLIGAN, 1977; TRONTO 1987).

Baseada no trabalho de Kohlberg, que postulou dilemas morais hipotéticos para as entrevistas no intuito de codificar as respostas em evidências de um tipo de moral, Gilligan também agiu da mesma forma, com a diferença de que preferiu extrair dilemas morais da vida dos entrevistados, e acabou reconhecendo três estágios de desenvolvimento na ética do cuidado: um primeiro estágio totalmente egocêntrico, um segundo estágio que é totalmente voltado ao outro, e um terceiro estágio no qual o *self* em relação ao outro entra em equilíbrio. (TRONTO, 1993). O resumo das duas teorias podem ser vistos no Quadro 1:

Quadro 1: Resumo das teorias de Kohlberg e Gilligan

Modelo de desenvolvimento	
Kohlberg	Gilligan
Nível pré-convencional	
O primeiro estágio é comum desde o nascimento até cerca de nove anos de idade e presente em alguns adolescentes e muitos adolescentes e adultos delinquentes. O indivíduo age de forma a evitar castigo, considerando fatos pelas suas consequências e não por suas intenções. No segundo estágio, o hedonismo instrumental relativista assume o controle. O indivíduo passa a seguir as normas, mas com o intuito de buscar atender suas próprias necessidades.	Neste primeiro estágio a orientação da jovem está voltada para o interesse e sua sobrevivência. Desta forma, a moralidade das suas decisões é respaldada pelo que é prático e melhor para ela. Existe uma transição entre o estágio de sobrevivência para o de responsabilidade, intitulado “From <i>Selfishness</i> to Responsibility”. Neste patamar, o apego ou conexão com os outros são questões transitórias e as palavras egoísmo e responsabilidade aparecem pela primeira vez.
Nível Convencional	
Terceiro estágio, o “convencional”. Nele o indivíduo pauta suas ações nas convenções e regras sociais determinadas por autoridades, no intuito de corresponder às expectativas morais dos outros. A “Orientação Para a Lei e Ordem / Autoridade Mantém a Moralidade” está no quarto estágio. Aqui, além da necessidade de aprovação individual vista anteriormente, a lei orienta a moralidade dos indivíduos onde os mesmos têm	Aqui a moralidade deriva-se de uma compreensão da sociedade que reforça o senso de responsabilidade para com o outro, onde os desejos da pessoa devem ser subordinados ao cuidado do outro, equiparando-se à bondade e ao auto sacrifício. O bem é equiparado a cuidar dos outros Neste nível ocorre a segunda transição: do bem para a verdade. A relação entre o eu e o outro passa a ser reconsiderada à medida que a mulher contesta a lógica do auto sacrifício a serviço de

a percepção de deveres e a importância da manutenção da ordem social	uma moralidade do cuidado. Seria de fato egoísta ou responsável, moral ou imoral, incluir suas próprias necessidades no âmbito de seu cuidado e preocupação? Segundo Gilligan, neste ponto, ocorre o reaparecimento da palavra egoísta, mas dessa vez atrelada a capacidade de julgar com honestidade a preocupação com o que outros pensam e sua própria preocupação interna. Com base nisso, a moralidade de sua ação passa a ser avaliada a partir de suas intenções e consequências, afastando-se da preocupação do que diriam os outros. Afastando-se do critério de julgamento “bondade” para “verdade”.
Estágio pós convencional	
O quinto estágio intitula-se “Contrato Social”, aqui o indivíduo compreende as leis não como rígidas ordens, mas como um contrato social democraticamente pré-estabelecido Segundo Kohlberg, poucas pessoas atingem o sexto estágio nomeado de “Princípios Éticos Universais”. Aqui o indivíduo transcende contratos sociais na busca de princípios de igualdade e dignidade levando em consideração uma ética válida para todos. A escolha entre direitos e deveres é realizada sem quais quer restrições pessoais e sociais.	Neste ponto mais alto do desenvolvimento as mulheres assumem a responsabilidade pelas consequências de suas escolhas e enfatizam terem obtido o controle de suas próprias vidas. Fator que abre espaço para o cuidado como uma ética auto escolhida, onde a mulher ao adotar esta abordagem assume a responsabilidade pela sua escolha. Aqui está presente também a percepção de suas necessidades como iguais às das outras pessoas, o foco passa de ser “bom” para a capacidade de elaborar e reconhecer verdades universais que abrangem a natureza antiética da violência e da exploração dos outros. Ao reconhecer todos os pontos citados anteriormente, o cuidado passa a um forte componente desse alto estágio de desenvolvimento moral, tornando-se o princípio auto-escolhido de um julgamento que permanece psicológico em sua preocupação com a relação e resposta, mas torna-se universal na condenação a exploração e dano

Elaborado pela autora (2022), com base nos textos de Gilligan (1977), Linn e Gilligan (1990) e Biaggio (2006).

Gilligan (1982) conclui que a fundamentação da moralidade masculina e feminina mais típica constituiu-se a partir da construção de um modelo de desenvolvimento social das mulheres, ao compreender a progressão moral dentro de uma concepção distinta da proposta por Kohlberg, onde cada estágio deste modelo sucessivo representavam uma construção mais

adequada do problema moral enfrentado pelas mulheres, que por sua vez fornece a base para sua resolução mais justa, aproxima-se, segundo Lima (2004) do exercício de virtudes como: a compaixão, temperança e generosidade, sendo a generosidade percebida por Gilligan, como importante elemento da ética do cuidado.

Ao escrever sobre as maiores diferenças entre os trabalhos de Gilligan e Kohlberg, Blum (1988) interpreta que Gilligan compreende que a ação moral em si envolve a particularidade irreduzível do agente, do outro e da situação; nesse cenário o agente moral deve buscar compreender a outra pessoa como indivíduo e não apenas um amigo ou pessoa com necessidades, e o não reconhecimento dessas particularidades durante a ação moral torna a ação falha e defeituosa. Outro ponto é o raciocínio formal como orientador de princípios universais aplicáveis a todos, que governam a ação correta, enquanto as emoções desempenham um papel secundário para Kohlberg, cuja preocupação moral última é a própria moralidade da ação. Em contraste, Gilligan rejeita a concepção de uma "ação correta" que carrega sua implicação universalista ao mesmo tempo que evita o subjetivismo e o relativismo individual, sendo as noções de cuidado e responsabilidade tratadas como guias para adequar as respostas, sem esquecer-se de que a moralidade é fundada em um sentido de conexão concreta e resposta direta entre as pessoas, e por isso ela necessariamente está envolta em emoção, cognição e ação, que não são facilmente separáveis, e que surgem antes das crenças morais sobre o que é certo ou errado ou quais princípios aceitar. Nessa teoria, saber o que fazer nos contextos propostos envolve conhecer o outro e estar conectado tanto a emoção quanto a cognição, sendo o objetivo da ação moral expressar e sustentar essas conexões com outras pessoas (BLUM, 1988).

Em resposta às críticas que recebeu à época por seu livro "In a Different Voice", Gilligan afirmou que seu intuito era construir um modelo feminino de desenvolvimento moral, reforçando a importância de estudar o domínio moral pelas lentes da justiça e do cuidado, sendo o fator cuidado um fenômeno predominantemente feminino, característica presente nas populações estudadas (TRONTO, 1987). Embora no decorrer do seu livro, Gilligan (1982) dirija-se majoritariamente à mulher, em seu último capítulo intitulado "Versões da Maturidade" a autora constata o predomínio da "voz do cuidado" nas mulheres, mas destaca que esta voz também pode estar nos homens. Há momentos no livro em que a escritora tende a reconhecer a ética do cuidado como superior à da justiça, mas também existem momentos em que a escritora parece sugerir que as éticas são complementares; esse segundo posicionamento é defendido por outros escritores tais como Flanagan e Jackson (1987), Gilson (1992), Dilon (1992), Tronto (1993) e Bubeck (1995).

Na introdução de seu livro, “Caring, a Feminine Approach To Ethics & Moral Education”, Noddings (1984) não se aprofunda na abordagem de Carl Gustav Jung de Logos e Eros vinculadas ao homem e a mulher (ainda que a cite), nem tenta responder a questão empírica de qual abordagem é mais típica das mulheres ou dos homens, apesar de apontar que a ética vem sendo amplamente discutida em termos atrelados a princípios e leis de equidade e justiça, elencando-os como pertencentes à figura paterna, e protesta contra o silêncio imposto à voz materna, a seu ver atrelada ao cuidado humano, envolvendo a memória de cuidar e ser cuidado, não se caracterizando somente como um resultado do comportamento ético, mas como aspecto constituinte da base da resposta ética. A seu ver a segunda abordagem é mais natural e está ligado ao feminino por ser enraizada na receptividade, relacionamento e capacidade de resposta, embora isso não implique que a lógica deva ser descartada ou estranha às mulheres.

Segundo Noddings (1988) a ética do cuidado muitas vezes foi caracterizada como algo do feminino porque parece surgir mais naturalmente da experiência da mulher do que da do homem. Todavia, na introdução de seu livro Gilligan (2003) ressalta que os contrastes entre as vozes masculinas e femininas presentes em seu estudo têm como propósito destacar a distinção entre dois modos de pensamento, dando foco ao problema de interpretação, não tendo como objetivo representar uma generalização sobre ambos os sexos.

Para McLaughlin (1997) a base para uma ética do cuidado é o desejo da mulher em cuidar daqueles que estão a sua volta, esse desejo molda suas escolhas e crenças ao longo da vida. Quando se alcança uma ética de cuidado totalmente desenvolvida, esse desejo de cuidar não é guiado pelo pensamento focado na separação e na individualidade, pois o ato de cuidar não é mais compreendido como uma questão de sacrifício ou egoísmo (discurso comum no estágio convencional da ética do cuidado), e sim guiado por uma consciência do próprio indivíduo como um ser relacional, tendo uma visão de interdependência do mundo e tomando decisões com base no efeito sobre as pessoas ao seu redor. Segundo Gilligan (1995) esse reconhecimento da responsabilidade uns pelos outros produz interconexões/redes/teias de emoção e cuidado, que têm como base o desejo de apego. Em um contexto de desenvolvimento moral pleno, homens e mulheres serão capazes de se apropriar tanto da ética do cuidado quanto da justiça quando atingirem uma consciência das necessidades do outro.

Ao construir algumas críticas no trabalho intitulado “Beyond gender difference to a theory of care”, Tronto (1987) contribui com os estudos de Gilligan, ao reforçar a necessidade de explorar os pressupostos sobre os quais tal posição moral se baseia. Em seu trabalho, uma de suas provocações está no posicionamento da autora em desvincular o cuidado como uma questão de diferente gênero, passando a focá-lo dentro da sociedade e da vida moral, caso

contrário tal perspectiva possibilitaria a crítica do cuidado como uma ética criada na sociedade moderna pela condição de subordinação de gênero ou de grupos minoritários não privilegiados. Desta forma a teoria de Kohlberg do desenvolvimento moral poderia estar correta, de modo que o fracasso das mulheres e dos grupos minoritários no desenvolvimento moral atrelado às forças sociais seria um reflexo de uma ordem social lamentavelmente desigual.

Outras duas interpretações são mencionadas por Tronto (1987) em referência à ética do cuidado, uma delas assume-se que as mulheres e minorias se apegam às suas visões morais, não se deixando afetar pelo crivo de inferioridade que a sociedade possa transmitir, a segunda interpretação atribui como superior o raciocínio de justiça de Kohlberg em relação a uma ética do cuidado de Gilligan, visão justificada pela diferenciação da moralidade das mulheres como específica, defendida como uma moralidade privada expressa pelo cuidado, que por sua vez é estabelecida por categorias e definições públicas, atrelada a moral pública e a ética da justiça; nesta interpretação, a moralidade privada é dependente e secundária à esfera pública. O que mais tarde, segundo Tronto (1993), a guia para um princípio moral universalista, ao compreender que se deve cuidar dos que estão ao seu redor ou em sua sociedade, compreendendo a ética do cuidado como passível à filosofia políticas.

Em uma abordagem tradicional da ética existe a questão-base conectada à obrigação, em que na tomada de decisão moral, quando considerada a partir de perspectivas como o utilitarismo ou a deontologia, o indivíduo reflete sobre qual decisão tomar naquela situação pensando sobre quais obrigações, se existirem, ele poderá vir a ter que responder e em seguida age, posição sustentada por uma ontologia de que os humanos são independentes e autônomos; em contraste, na ética do cuidado que se baseia na responsabilidade o ponto de partida é o reconhecimento do humano como um ser relacional que está envolvido com o outro e não separado dele, assim o pressuposto moral cai na responsabilidade pelos outros, e ao invés de questionar “quais obrigações, se houver, eu tenho para ajudar essa pessoa?”, a pergunta-chave está em “Como posso ajudar?” (EDWARD, 2009).

Tronto (1987) atentou-se em criticar três conjuntos de preocupações no intuito de abordar o "cuidado" no nível teórico:

1ª Afastar a ética do cuidado da moralidade kantiana, visto que aquela demanda a incorporação de noções de universalização e imparcialidade em descrever o que é certo, assumindo o papel de uma teoria moral contextual em que as premissas não são definidas em termos de direitos e responsabilidades, mas sim em termos de relações de cuidado tanto de si quanto do outro.

2ª O convencionalismo e os limites do cuidado. O limite da ética do cuidado é questionado no quesito inclusão, partindo da premissa que há a tendência de cuidar mais daqueles que estão emocionalmente, fisicamente e até mesmo culturalmente mais próximos, existem casos em que pessoas e preocupações não importarão, esta falta de cuidado nestes casos livraria o indivíduo da responsabilidade moral de interferir? A possibilidade de uma resposta que aceita certo relativismo moral, sujeito a variações cultural, diferente do universalismo kantiano, fragilizando a teoria.

3ª Crítica feita à validade da ética do cuidado por estar sujeita a contextos culturais, sendo sua legitimidade dependente da adequação à teoria social e política da qual faz parte. Cabe aos teóricos da área abordarem questões como: de onde vem o cuidado? É aprendido na família? Quem deve assumir a responsabilidade pela educação?

Por fim, Tronto (1987) sugere uma interpretação da ética do cuidado que não repensa a natureza da filosofia moral, ao assumir a existência de duas moralidades desejáveis mesmo que uma como predominantemente masculina e a outra como predominantemente feminina, neste contexto é necessário delegar às instituições educacionais e/ou familiares o papel de não diferenciarem a justiça e o cuidado como específicas de gênero, mas assumir a ética como um conjunto de sensibilidades voltadas ao cuidado que somadas às sensibilidades da justiça e da moralidade, devem estar presente em toda pessoa moralmente madura, cabendo aos indivíduos decidirem quando aplicar uma ou outra moralidade. Nessa perspectiva, a ética do cuidado passa a ser compreendida e discutida em termos de teoria moral e política (TRONTO, 1987), abrindo caminho para sua interpretação como o exercício de muitas virtudes, tais como a do amor, da tolerância, compaixão, fidelidade e temperança (LIMA, 2004).

Um ano após a publicação do trabalho de Tronto, Noddings (1988) aborda as temáticas ética do cuidado no contexto maternal, a instituições educacionais e o ensino da ética do cuidado nos Estados Unidos, enquanto pincela a disparidade entre a ética do cuidado e a perspectiva kantiana, que outrora fora abordada pela própria autora (NODDINGS, 1984), que rejeita a noção de universalização, assim como os princípios e regras, como principais guias para o comportamento ético. O motivo deste posicionamento está na abordagem, que depende da experiência subjetiva das pessoas envolvidas em encontros éticos, tendo em mente que cada situação possui sua singularidade, e raramente são “suficiente semelhantes” para declarar o que os indivíduos envolvidos devem fazer. No entanto, para não cair no relativismo, existe uma universalidade fundamental na ética do cuidado que é o acesso a memórias tanto de cuidar quanto de ser cuidado. Estas lembranças que perpassam tanto pelo cuidado quanto pelo compromisso de sustentá-lo são o coração universal da ética.

A forma como era conduzida o ensino nas escolas e outras instituições que ainda não haviam se retirado da tarefa de educação moral foi um dos alvos de Noddings (1988), a crítica ao ensino como uma mistura de doutrina cristã e ideologia individualista, onde as recomendações sobre educação moral teriam como ênfase não só o auto sacrifício, como também o atingimento do sucesso por meio da determinação, ambição e competição. O ato de cuidar de outra pessoa no instituto de nutrir e proteger demanda do cuidador a responsabilidade por iniciar e selecionar seus atos, onde a orientação da conduta recai sobre seus princípios morais, assim como quando ele buscar cuidar-se, no intuito de atender as próprias necessidades e desejos de forma moral. Uma vez que o *self* ético não vive separado do resto da pessoa, cabe ao indivíduo valorizar seu ideal ético, buscar permanecer solidário, compreender que não é possível adotar uma postura de observador desinteressado ou manter imparcialidade (NODDING, 1984).

Uma vez que o cuidado pode ser compreendido em uma dinâmica de mãe-filho, caracterizada em termos de responsabilidade na resposta dinâmica do agente que cuida e do indivíduo cuidado, quem cuida age com o intuito de preservar a vida da criança, promover seu crescimento e auxiliar no desenvolvimento de uma pessoa aceitável (termo utilizado pela autora no sentido de indivíduos que apoiarão instituições dignas, viverão com compaixão, que cuidam das gerações passadas e futuras). Esse intuito de cuidado leva em consideração fatores que derivam de uma orientação moral racional que demanda reflexão, prática e habilidade do cuidador, fatores que podem ser encontrados/aplicados no ensino. Uma das propostas de Noddings (1988) é o foco no relacionamento entre professores/educadores e alunos, de forma que este relacionamento se prolongue por mais de um ano, uma vez que algumas das facetas do cuidado aplicado na educação residem no diálogo, na modelagem de ensino, sua prática e posterior possível confirmação.

Quanto ao afastamento da ética do cuidado de uma moralidade kantiana, como sugerido por Tronto (1987), neste trabalho Noddings (1988) compreende que a ênfase dada à moral tradicional embasada no dever em conformidade com o princípio da ética Kantiana, a qual é marcada pelo individualismo e de certa forma atrelado à libertação do indivíduo das complexidades sociais, é virada de cabeça para baixo na ética do cuidado. A justificativa dessa percepção está na premissa de que os indivíduos que adotam a ética do cuidado não julgam seus próprios atos levando em consideração apenas sua conformidade com a regra ou princípio, tampouco a provável felicidade, ao agir por carinho, mediante atos feitos por amor, tendo como principal preocupação a própria relação. A ética do cuidado está ligada às relações, o senso de obrigação é invocado a fim de estimular o cuidado natural, sendo invocado ao invés de afastar-

se da afeição e agir mediante ao dever. Segundo Slote (1998), Noddings enfatiza a virtuosidade moral de agir a partir do cuidado, buscando promovê-lo no mundo, o que de certa forma traz um elemento consequencialista.

Além de enfatizar a virtuosidade moral (e obrigatoriedade) de agir a partir do cuidado, Noddings diz que devemos tentar promover o cuidado no mundo, e isso parece trazer um elemento perfeccionista (consequencialista) em seu tratamento da moral, ou seja,

Mais tarde, Tronto (1993) concebe a ética do cuidado como prática, fazendo um *link* entre a ética do cuidado e o hábito mental de cuidar, onde o indivíduo não é movido emocionalmente só pela situação/dificuldade dos outros como também pela orientação para ajudá-los, e a questão moral se formula da seguinte forma: como o indivíduo ou o coletivo pode cumprir melhor a responsabilidade de cuidar?

Para Noddings (1984), considerando-se que muitas mulheres não abordam os problemas morais como problemas de princípio, raciocínio, julgamento, e sim por consideração a aspectos ligados ao cuidado e a elementos concretos das situações, é possível identificar a necessidade de construção de uma educação moral que não seja guiada apenas pelo estudo de princípios e julgamentos morais, para não correr o risco de se torná-la uma orientação empobrecida e unilateral, passando a compreender uma ética voltada também ao cuidado, onde a ênfase não seja a consequência da ação, que inegavelmente tem sua importância, mas que também considere a moralidade na consciência pré-ato de quem se coloca no lugar de cuidador, porém sem se vincular ao agapismo presente na ética cristã, tampouco na noção de amor universal. Essa visão seria criticada por Hoagland (1990), que discordará do posicionamento de Noddings ao justificar que a ética do cuidado é sim permeada pelo agapismo, sendo sua tese central a defesa de que a natureza unidirecional da análise de quem cuida reforça as instituições opressoras.

Para Noddings (1998) essa teoria não acolhe a bondade como inata ao ser humano, muito menos da criança, o próprio sentimento ético demanda uma experiência prévia de cuidado e de disposição para nutrir a ternura. Baseada no fato, na memória de carinho e ternura, a ética do cuidado em si pode ser considerada terna pois esses momentos criam a percepção do que é bom por si mesmo, além de fomentar um desejo e compromisso de sustentar e valorizar esse bem, de ser moral. O cuidado é sugerido tanto como um objetivo da educação moral como uma forma de orientação moral. No modelo proposto por Noddings (1988), o estabelecimento de relações de confiança entre professores e alunos é destacado como importante de forma que é encorajado que professores e alunos passem mais tempo juntos, assim os quatro componentes

do modelo de educação moral podem ser percorridos: a modelagem, o diálogo, a prática e a confirmação.

Segundo Engster (2004) a crítica à ética do cuidado proposta por Noddings está ligada à baixa importância dada pela autora ao problema do cuidado do próprio indivíduo, pois, quando mencionado, isso era utilizado como meio para fornecer mais cuidados aos outros. Bubeck (1995) ressalta a insuficiência dessa noção de cuidado ao escrever um capítulo em seu livro sobre uma nova concepção da exploração das mulheres como cuidadoras, levantando a questão da justiça no que se refere à não distribuição do cuidado aos necessitados, mas também sobre a distribuição do ônus do cuidado aos cuidadores, demandando a incorporação da concepção de justiça ao repertório do cuidado.

Tronto (1993) pode contribuir para o campo ao conceber quatro fases do cuidado, sendo o primeiro passo “caring about” no sentido de se importar com alguém, o que envolve reconhecer a necessidade do outro e avaliar como essa demanda pode ser atendida; o segundo passo é “taking care of”, no sentido de cuidar de alguém, que está ligado ao reconhecimento de responsabilidade, até certo grau, pela necessidade identificada, cabendo ao mesmo determinar como responder a ela; o terceiro passo “care giving” envolve diretamente o encontro da necessidade com o cuidado, onde ocorre o trabalho físico em que não raro cuidadores entram em contato com o cuidado e, por fim, o quarto passo “care receiving” que perpassa pelo reconhecimento de que o objeto do cuidado será afetado pelo cuidado que recebe, esse passo é importante para compreender se a percepção das necessidades do primeiro passo estavam corretas e de fato foram atendidas.

Dessas quatro fases do cuidado citadas anteriormente, Tronto (1993) propõe quatro elementos éticos: a) **atenção** para com a necessidade do outro, sendo a ignorância uma falha moral do ponto de vista da ética do cuidado. Um exemplo de falta de atenção para com o outro está no julgamento de Adolf Eichmann, descrito por Arendt, que ao longo de sua vida concentrou-se em sua própria carreira e interesse, esquecendo-se das milhares de vidas envolvidas; b) **responsabilidade**: a segunda dimensão do cuidado, a partir de uma noção política e filosófica, propõe uma percepção flexível de responsabilidade sem cair no extremo de utilizar a obrigação como base na busca de compreensão do que as pessoas devem fazer umas pelas outras; c) **competência**: no intuito de alinhar o cuidar com resultado final, aproximando a abordagem ao consequencialismo moral no intuito de evitar a má-fé de quem “cuidaria” de um problema, mas depois deixar de prestar um bom atendimento, isso acarreta no não atendimento da necessidade do outro, o mesmo vale para os casos em que os recursos disponíveis para o cuidado do outro são inadequados. d) a quarta dimensão é a **capacidade de**

resposta: que requer atenção e sugere que consideremos a posição do outro como esse outro a expressa pois quando se precisa de cuidados, o ser humano é lembrado da sua própria vulnerabilidade. O risco está em cuidar demais e criar uma dependência do cuidado pelo cuidador.

Para Leget, Van Nistelrooij e Visse (2019) a primeira geração que abordou a ética do cuidado o fez vendo-a como parte do domínio das mulheres e da assistência social; a segunda geração, por sua vez, analisou criticamente as limitações anteriores, em especial sobre o desvinculamentos da ética do cuidado com bondade, dedicação e generosidade, ultrapassando a discussão sobre questões sociais, de gênero e de saúde, seguindo para uma compreensão de cuidado e sua ética a partir de uma perspectiva político-social.

Slote, inspirado no sentimentalismo britânico, argumenta através de fundamentos psicológicos recentes que o cuidado só pode ocorrer na presença de empatia pelos outros, que pode ser incentivada ou desenvolvida em contextos escolares e domésticos (SLOTE, 2013). Mas isso não é tudo, a ética do cuidado não está só envolvida com a empatia, mas também com respeitar **a autonomia** do outro de pensar e decidir as coisas por si mesmo, sendo passível que terceiros aconselhem, desde que o sujeito não se sinta impelido a pensar ou agir do jeito proposto. Essa visão colabora na defesa dos trabalhos de Gilligan. Partindo da premissa de que é errado tratar as pessoas com desrespeito, ao se recusar a ouvir ou colocar pouco esforço em tentar entender o ponto de vista das meninas isso equivale a injustiça de prejudicá-las com a falta de empatia, essa prática pode levá-las a duvidar ou negar sua própria voz e levá-las ao caminho do altruísmo e abnegação em suas relações (SLOTE, 2007).

Slote adota a visão de que o cuidado é a mais primária das virtudes, e dela derivam todas as demais, compartilhando entre as éticas do cuidado e da virtude um compromisso ontológico de relacionamento por compreender que qualquer desejo de ser moral pressupõe uma motivação de cuidar de si e dos outros (SANDER-STAUDT, 2006). Para Slote (1998), a moralidade do cuidado também pode ser compreendida como uma forma de ética da virtude baseada no agente uma vez que a motivação pode ser interpretada como a base para a avaliação das ações, dessa forma os atos individuais serão interpretados como bons se refletirem motivos moralmente virtuosos, e errados se refletirem motivos viciosos. Nesse sentido, ao considerar uma visão baseada no agente onde a benevolência é o único motivo virtuoso, e as ações são qualificadas como corretas ou boas a medida que demonstrem benevolência, e erradas quando pautadas na malevolência, com seu livre arbítrio o agente pode escolher suas ações, que dependendo do caminho escolhido por ele pode afetar sua admirabilidade, que por consequência demonstra as ações humanas como sujeitas a padrões e/ou requisitos morais.

É possível também debater sobre a compreensão tanto dos liberais quanto do pensamento kantiano frente a ética do cuidado. No caso dos liberais, que compreendem o respeito pela autonomia num amplo conjunto de direitos que não alteram a liberdade individual, há a defesa de que a autonomia seja respeitada apesar do dano que possa causar ao bem-estar psicológico dos indivíduos, o que Gilligan considera típico do pensamento moral masculino tradicional de justiça, mas, segundo Slote (2007), vale a pena ressaltar que a compreensão de justiça também está presente no gênero feminino, que é capaz de adotar a premissa de noções de autonomia a que o liberalismo apela, não sendo algo exclusivamente masculino.

Já a compreensão do pensamento Kantiano sobre autonomia volta-se à defesa de amplos direitos de liberdade de expressão e reunião, tendendo a compreensão de que é errado impedir ou interferir na liberdade de expressão, mesmo que o impedimento de tais ações signifique interferir no mal ao outro. Essas duas frentes são questionadas a partir de uma ética do cuidado, nesta abordagem existe a defesa da autonomia como algo relacional, pois a capacidade de pensar e decidir por si mesmo depende também de como interagimos com os outros e com o mundo em geral, sendo aqui onde se encaixa a ética do cuidado. A concepção da autonomia concebida como algo relacional e carrega consigo aspectos de empatia e ajuda a integrar respeito ao processo da autonomia (SLOTE, 2007).

2.2.1 Ética do cuidado e Virtude

Em uma retrospectiva da ética das virtudes, a escolha contemporânea de abordagem ocorreu em direção à Aristóteles, porém nos últimos anos, as ideias estoicas começaram a influenciar os debates atuais, assim como o sentimentalismo moral de Hume e Hutcheson (SLOTE, 2001). Segundo Troto (1993) os pensadores iluministas escoceses confiavam nos sentimentos morais como forma de criar virtude na sociedade e nos indivíduos sem fazer distinções paralelas entre homens e mulheres, razão e sentimento.

De acordo com Pollock (2021), Hume afirmou que a moralidade é baseada e enraizada no sentimento; o filósofo estudou a moralidade e destacou-se divergindo da concepção tradicional defendida por autores como Platão, Aristóteles, Tomás de Aquino, Descartes e Kant. Ao contrário deles, Hume defende que as avaliações morais feitas pelo homem não derivam apenas de uma concepção racionalista da moralidade, pois esta é relativamente impotente por si só, o certo ou errado não é visto como algo definido apenas pela razão, ao invés disso Hume afirma que as avaliações morais também perpassam pelo âmbito dos sentimentos, das emoções,

ou “paixões”, sendo a razão responsável por fornecer meios para atingir os fins que o sentimento seleciona.

Segundo Cohon (2021), ao escrever o livro “Tratado da Natureza Humana à luz do empiricismo”, Hume desenvolveu quatro teses:

- I. As ações intencionais são produto das paixões permeada pela ideia de prazer e dor que se acredita existir ou que poderá ocorrer futuramente, seja física ou psicológica, nunca sendo a razão sozinha motivo para qualquer ação da vontade, cabendo a razão fornecer informações sobre os meios para os fins, o que direciona a vontade/impulso de agir/ação;
- II. As distinções morais não são produto apenas da razão, pois também levam em consideração o sentimento. Inclusive a moral não pode ser derivada apenas da razão, uma vez que a moralidade influencia as paixões e ações, afetando a ação ou não ação do indivíduo por opiniões referentes a questões como justiça e obrigações, não sendo possível distinguir o bem e o mal morais apenas pela conformidade ou contrariedade com a razão. Portanto conclui-se que a razoabilidade de uma ação não a torna boa, ou sua irracionalidade que a torna má;
- III. As distinções morais são derivadas dos sentimentos morais, sendo estes sentimentos produzidos pela simpatia para com o outro, embora a simpatia não esteja relacionada ao interesse particular do indivíduo que age, tendo como partida uma perspectiva comum ou geral com o intuito de superar possíveis distorções presentes no interesse particular, elencados por Taylor (2015) como possíveis vícios de análise, como por exemplo beneficiar ou bloquear alguém ou uma ação que privilegia ou não corrobora com os interesses do ponto de vista de quem analisa. Neste cenário a perspectiva comum ou geral influencia a tomada de decisão tanto pessoal quanto pública, em especial ao guiar a conduta como por exemplo em escolas, ao criar um esquema compartilhado de valores, sobre a forma de educar as crianças;
- IV. Divisão entre virtudes naturais e artificiais. A primeira não depende de regras sociais ou culturais decididas em conjunto para sua aprovação, alguns exemplos seriam a bondade, abrangendo generosidade, gratidão, amizade, bem como a prudência e sagacidade, enquanto as virtudes artificiais são vistas como necessárias para arranjos bem-sucedidos de cooperação impessoal, tendo como exemplo a honestidade com respeito a propriedade, a fidelidade a promessa, ambos atrelados à justiça.

Nos livros de Noddings, Hume é mencionado ao tratar sobre cuidado e sua transição do cuidado natural ao ético, devido ao posicionamento do autor sobre aquilo que torna a

moralidade uma virtude está enraizada em algum sentido interno ou sentimento de que a natureza tornou universal para todas as espécies, e influenciada por esta visão a autora propõe a moralidade como uma "virtude ativa" ligada ao contexto, onde o cuidado torna-se uma virtude quando avaliada mediante ao exercício do cuidado vincula-se ao contexto. Um exemplo é a paciência, que só é virtude se devidamente contextualizada, como ao se instruir uma pessoa de quem se cuida (NODDINGS, 1984;1986). A partir desta perspectiva Noddings leva em consideração dois sentimentos:

- 1º Vinculado ao sentimento natural de cuidado. Neste aspecto, defende-se que os seres humanos querem cuidar e ser cuidados, portanto, há um “cuidado natural”, no sentido daquele que surge naturalmente, que brota como um sentimento, acessível a toda humanidade. Por ser natural, não se pode exigir das pessoas que tenham esse impulso ao defrontar-se com a necessidade do outro pois assim não seria natural, todavia, aqueles que nunca o manifestam, por vezes são repudiados socialmente.
- 2º A ação de cuidar em resposta à lembrança de como se sentiu quando cuidou e foi cuidado(a) que poderá guiar a conduta por parte de quem educa. Esta perspectiva tem como papel a porta de entrada na criação de uma ponte entre a transferência de sentimento como análoga a transferência de aprendizagem. Aqui Noddings (1986) aponta o ensinamento da psicologia moderna, e mais tarde reafirmada por Reich (1995), de que aqueles que são cuidados desde o nascimento desenvolvem o poder nutridor de cuidar de si e dos outros.

Michael Slote mais tarde reconhece e adota para si a abordagem da autora Nel Noddings, que esclareceu a influência ou similaridade entre a ética do cuidado e o sentimentalismo de Hume (SLOTE, 2010). Para Slote (2007), Hume e Hutcheson não defendiam a moralidade como requisito da razão prática, inclusive duvidavam da existência dessa racionalidade mesmo fora da esfera da moralidade; ao longo do livro Slote debate sobre a possibilidade de uma racionalidade instrumental aliada ao sentimentalismo.

Embora no seu livro “Da Moralidade à Virtude” Slote tenha adotado uma veia neo-aristotélica, na obra “Morals from motives” o autor deliberadamente evitou padronizar suas ideias em Aristóteles, a decisão é justificada pela crítica de que a teoria da moralidade do antigo filósofo não parece exigir uma preocupação com os seres humanos em geral, algo em debate hoje, pela dinâmica de mundo cada vez mais conectado. Além disso a teoria não cobre a questão de distinção entre o que seria moralmente bom para nós fazermos pelos outros e o que realmente temos a obrigação de fazer por eles (SLOTE, 1992; SLOTE, 2001).

Ao invés de recorrer ao neo-aristotelismo, estoicismo histórico ou as abordagens consequencialistas e kantianas, Slote (2011) adota outra possibilidade para as questões

levantadas anteriormente trazendo para o debate os trabalhos de Hume, Hutcheson e até Adam Smith, pois enxergava no sentimentalismo moral britânico do século XVIII uma inspiração para a ética do cuidado. Refutando a visão de Peter Singer e outros utilitaristas, Slote defende que o julgamento moral intuitivo é comum aos humanos. Em seu estudo, a moral é parcial, na prática isso significa que geralmente nos importamos mais, no sentido de sentir mais empatia e um impulso de cuidar daqueles cuja situação está próxima, sendo até mesmo pessoas diretamente relacionadas conosco, do que por aquelas pessoas cuja situação é conhecida apenas por descrição e estão distantes (SLOTE, 2001; 2010).

Slote, ao vincular a ética do cuidado à ética das virtudes, encontra nesta segunda os elementos necessários de justiça, com isso começa a articular uma teoria da justiça dentro da ética do cuidado capaz de lidar com a preocupação em relação às pessoas, não só a quem está mais próximo, mas também a pessoas estranhas ao indivíduo, sendo aplicada por exemplo a questões públicas e políticas (SANDER-STAUDT, 2006).

2.3 Código de ética

Em seu texto, Morrison (2020) observa que, desde que o homem passou a se preocupar com a garantia de sua subsistência própria e dos membros de seu grupo através da caça, coleta e partilha de alimentos, ele passou a ter necessidade de definir quais ações eram apropriadas para que todos fossem tratados de forma justa. Neste contexto nasce o código de ética, termo referente a uma coleção de regras que descrevem o comportamento ético aceitável dentre pares.

Desde então o código de ética teria se adaptado a cada realidade, como o código de Hammurabi, um dos primeiros códigos de que se tem registro que aborda as regras de justiça e equidade em uma sociedade com base em códigos anteriores (MORRISON, 2020), condizente com a sua época, hoje a mesma entraria em conflito com o que a Assembleia Geral das Nações Unidas decidiu em Paris (dezembro de 1948), onde uma série de diretrizes foram elencadas a serem alcançadas por povos e nações, intitulada Declaração Universal de Direitos Humanos (1948).

2.3.1 Código de ética profissional

O registro de um código que aborda as regras de justiça e equidade em uma sociedade é algo importante e permeia a vida do cidadão até no exercício de um ofício onde sua função, neste caso, trata-se de reger a atuação do indivíduo dotado de conhecimentos referentes à área

desempenhada, estipulando regras de conduta e buscando manter padrões de prática e competência (MORRISON, 2020).

Baseada na justiça social, apesar dos recursos escassos e demandas múltiplas, a saúde pública volta-se à promoção de uma comunidade saudável e ao combate e prevenção de doenças, nesse contexto os profissionais de saúde desempenham inúmeras funções nas quais é necessário que sejam profissionalmente competentes, atuem em colaboração e respeitem a confidencialidade de seus pacientes, dentre outros pontos, o que denota a necessidade de um código de ética único para orientar sua missão (MORRISON, 2020).

2.3.2 Código de ética no exercício da profissão de enfermagem

No cotidiano de um profissional de enfermagem é comum encontrar-se em situações em que escolher entre duas ou mais alternativas, igualmente desejáveis ou indesejáveis, que de alguma forma implicará na intervenção sobre outro ser humano, que muito provavelmente estará em alguma situação de vulnerabilidade. Até a tomada de decisão de abordagem ao paciente pelo profissional, cabe-lhe a necessidade de discussão e reflexão a respeito de conhecimento específicos, valores, princípios éticos e legais assim como normas e regras de conduta de sua profissão (SCHNEIDER; RAMOS, 2012).

Criado não como uma série de regras rígidas, que detalham o modo operante de cada situação específica do cotidiano, o Código de Ética do Profissional da Enfermagem (CEPE) tem diretrizes que buscam nortear os julgamentos éticos dos profissionais diante da competência jurídica do Sistema Cofen/Conselhos Regionais (SILVA, 2021), elencando de forma clara, a responsabilidade ética e profissional dos profissionais da enfermagem, perpassando por pontos como direitos, deveres e sanções no intuito de evitar ocorrências de negligência, imperícia e imprudência, danosas ao paciente (SCHNEIDER; RAMOS, 2012)

Ao analisar o código de ética brasileiro voltado à enfermagem, verifica-se que ele leva em consideração premissa anteriores tais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra (1949), cujos postulados estão contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiras de 1953.

O primeiro código de ética brasileiro proposto para os profissionais da enfermagem surgiu em 1958, por iniciativa da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), a qual não possuía competência legislativa ou executiva, cabendo-lhe o papel de apenas recomendar o cumprimento do código. Somente em 1973, com a lei 5905, instituiu-se o Conselho Federal de

Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) os quais possuíam competência para elaborar e alterar, quando necessário, o código de ética (SILVA *et al.*, 2012), cabendo a fiscalização a partir do “Código de Deontologia de Enfermagem”, aprovado pelo COFEN e publicado em diário oficial em 1976. Por fim, coube ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017) a responsabilidade de discriminar sobre os direitos, deveres, proibições, infrações e penalidades, tendo sido reformulado em 1993, 2000, 2007 e 2017 (SILVA 2021; SILVA *et al.*, 2012).

No primeiro Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (CEPE) existia o artigo 10, que determinava que no exercício da profissão de enfermeiro era seu dever fazer “o diagnóstico das necessidades de enfermagem do cliente, a fim de elaborar o plano de cuidados correspondentes”. Esse artigo foi interpretado por Silva (2021) como uma definição da responsabilidade do enfermeiro como gestor e prestador dos cuidados, de realizar o processo de Enfermagem. Todavia, nas três reformulações seguintes, a temática não foi abordada, salvo o dever de documentar a assistência prestada, sendo reinserida na última versão em 2017, que contou com a contribuição da comunidade da enfermagem através de consulta pública. Nesta versão é garantido o direito dos profissionais de “Aplicar o Processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade” conforme artigo 14, da Resolução nº 564 de 2017.

No código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2017) o cuidado com pacientes em processo de morte é abordado nos artigos 42, ao constatar a autonomia do paciente na tomada de decisão sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto e bem-estar. A temática morte também está presente no artigo 48 que compreende como dever prestar assistência de enfermagem no intuito de promover qualidade de vida à pessoa e família no processo de nascer, viver, morrer e luto, nos casos de risco iminente de morte, o profissional em consonância com a equipe multiprofissional deve oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, ou seja algo que melhora ou alivia momentaneamente, mas não é capaz de curar ou resolver o problema, para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. Essa resolução torna o CEPE aprovado em 2017 o terceiro dentre os códigos de ética da saúde a abordar a temática de cuidados paliativos, segundo Silva (2021), logo atrás do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/2009) e do Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução COFFITO nº 424/2013).

2.4 Saúde pública e unidade de tratamento intensivo

Na Assembleia Geral da ONU (1948) tornou-se pública a Declaração Universal dos Direitos Humanos, um documento marco na história dos direitos humanos, que traz consigo um padrão comum de realizações para todos os povos e todas as nações. Nele estão estabelecidos direitos básicos para uma vida digna, orientando cidadãos e governos para a trilha de proteção dos direitos humanos. Dentre os direitos elencados, cabe a este trabalho ressaltar o de ganhar o suficiente para fornecer alimentação e vestuário adequados, e recreação; o direito de toda família a um lar digno; o direito a cuidados médicos adequados e a oportunidade de alcançar e gozar de boa saúde; o direito à proteção adequada contra os temores econômicos da velhice, doença, acidente e desemprego; e o direito a uma boa educação. uma visão geral das ligações entre saúde pública e justiça social. Desde então, segundo Dohone (2013), governos ao redor do mundo falharam, individual e coletivamente, em garantir esses direitos e uma das implicações disto recaí na saúde pública; tocado por essa situação, o autor escreve em seu livro sobre a ligação entre saúde pública e justiça social.

A partir dos anos de 1970 os sistemas de saúde pública dos países centrais foram afetados pela crise do Estado de Bem-Estar Social, na busca de uma reforma no setor da saúde no com o objetivo a eficiência dos prestadores de serviços de saúde, series de reformas foram analisadas na busca de um custo-benefício ideal, destacando-se o Banco Mundial como instituição disseminadora de uma agenda social compatível com diretrizes neoliberais (TRAVAGIN; GAVA, 2019).

Este mesmo banco junto com o próprio Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) fizeram uma proposta alternativa, dois anos após a conferência de Alma Ata (realizada nessa cidade da antiga União Soviética em 1978), sob os argumentos de que faltaria dinheiro, vontade política e infraestrutura. Alma Ata foi um marco no campo da saúde por propor a meta “Saúde para Todos no Ano 2000” trazendo consigo a inclusão de princípios básicos de saúde pública e justiça social. Apresentada na conferência organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978, a meta enfatiza a importância da atenção primária e a dificuldade de acesso a saúde devido a desigualdades econômicas e sociais, o documento também define a saúde como um direito humano fundamental que leva em consideração não apenas a ausência de doença ou enfermidade mas também o bem-estar físico, mental e social (DONOHOE, 2013; FACCHINI 2018).

Apesar do aumento dos custos de saúde ser uma das principais questões políticas em muitos países, os cuidados de saúde estão caminhando para uma das maiores indústrias globais.

A declaração de Alma Ata é uma forma de oferecer um meio de criar um sistema de saúde sustentável em países ricos e pobres, projetado para atender às necessidades das pessoas e não às do grande complexo médico-industrial (BAUM, 2007).

Antes da meta proposta em Alma Ata o movimento da reforma sanitária brasileira já propunha a concepção de um sistema universal de saúde, com uma atuação forte da Atenção Primária à Saúde. Em 1988, ano da promulgação de uma Constituição federal brasileira e, dez anos depois da meta feita em Alma Ata, o Brasil implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei Federal n. 8.080/1990 que detalha o funcionamento do sistema e instituiu os preceitos que seguem regulamentando o SUS até hoje, no intuito de oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e financiado através de impostos recolhidos da população. Com o objetivo de promover a consolidação do SUS e a inovações nos processos de gestão buscando maior eficiência e qualidade do trabalho veio mais tarde a Portaria nº399/2006, o Pacto pela Saúde, que dispõe sobre diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento entre outros.

Cabe ressaltar que a abrangência do SUS no quesito cuidado com a saúde não está somente no nível de atenção primária ou básica (BRASIL, 2009), existem outros dois níveis, o de média complexidade e o de alta complexidade, cada qual com sua especificidade de atendimento; esse ordenamento visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema, não cabendo a classificação desses níveis de atenção como mais relevante que outro, uma vez que a atenção à Saúde deve ser integral (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Educação (2021) hoje o Sistema Único de Saúde no Brasil conta com cinco serviços de apoio a população:

- a) **Unidade Básica de Saúde (UBS)** - São consideradas a porta de entrada do SUS, onde o cidadão recebe vacina, medicamentos, troca de curativos, recebe injeções. Aqui ocorre o atendimento médico para diagnóstico e tratamento de cerca de 80% dos problemas de saúde;
- b) **Unidades de Pronto Atendimento (UPA)** - Podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. O local conta com uma estrutura que possibilita exames de raio-X, eletrocardiografia, exames laboratoriais e pediatria, laboratório de exames e leitos de observação; quando o paciente chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Nas localidades em que estão em pleno atendimento, as unidades têm capacidade para atender sem necessidade de encaminhamento ao pronto-socorro hospitalar em mais de 90% dos pacientes. Estas unidades estão ligadas

diretamente ao SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e, dessa forma, colaboram para a diminuição das filas nos prontos-socorros dos hospitais;

- c) **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):** Através da ligação para o número 192 ocorre o atendimento do paciente no primeiro momento; uma central de regulação, que conta com profissionais de saúde e médicos treinados, dará orientações de primeiros socorros por telefone e posteriormente definirá o tipo de atendimento adequado ao caso;
- d) **Atendimento Médico Ambulatorial - (AMA):** Atende demandas de saúde com média complexidade, como dor de ouvido, dor de garganta, crises de asma e infecção urinária, suturas, drenagem de abscessos e Raio-X de qualquer paciente sem cadastramento prévio, com atendimento diferenciado, sendo de segunda-feira à sábado das 07 às 19h para as unidades tradicionais, e 24h para as unidades interligadas à hospitais.
- e) **Hospitais** – Atendem emergências que necessitam de internação, cirurgias, acompanhamento cirúrgico, exames mais elaborados, maternidade, exames de imagem e casos mais complexos.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, demonstrando sua preocupação com a segurança do paciente e visando não só a troca de conhecimentos e soluções, mas também conscientizar e conquistar o compromisso políticos, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

No Brasil foi lançado, em 1º de abril de 2013, pelo Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, S/D) instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 529/2013, que propõe um conjunto de medidas buscando alcançar qualidade no cuidado para com o paciente, no intuito de prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde que poderiam resultar em dano desnecessário para o paciente. Silva e Pinheiro (2001) vinculam a qualidade na assistência de enfermagem à acessibilidade dos enfermeiros a bons materiais e equipamentos, assim como a disponibilidade de recursos humanos capacitados e em quantidade suficiente, a assistência ao paciente de forma holística, à presença de estrutura de serviço adequada, entre outros fatores.

Donaldson *et al.* (2000) afirmam que o problema não são as pessoas ruins na área da saúde, mas sim o fato que as pessoas boas estão trabalhando em sistemas ruins que precisam ser mais seguros, pois quando grandes sistemas falham, é devido a múltiplas falhas que ocorrem

juntas, criando uma sequência de eventos em que as falhas crescem e o acúmulo delas resulta em um acidente. Segundo Vargas *et al.* (2007) a qualidade do cuidado implica em ultrapassar a lógica dos processos, estruturas e resultados; os autores evocam a responsabilidade social do hospital e profissionais da saúde para com a comunidade. Outra vertente que afeta a qualidade do cuidado é analisada na dissertação de Venturi (2009), onde os fatores relacionados aos recursos humanos e às relações dentro da instituição têm mais importância do que os relacionados ao ambiente físico e recursos materiais, nesta vertente a desmotivação da equipe de enfermagem é o fator principal que afeta a qualidade do cuidado; Novaretti *et al.* (2014) associam a sobrecarga de trabalho de enfermagem a um aumento de risco de mortalidade dos pacientes nas UTIs. Para Camargo Silva (2010) o resultado de futuras investigações sobre a segurança do paciente pautarão o processo de decisão e possíveis intervenções da gestão modificando o quadro de eventos indesejados na prática do cuidado.

Segundo o conselho Federal de Medicina (2020), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) oferece suporte vital de alta complexidade e exigem competência técnica e científica. É uma área do hospital voltada ao atendimento de pacientes neonatal, pediátrico ou adulto, monitorados 24 horas por dia, por equipe multidisciplinar especializada no intuito de garantir o suporte e manter a vida do paciente durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica.

Sobre o profissional de enfermagem, em especial o enfermeiro, recaem as atividades de prescrição da assistência de enfermagem, os cuidados diretos a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica, bem como a capacidade de tomar decisões imediatas. E em especial durante as pandemias o número de enfermeiros para UTI era de 8 leitos para um enfermeiro os quais já possuíam funções diretamente ligadas à saúde, como sistematizar a assistência durante o turno de trabalho, mas também responsabilidade por funções burocráticas e administrativas, concomitantemente à assistência aos pacientes críticos e com risco de morte, que necessitam de tomada de decisão imediata (COFEN, 2020), cabendo aos Técnicos de Enfermagem assistir ao Enfermeiro nos termos da Lei Nº7.498, de 25/6/1986 (BRASIL, 1986).

Mesmo que no art. 196 da Constituição Federal de 88, “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Nem sempre um município necessita ter todos os níveis de atenção à saúde instalados em seu território, para garantir a integralidade do atendimento à sua população. Particularmente no caso dos pequenos municípios, isso pode ser feito por meio de pactos regionais (BRASIL, 2009), o que não é o caso de Florianópolis, que conta com hospitais públicos como o Florianópolis, Governador Celso Ramos e Centro de Pesquisas Oncológicas

(Cepon), conhecido como Hospital do Câncer de Santa Catarina, único centro para tratamento de câncer público do Estado; além desses também existem hospitais administrados por empresas privadas que atendem pacientes pelo SUS, como é o caso do Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e do Hospital Caridade, esse segundo também atende por convênios particulares ou por desembolso do cliente e os que atendem totalmente pelo particular, como o Hospital Bahia Sul ou o SOS Cardio.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo propõe descrever o caminho traçado e propostos com o objetivo de compreender o fenômeno a ser estudado por intermédio da sistematização, coleta e análise de dados.

A primeira etapa exploratória que contou com uma prévia revisão da literatura na base de dados EBSCO, entre 2019 e 2020, utilizando-se as palavras-chave "ethic of care" and "nurse" and "covid" obteve-se 116 artigos ao todo, dentre eles foram selecionados apenas 53 por terem seu conteúdo disponível para acesso, ao acessar os artigos 2 deles foram descartados pois não eram em inglês ou em português. Ao final da leitura de conteúdo dos mesmos pode-se encontrar 8 artigos que mencionavam tanto a temática ética do cuidado, quanto com a profissão de enfermagem e o covid, conforme síntese a baixo:

Imagem 1: Revisão da literatura

- BAUMLIN, James S. **From postmodernism to posthumanism: theorizing ethos in an age of pandemic.** Humanities, v. 9, n. 2, 2020.
- DAY, Giskin; ROBERT, Glenn; RAFFERTY, Anne Marie. **Gratitude in health care: A meta-narrative review.** Qualitative health research, v. 30, n. 14, 2020.
- HICKEY, Emma Maria. **The ethics of care: a narrative inquiry with teachers of Ethics.** 2020. Dissertação de Mestrado. University of Malta. 2020
- JONES, Alexis L.; KESSLER, Meghan A. **Teachers' emotion and identity work during a pandemic.** Frontiers in Education. 2020.
- ROORDA, Mathea; GULLICKSON, Amy; RENGGER, Ralph. **Whose values? Decision making in a COVID-19 emergency-management scenario.** 2020.
- SHABAN, Ramon Z. et al. **SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting.** American Journal of Infection Control, v. 48, n. 12, 2020.
- SHEAHAN, Linda; BRENNAN, Frank. **What matters? Palliative care, ethics, and the COVID-19 pandemic.** Journal of Bioethical Inquiry, v. 17, n. 4, 2020.
- YOSHIZAKI-GIBBONS, Hailee. **Time and again: Old women and care workers navigating time, relationality, and power in dementia units.** 2020. Tese de Doutorado. University of Illinois at Chicago. 2020

Fonte: Elaborado pelos autora (2022)

Estas pesquisas contribuíram para a escolha dos métodos que delinearão esta pesquisa em especial exaltar a oportunidade de estudar mais a fundo as noções sobre a ética do cuidado em meio a pandemia. Além disso, os diferentes artigos presentes na revisão possibilitaram a visão de uma brecha na área de estudos sobre ética do cuidado ligada a enfermagem em contexto pandêmico, o que pode ser mais bem explorado e estudado, objetivando ampliar o conhecimento e compreensão sobre este assunto.

O trabalho apoia-se sobre a abordagem qualitativa, não só por sua natureza voltada para a participação, compreensão e interpretação dos dados pelo pesquisador (CHIZZOTTI, 2001), mas também porque a abordagem permite captar o fenômeno e sua dinâmica através da coleta de dados detalhados (GODOY, 1998), sobre os pensamentos, sentimentos e vivências dos entrevistados digno de uma teoria fundamentada proposta por Straus e Corbin (2008), entretanto por questões de prazo de pesquisa optou-se por realizar a análise de conteúdo através de pesquisa exploratória propondo-se a compreender qual a percepção dos profissionais da enfermagem sobre a ética do cuidado e quais os valores que guiam sua atuação no período de Março de 2020 a Fevereiro de 2022.

Quadro 2: Classificação de pesquisa

Quanto à natureza da pesquisa (abordagem)	Tipo de estudo	Amostragem	Quanto ao método de coleta de dados	Quanto ao método de análise de dados
Qualitativa	Exploratório-descritivo	Bola-de-neve	Entrevista pré-estruturada	Análise de conteúdo

Elaborado pela autora (2022)

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2022, através de entrevistas em profundidade, pois possibilitou mais engajamento dos profissionais em participar da pesquisa do que o modelo de grupo focal inicialmente previsto, visto que as agendas não batiam. Neste caso, as entrevistas ocorreram nas plataformas virtuais de videoconferência: GOOGLE MEETS e ZOOM por serem as de maior aceitação dentre os entrevistados, buscando não exceder uma hora e meia de entrevista.

Considerando o foco deste estudo e seus propósitos, foram entrevistados enfermeiros que estão envolvidas nos processos de atendimento de pacientes na UTI em Florianópolis, por acreditar que estes são os que estão mais profundamente impactados pelo contexto pandêmico e mais conectados com o cuidado em sua prática profissional e, portanto, mais próximos da prática da ética do cuidado.

Os passos que auxiliaram na execução desse projeto e alcance dos objetivos propostos são, em primeiro lugar, a coleta de dados junto à população por meio de amostragem bola de neve (VINUTO, 2014), etapa em que duas informantes-chaves tiveram grande importância, sendo uma técnica de enfermagem que atuou diretamente com enfermeiros e atendeu pacientes de *Covid-19* e uma fisioterapeuta que atuou com equipe multiprofissional no. Ambas foram contatadas via Whatsapp e questionadas se tinham interesse de participar desta pesquisa, e após resposta positiva indicaram alguns colegas de trabalho da enfermagem que poderiam ter interesse em serem entrevistados.

No momento das entrevistas, a temática do estudo foi explicada, assim como o fato de que poderiam abandonar a reunião a qualquer momento ou optar por não responder qualquer pergunta; além disso foi deixado explicitamente claro que nem a instituição em que trabalhavam nem suas identidades seriam reveladas neste estudo e também foi questionado se haveria possibilidade de gravar a reunião para arquivo pessoal no intuito de estudar as entrevistas, fazendo-se o compromisso de não compartilhar o conteúdo e, por fim, os entrevistados foram avisados sobre a existência do termo de consentimento livre e esclarecido e do consentimento para fotografias, vídeos e gravações presentes no apêndice B e C, respectivamente.

À medida que a entrevista se encerrava com os informantes-chave era solicitada a possibilidade de indicar no mínimo três outros enfermeiros(as) que trabalharam diretamente com pacientes acometidos por Covid e que poderiam interessar-se em participar da pesquisa. Assim que os contatos eram disponibilizados pelo WhatsApp essas pessoas eram contatadas e questionadas se teriam interesse em participar da pesquisa e então o ciclo de explicar o trabalho e o pedido de consentimento se reiniciava.

A entrevista em profundidade contou com questionário pré-estruturado, presente no Apêndice A, o qual está dividido em duas seções: perguntas aprofundadas e dados gerais, desenhada a partir do contato com literaturas voltas à ética do cuidado e de conversa informal com as informantes-chaves citadas anteriormente.

A primeira seção volta-se ao relato de casos referente ao ambiente de trabalho e seus líderes. O ambiente de trabalho é abordado, uma vez que a realidade de alguns profissionais inclui sobrecarga dos enfermeiros devido às horas extras, colegas afastados por conta do vírus, suspensão de férias para atendimento de pacientes, os quais, mais da metade são de regiões adjacentes a Florianópolis, e até o mês de julho de 2020, não haviam tomado medidas restritivas. Já as lideranças exercidas e as virtudes percebidas entre o grupo de enfermeiros e os líderes surge por conversa informal com um funcionário, este comentou que a direção de um

Hospital não tinha muito o que fazer, observando que estavam tentando contratar mais pessoal e distribuir EPI, mas não atentavam para os apontamentos dos enfermeiros.

A segunda secção foca na biografia dos entrevistados e a relação que possuem com os colegas de trabalho. Este tópico justifica-se por conversas informais com profissionais da saúde que relataram enfrentar dificuldades em comum entre si, como a morte dos pacientes, uso de equipamentos de proteção individual (EPI) que machucam, e até a convivência com profissionais da saúde que, apesar das circunstâncias, organizam aglomerações em propriedade particular.

Os critérios de inclusão e exclusão dos participantes para a entrevista em profundidade estão na indicação pela metodologia bola de neve, além desse fator foram considerados os seguintes:

- Foram entrevistados somente enfermeiros que atuaram com pacientes acometidos por Covid, desta forma excluindo-se médicos, técnicos em enfermagem e outros profissionais da equipe multiprofissional da UTI.
- Foram entrevistados enfermeiros que estavam dispostos a participar da entrevista em profundidade, excluindo-se os profissionais que se negaram a participar ou não responderam ao convite de pesquisa.

Antes da coleta dos dados ocorreu uma pré-análise, como proposto por Bardin (2016); nessa fase ocorreu a leitura flutuante dos trabalhos de Reich (1995; 2004), Gilligan (1977; 1995; 2003), Noddings (1984; 1986; 1988), Tronto (1987; 1993) e Slote (1998; 1992; 2013; 2001; 2007), tendo-se formulado uma hipótese para estudo: a ação dos enfermeiros continua sendo guiada pela ética do cuidado mesmo em meio a pandemia? Em seguida ocorreu a separação do material, que contou com a transcrição para o Excel, e uma vez que foi utilizado um questionário pré-estruturado, isso possibilitou o alinhando de todas as respostas às perguntas realizadas, de forma que já estivesse construída uma pré-análise das entrevistas depois de transcritas. Concluída a etapa inicial, Bardin (2016) avança para a exploração do material, que consiste na análise sistêmica em função das categorias construídas na pré-análise, nesse ponto ocorreram as operações de codificação utilizando a análise qualitativa prevista por Bardin (2016) focando no indicador da presença ou ausência de resposta capaz de sanar a dúvida expressada como critério de agrupamento, em seguida ocorreu a decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas como proposto pela autora. A última fase consistiu no tratamento das informações, inferência e a interpretação.

Houve algumas limitações nesta pesquisa, tanto no que tange a participação dos profissionais de enfermagem, explicadas pelos próprios enfermeiros(as) na abordagem inicial

onde os mesmos comentavam estar com a rotina muito corrida, com dificuldade de encaixar a agenda com a pesquisa, a própria contaminação do profissional por *Covid-19* que também foi um fator que limitou a participação dos mesmos e por vezes a não resposta dos profissionais abordados também foi uma questão. Esses fatores podem ser atribuídos a rotinas de trabalho exaustivas em decorrência do cenário vivenciado.

Além disso assinala-se possíveis limitações dessa pesquisa devido a escolha do método de análise das entrevistas, uma vez que a análise de conteúdo exige inferência do pesquisador em suas diferentes fases impossibilitando a neutralidade nos resultados obtidos.

Ao todo foram entrevistados 19 enfermeiros(as), 4 homens e 15 mulheres, com idades entre 26 à 59 anos, chegando a uma média de 34 anos entre os respondentes, os quais acumulavam desde 2 anos de profissão até 35 anos, levando a média para 11 e meio de trabalho como enfermeiro, sem contar o tempo que alguns entrevistados já atuavam como técnicos em enfermagem anteriormente.¹ O tempo médio das entrevistas são de 49 minutos e 48 segundos, o que possibilitou enxergar sob suas lentes, um pouco da realidade de 6 diferentes unidades de tratamento intensivo dos hospitais de Florianópolis.

¹ Nesse cálculo desconsidera-se o dado de uma das entrevistadas, pois o computador parou de gravar no momento em que a idade e o tempo como enfermeira foram questionados.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina, entrou-se em contato com as diretorias dos hospitais que permaneceram em anonimato neste trabalho, assim como os entrevistados que serão todos mencionados no masculino com o intuito de preservar suas identidades, nesta ocasião foram solicitadas autorizações e colaboração para a realização da pesquisa em suas instituições. Após o recebimento da autorização, iniciou-se a coleta de dados, observando-se os preceitos e procedimentos éticos previstos na resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

A pesquisa foi realizada mediante a participação voluntária dos enfermeiros através da metodologia bola de neve; os participantes eram convidados a participar da pesquisa, que ocorreu individualmente e não de no formato de grupo focal devido à carga horária de trabalho que não batia com a agenda de entrevistas.

No primeiro momento os participantes foram informados individualmente quanto aos objetivos do estudo, e lhes foi garantida a preservação do anonimato tanto de suas identidades quanto a que instituições se encontravam vinculados, sendo mais tarde encaminhado o termo de consentimento esclarecido, para que formalizassem a sua participação por meio da assinatura do documento. Em seguida deu-se início às entrevistas de forma online conforme a disponibilidade dos participantes, com a exceção de um caso em que a entrevista ocorreu no próprio hospital, por ser melhor para o entrevistado. Nesse contexto foram tomados os devidos cuidados para que não ocorresse contaminação pelo vírus.

A partir dos depoimentos foi possível obter o contato de 61 enfermeiros que trabalharam em Florianópolis no atendimento de pacientes com Covid internados na UTI; após o contato com 42 desses profissionais, conseguiu-se entrevistar 19 enfermeiros.

Com base nas conversas informais com as duas informantes chaves apresentadas no capítulo de procedimentos metodológicos, somados à literatura previamente consultada (GREENBERG *et al.*, 2020; CHAN; BERG; NADKARNI, 2020; MAZANEC, 2020; AMORIM *et al.*, 2021; MEDEIROS, 2020; (FREIRE *et al.* 2021), e as 19 entrevistas realizadas, elaborou-se uma síntese da investigação que fosse condizente com a realidade observada em Florianópolis. Em específico foram criadas 21 categorias iniciais, pautadas em questionamentos/causas/fatores geradores tanto do que desmotivou os enfermeiros quanto do que os motivou ao longo da pandemia.

Destas 21 categorias iniciais buscou-se criar um filtro que pudesse abranger mais de um item da categoria inicial, conseguindo assim sintetizar a situação analisada obtendo-se outras 10 categorias intermediárias, tornando possível sintetizar para 3 categorias finais, desenhada com o intuito de a destacar pontos de atenção as consequências das duas categorias anteriormente, sendo elas “ Contexto e condições de trabalho que influenciaram o exercício do cuidado durante a pandemia “; “Instituição e o cuidado oferecido aos seus enfermeiros”; “A ética do cuidado se materializando no contexto dos enfermeiros” (Quadro 3) as mesmas foram concebidas ao passo que a análise dos dados do estudo ocorriam.

Quadro 3: Processo de categorização

CATEGORIA INICIAL	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
1. Excesso de atividades e sobrecarga	1. Acúmulo de carga de trabalho dos profissionais de enfermagem	1. Contexto e condições de trabalho que influenciaram o exercício do cuidado durante a pandemia
2. Aumento das horas trabalhadas por enfermeiros		
3. Por vezes baixo dimensionamento de enfermeiros nos hospitais não respeitando normativa do COFEN		
4. Necessidade de acompanhar novos funcionários da UTI setor vindo de transferência ou da recente graduação		
5. O cuidado do próprio enfermeiro consigo mesmo		
6. Motivação dos enfermeiros em atuar em UTI	2. Percepção que rege a vida dos profissionais	1.Contexto e condições de trabalho que influenciaram o exercício do cuidado durante a pandemia
7. Falta de EPI e insumos hospitalares	3. Insegurança quanto a biossegurança de enfermeiros e pacientes	
8. Distanciamento dos(as) enfermeiros(as) de seus círculos social e familiares		
9. Mais de um vínculo empregatício	4. Busca de qualidade de vida	
10. Inexistência de piso salarial	4. Busca de qualidade de vida	
11. Por que trabalhar na UTI com pacientes Covid?	5. Motivação guiadas as vezes por ética, as vezes por crescimento profissional quando não ambos	

12. Trabalho desempenhado pela liderança	6. Relação entre chefia e suporte dado aos enfermeiros	2. Instituição e o cuidado oferecido aos seus enfermeiros
13. Qual papel tiveram os superiores no cuidado de seus funcionários?		
14. Processo colaborativo de produção e atualização constante de protocolos de segurança de fácil acesso aos funcionários	7. Atuação multidisciplinar no combate a pandemia	3. A ética do cuidado se materializando no contexto dos enfermeiros
15. Exercício da liderança informal	8. O cuidado para além do paciente, quem cuida de quem cuida?	
16. Acolhimento dos colegas de trabalho		
17. Reconhecimento e sua ligação com o cuidado		
18. Dilemas morais da profissão	9. Choque entre éticas frente ao bem-estar do próximo que está próximo	
19. Código de ética da profissão		
20. Compreensão do que é ética do cuidado	10. Internalização de conhecimentos, tanto acadêmicos quanto do código de ética	
21. Valores que influenciam o exercício do trabalho		

Quadro 3: Processo de categorização. Florianópolis, SC, Brasil, 2022. Elaborado pela autora (2022)

4.1 Contexto e condições de trabalho que influenciaram o exercício do cuidado durante a pandemia

Amorim *et al.* (2021), ao abordarem os agravos à saúde mental do enfermeiro no exercício de sua profissão durante a pandemia, destacam a auto responsabilização dos profissionais ao afastarem-se de suas famílias para não lhes comprometer a saúde, esse fator esteve também presente durante as entrevistas com os enfermeiros dos hospitais de Florianópolis. Além disso houve questões ligadas à autopreservação: existia o cansaço mental e físico, não só pela alta demanda de trabalho como também da necessidade de formulação de protocolos de atendimento, uma extensa carga horária de trabalho, a perda de entes queridos e colegas funcionários e, além disso, a contínua responsabilidade de pagar os boletos no final do mês, como demonstrados nos discursos a seguir:

"eu senti uma extremidade² psicologicamente gigante principalmente, por que tu não podia parar de trabalhar por que tecnicamente é a renda da minha família, os amigos não podiam ajudar porque também estavam sobrecarregados então na época

² Expressão utilizada pelo E8, no contexto o mesmo quis dizer que sentiu o peso psicológico gigante sobre ele.

que começou foi o caos ainda mais porque tenho dois empregos como enfermeiro” (E8)

“perdemos alguns colegas, alguns colegas em estado grave conseguimos recuperar” (E7)

“conforme os primeiros casos foram aparecendo tinha que estudar sobre o COVID porque era uma coisa nova então conforme ia saindo as coisas dos artigos a gente ia estudando, a gente montou uma equipe dentro da UTI para criar protocolos então a gente tinha que ler os artigos para criar os protocolos pra pensar como que a gente ia fazer pensar cada processo só nessa questão de paramentação” (E9)

“meio-dia era um segundo protocolo à noite era outro, era muita informação e informações assim não necessariamente errada porque ninguém sabe ao certo, então não existe um certo, mas também não existe um errado, não existia um Norte a ser seguir.... no começo que mais pegava era a instabilidade e a incerteza porque querendo ou não tu também tem família...muitos colegas deram uma pirada, a gente via muitas mortes” (E16)

Ao enfrentar a pandemia, os enfermeiros tiveram a oportunidade de vivenciar momentos e ter experiências inéditas ao ter que enfrentar, com o aumento abrupto e generalizado da ocupação de leitos hospitalares, situações de falta tanto de EPI quanto de aparelhos que garantissem o cuidado de pacientes, além disso ocorreram rearranjos de equipe com contratação de novos profissionais devido ao drástico aumento de pacientes, a transferência de enfermeiros da UTI para outras alas por serem grupo de risco, e o afastamento de alguns profissionais que chegaram no seu limite emocional e físico, aspectos somados a uma constante exposição a mortes, perda de entes queridos, adoecimento de colegas de trabalho, resultando em um certo endurecimento emocional, compreendido por alguns como um desenvolvimento do lado mais racional. Além dessas dificuldades muitas outras estão elencadas nos trabalhos de Silva *et al.* (2020), Liu *et al.* (2020) e Sharp *et al.* (2021). As entrevistas abaixo apontam que essa experiência com a pandemia foi compreendida por alguns como algo desafiador, que possibilitou seu crescimento como profissional, como ilustram as falas:

“Foi muito desafiador (...) No início a gente tinha muito medo de se contaminar (...) então a gente programou toda uma rotina para entrar um mínimo dentro daquele quarto porque todo mundo tinha medo de se contaminar” (E9)

“então eu acho que a gente deixava de estar mais próximo do paciente por conta desse medo [de se infectar pelo Covid], pois não havia protocolos né, com o tempo

isso foi se dissipando (...) e conforme foi passando aquele medo de contaminação, foi passando também e virou algo normal.” (E9)

“às vezes as pessoas estavam falando contigo, estavam muito bem e do nada o pulmão dava game over e a pessoa ia embora, foram centenas de corpos. Muitos amigos, gente famosa... eu conseguia de alguma maneira sintetizar aquilo, não era tão fácil processar, a velocidade que aquilo acontecia era muito alta, a gente perdeu muitos colegas, afastados de Covid, e a gente teve que trabalhar dobrado. Não tinha quem substituísse ... a gente da UTI tem uma vantagem, a gente consegue trabalhar em qualquer setor, mas nenhum consegue substituir a gente, então quem ficou doente foi a gente, e ninguém ajudou a gente.” (E2)

A realidade imposta aos enfermeiros que optaram por continuar a trabalhar na UTI é relatada pelos profissionais, a fonte de *stress* para esses profissionais era multifocal, além de ter que lidar com um quantitativo menor do que o recomendável pelo COFEN no parecer normativo nº002/2020 (COFEN, 2020), eles tiveram que lidar com a contínua necessidade de internação de pacientes e, diferente dos hospitais privados, quando não havia mais onde internar as pessoas, ainda assim não se fechava a porta para quem chegava no hospital público pedindo cuidados, demandando dos enfermeiros ainda mais energia para lidar com a situação, conforme relatos abaixo:

“os hospitais seguiram a resolução de 1 enfermeiro para cada 5 pacientes, que o normal era 1 para 10 mas com o Covid virou 1 pra 5, mas não deu certo porque todo mundo pegava Covid e você ficava sozinho com 20 pacientes... ficamos com 70% da equipe afastada, por muito tempo e você vai fazer o que? Vai negar vaga pra morrer?” (E2)

“me lembro como hoje, uma gestante de 34 semanas com Covid, com saturação de 64% e o normal é 100%, perdendo a vida, como é que eu não vou admitir? Não tem vaga pra admitir, e os técnicos falavam enfermeiro a gente não pode, a gente não tem força pra isso, falei: cara deixa ai que eu ajudo vocês, mas não podemos deixar morrer, estamos em guerra e vamos manter quem a gente pode e acabou” (E2)

“eu cheguei a fazer plantão de 120h entre dois hospitais e o outro emprego” (E2)

A má qualidade dos EPI elevou a preocupação dos enfermeiros com sua própria segurança pelo risco de infecção, fator que contribui para ainda mais *stress* no ambiente de trabalho, já carregado com o baixo quantitativo de profissionais disponíveis para trabalhar na UTI. Além disso a classe também teve que se preocupar com outro fator que impunha mais

responsabilidade e estresse: a escassez e por vezes falta de qualidade de equipamentos fornecidos para o tratamento dos pacientes, conforme relatos a seguir:

“sei que o estado entrou no negócio e me mandou ventiladores para gente, alguns ventiladores ridículos, que fale mal dava para ventilar um pulmão bom, imagina um pulmão com o Covid, mas enfim era o que se tinha, então a gente acaba revezando, tipo a gente tinha sei lá uns 10 ventiladores bons e 10 meia boca, então os 10 bons ficavam para aqueles pacientes bem graves; aquele bem grave morreu ou melhorou? Troca com o ventilador do outro, entendeu? Um rodízio.” (E9)

“o que pegou principalmente foi a qualidade do insumo, a gente no início ele tinha uns aventais descartáveis que ele era transparente, não tinham punho, ele ficava solto tu, era ridículo avental, então pensa como é que ele SE protegia.” (E9)

“a gente tem que deixar o gotejamento de [nome de medicamento] é um caninho que vai no nariz e a gente coloca uma maquininha pra mandar sei lá dez ml/hora para os pacientes que eram tranquilos da unidade a gente tirava essa maquininha e gente deixava gotejando a olho e não pode, mas eu precisava dessa maquininha pra uma sedação que é muito mais importante, então isso eu vivenciei.” (E16)

“falta de medicamento porque os preços subiram muito... paciente entubado na emergência uma semana porque não tinha vaga na uti, paciente não entubado porque não tinha ventilador, aconteceu bastante... Quando um da equipe positivava, afastava a equipe toda, então tinha essa dificuldade naquele bom no início. No início a dificuldade era a demanda agora a dificuldade é o atendimento de pacientes que optaram por não se vacinar.” (E7)

Mais de um hospital mostrou ter tido dificuldades quanto a gestão de recursos materiais, que por sua vez acarretaram problemas na hora de prestar um cuidado direto. Esse desafio enfrentado pelos enfermeiros teve sua quantia de estresse adicionada a outros tantos momentos por outros motivos, auxiliando no desgaste dos profissionais, como mencionado abaixo:

“trabalho exaustivo, uma hora a gente acha que está diminuindo e de repente aumenta de novo e muita gente morrendo sob os nossos cuidados, não por falta de cuidado, mas por falta de as vezes insumos, as vezes falta de leito, as vezes falta de equipamento, por causa da superlotação então a maioria da equipe da enfermagem acabou descendo ladeira abaixo.” (E7)

“teve uma época foi em junho e julho de 2020 não me engano 2020 e janeiro, fevereiro, março de 2021 que a gente tirava um paciente da UTI pra entrar outro porque a gente sabia que tinha uns cinco, seis pacientes lá na emergência esperando

vaga então male mal dava tempo de extubar outro paciente que já vinha outro, uma correria.” (E9)

A sistematização do atendimento foi uma das formas encontradas pelos enfermeiros de lidar com o atendimento de pacientes covid mesmo com a baixa qualidade e racionamento de EPI, segundo relatos:

"Primeiro eu entrava nos que já estavam quase saindo da quarentena, depois eu entrava em quem estava com suspeitas até entrar nos contaminados pra evitar (...) Álcool em gel, coloca avental, tira avental (...) tira a máscara, chega em um nível que tu coloca toda a cabeça, juro tu montava toda a sua face e só trocava o avental e luva (...) quando ia visitar o paciente eu me visto toda, saio, lavo a mão e higienizo a mão, a cabeça tá intacta porque eu não vou ficar beijando paciente, nem nada disso... coloco o aparelho no paciente, principalmente quando você era um enfermeiro para vinte pacientes, aconteceu muito disso" (E16)

O contexto e as condições de trabalho nos hospitais de certa forma de corroborou para um cuidado fragilizado e para a insatisfação dos trabalhadores da enfermagem, sendo um entrevistado bem taxativo sobre a situação:

“A baixa infraestrutura em que enfermeiros foram colocados para trabalhar ...pouca equipe, pacientes sendo atendidos na emergência e não só na UTI... É ético colocar o paciente em uma situação de risco?” (E9)

Com a carência de profissionais de saúde devido à explosão de demanda dos pacientes e ao remanejamento de alguns da UTI para outros setores por serem grupo de risco, foi necessária a admissão emergencial de novos profissionais, algo abordado por alguns enfermeiros entrevistados, em especial por aqueles com mais tempo de carreira em relação a inexperiência profissional dos recém-admitidos, ao ver do primeiro grupo os mesmos acabaram treinado e supervisionando os novos funcionários enquanto prestavam assistência a pacientes de alta complexidade. Segundo Amestoy (2010) as lacunas do aprendizado dos enfermeiros referentes à formação são anteriores à pandemia. Amorim *et al.* (2021), ao apontarem a formação e atuação de novos profissionais da enfermagem como um quinto fator de desafio da enfermagem brasileira, utilizaram um eufemismo quando apontaram a inserção de recém-formados no enfrentamento à pandemia como um primeiro contato marcante com a profissão e conclui que os desafios na enfermagem são antigos e perduram culturalmente na profissão, e, com a pandemia, houve um agravamento. Os depoimentos a seguir são evidências de que não foi diferente nos hospitais de Florianópolis:

“Os estágios não te preparam para os problemas que vão surgindo. E obviamente esses técnicos recém-formados jogados na UTI que eu não conseguia nem treinar, nem auxiliar, não tinham tempo, então com certeza a gente sabe que erros aconteceram por falta de vigilância, por falta de conhecimento, por falta de experiência. Mas como eu disse, era uma situação de extremo.” (E14)

Donaldson *et al.* (2000) comentam que os erros cometidos na área da saúde são frequentemente devido à convergência de múltiplos fatores e culpar um indivíduo não altera esses fatores, e o mesmo erro provavelmente se repetirá. O entrevistado E16 teve a mesma percepção sobre a estrutura do sistema de saúde, tanto sobre sua incapacidade de adaptação quanto a responsabilidade da sociedade civil de compreender como colaborar com a saúde em tempos de pandemia, conforme seu relato:

"teve algumas etapas que foram piores, a primeira leva foi pior, aí depois deu uma acalmada aí foi onde eles começaram a liberar cirurgias eletivas que até então estavam suspensas ... e depois teve um segundo bloco muito intenso onde aumentou exponencialmente e foi onde a gente teve muito contaminado e muitos óbitos, então nessa segunda etapa ficou muito nítido a nossa incapacidade enquanto saúde, e não incapacidade técnica, em capacidade de estrutura por que a gente teve entre o início e essa primeira leva uns 10 meses pra se programar" (E16)

"O que na época me deixava mais indignada é o negacionismo de todos... muitos profissionais, muitos colegas da saúde também não acreditavam até literalmente a água bater na bunda e o que mais me deixa triste é que a gente sabia, a gente eu digo estado, a gente federal a gente sabia o que era pra ser feito e a gente não fez, a gente não fez por que não tem uma política de educação e saúde, a gente não tem uma política de crescimento social em conjunto, se me beneficia ok, mas se beneficia a Luíza aí não tá bom, então acho que faltou isso muito um crescimento coletivo em sociedade que no brasil no meu ponto de vista... é muito deficiente.... um crescimento da sociedade no sentido de pensar no outro... meu potencial de contaminação é muito maior que o seu, então se eu não tinha noção que tinha que usar máscara, que precisava me higienizar, de que eu precisava usar algumas medidas qual a lógica?... todo mundo usar vacina" (E16)

"a gente já não usa o sistema de saúde de forma adequada e me incluo nisso, só que quando veio o Covid isso só se intensificou, porque por exemplo todo mundo sabia que as emergências a prioridade eram para casos respiratórios graves, então

chegavam pessoas que podiam resolver seus problemas em unidade básica, com dor crônica a 5 anos" (E16)

Com base nos depoimentos anteriores cabe pensar futuramente em uma abordagem sistêmica para modificar as condições no ambiente de trabalho que contribuem para esses erros. O setor de recursos humanos agiu corretamente em anunciar novas vagas para conseguir atender a demanda, não tendo responsabilidade sobre a alta demanda do setor hospitalar que resultou na escassa oferta de profissionais qualificados, sobrando aos interessados enfermeiros recém-formados ou profissionais com baixa experiência em UTI, no entanto cabia ao setor formular uma forma de treinar esses novos profissionais para lidar com o cotidiano da profissão em uma UTI.

“foram aumentando o número de internações e a gente começou a receber profissionais das Clínicas profissionais que foram contratados no processo emergencial e que muitos deles chegaram lá sem experiência nenhuma. Alguns mal sabiam aspirar uma medicação, então tu pensa, por um lado tu tem um paciente gravíssimo extremamente instável e ao mesmo tempo que se tem que olhar pro paciente e cuidar dele tem que ficar de olho naquele profissional” (E9)

“Ok que não tinha profissional habilitado para todos, para atender todos os pacientes todas as UTIS. Só que o que que a gente sentiu falta? Que o pessoal que treina dentro do hospital que existe um setor específico para fazer treinamentos com os profissionais, ele era omissos, totalmente omissos, quem treinou os profissionais foi a gente! Ali durante o turno de trabalho, o que a gente pediu? a gente pediu que viesse por exemplo que tenha um profissional do [nome do hospital] que era do laboratório de simulação de enfermagem que estava em casa, a gente pediu que ele viesse para o hospital, ele não precisava entrar dentro da UTI, que ele ficasse em uma sala, distante e ele fizesse o treinamento com os profissionais, de paramentação de monitorização. de aspirar medicação, que era, que é uma coisa tão básica, mas tinha gente que não tinha prática. Não veio.” (E9)

“são péssimos os formandos agora, 10% deles são maravilhosos e o resto só se formaram pra tentar achar um emprego, não querem trabalhar. Ainda mais agora com a faculdade a distância de enfermagem (...) eles aprovam enfermagem a distância, mas não aprovam o piso...os recém-formados estão crus porque não sabem trabalhar, a medicação tudo bem porque estão descobrindo, mas tem muita coisa crua que dá pra falar deles era a falta de coisa do dia-dia que sempre deveria ser feito” (E2)

Em meio à entrevista, o entrevistado E2 falou que pautava seu trabalho na humanização, mas a seguir serão abordados momentos em que E2 enfrentou dilemas morais e guiou suas ações com base em seus próprios princípios, levando em consideração a empatia com o próximo, então perguntei como se ensina humanização para os alunos de enfermagem, e segundo ele:

“Com atitudes, mostrar exemplos de como é, com experiências em situações críticas, você mostra habilidade, experiências que você tem, conhecimento técnico, mostra humildade e mostra que o caminho é aquele. Porque o pessoal se forma e eles demoram 3 ou 4 anos para virarem enfermeiros de verdade, o enfermeiro de verdade é aquele que em qualquer situação sabe sair bem, e isso eles demoram” (E2)

Quando questionados sobre o que significava cuidado, os entrevistados trouxeram duas percepções, uma delas está conectada com cuidar da pessoa doente, ligado a prestação de cuidados técnicos, por sua vez o segundo significado está ligado a preocupação com o outro, de forma que agiam no intuito de ajudar e proteger a pessoa doente, que pode sugerir uma virtude de preocupação com a outra pessoa.

"Cuidar é se importar com a queixa do outro, por mais que você não consiga solucionar naquele momento.... o fato de você olhar e se importar, então o cuidado não é em si a ação, mas tudo que envolve esse resultado final" (E16)

“Cuidado é a essência da enfermagem, ela é resumida no cuidado, quem trata teoricamente é o médico e quem cuida e quem administra o tratamento é a enfermagem, então pra mim o cuidado é a essência da enfermagem” (E1)

"cuidado é a gente poder proporcionar tudo pro paciente da melhor forma possível, seja tanto medicamento, limpeza até amor e carinho para o paciente, é amplo" (E8)

Em meio a uma rotina hospitalar pandêmica, outro ponto que permeou a realidade do enfermeiro era a dificuldade de dar atenção para o cuidado consigo mesmo durante e principalmente após as jornadas de trabalho, o que tensionava ainda mais a realidade dessas pessoas, quando questionados se conseguiram cuidar de si, essas foram as respostas dos entrevistados:

“Não, inicialmente cheguei a fazer um pouco de terapia, eu sempre fiz exercício físico, mas eu acho que é tanta sobrecarga tanta necessidade do setor que a gente trabalha, então a gente acaba pegando plantão extra então no outro dia eu só quero deitar e descansar, não quero ir para uma terapia ou ir fazer exercício físico, eu sei que eu vou me sentir melhor mas né” (E4)

“Não, não dá é impossível, porque o ritmo, Luiza, eu tinha 29 anos de trabalho em 2020 eu nunca trabalhei tanto na minha vida como em 2020, os 29 anos anteriores não deram metade do que trabalhei em 2020, em 2021 eu trabalhei três vezes o que trabalhei em 2020. Foi muito violenta a sobrecarga, ela foi gigante, então era assim, você estava perdendo colegas teus, pais dos colegas teus, mães dos colegas teus, filhos por que não tinha vaga e as pessoas não sabiam humanizar, não sabiam cuidar como deveria, então ficou muito aquém... Eu não peguei Covid dentro com os pacientes porque eu usava todos os paramentos possíveis, eu peguei Covid dando um abraço e um beijo em uma colega que o irmão dela tinha morrido ali com a gente, era uma enfermeira colega minha, que na sala de máscara eu estava sem máscara e estava indo buscar a minha e ela chegou, porque ela também estava procurando a máscara dela, ela me deu um abraço de amigo porque o irmão dela tinha morrido ali fazia 5 minutos e naquele abraço naquela sala eu peguei Covid, fiquei mal pra caramba” (E2)

Na concepção de ética do cuidado de Gilligan (1977) a maturidade moral está no equilíbrio entre relações de cuidado e auto sacrifício, sendo esse equilíbrio nutrido pelo cuidado consigo mesmo, mas a partir dos relatos do enfermeiros, no contexto pandêmico onde a força de trabalho dos profissionais de enfermagem é considerada essencial, e devido ao contexto e as condições de trabalho e salários cria-se uma situação de dilema moral em que o enfermeiro acaba sendo forçado a escolher entre optar por cuidar de si mesmo ou usar esse tempo cuidando do outro, seja no trabalho ou após o fim do seu turno, como pode ser visto no relato:

“Rotina tão corrida, e na pandemia foi muito mais corrida, por exemplo na minha UTI eram 9 pacientes entubados gravíssimos... literalmente nós não parávamos no plantão porque os pacientes eram muito instáveis, isso não me abala psicologicamente porque gosto de trabalhar com pacientes instáveis com óbito iminente, mas a questão de parar e ter um tempo para mim e me acalmar, inclusive eu tenho dificuldade pra parar por que a gente é ligado no 220v então não sei se consegui cuidar de mim nessas questões psicológicas por causa da rotina porque literalmente eu não tenho tempo de parar e pensar nisso” (E5)

“De forma alguma [consegui cuidar de mim durante a pandemia] não conseguia comer, por que vivia paramentado (...) 6 horas e teu colega fazendo as funções burocráticas administrativas que o enfermeiro tem, nessas 6 horas mal no banheiro você podia ir, porque não podia ficar se desparamentando a toa (...) então já não tomava água direito, se comia era besteira porque não levava comida e não tinha

tempo de preparar então comia lanche, café e energético adoidado, fui ganhado peso por que tu não ia na academia não fazia exercício, tu não dormia.” (E8)

“ao longo da pandemia consegui cuidar de mim em questões físicas, eu sou uma pessoa bem ativa, sempre fiz exercício físico e tento manter isso, mas as questões psicológicas as vezes me policio e fico me questionando se realmente está adequado, eu sei que nunca vai estar adequado, mas digo dentro da normalidade” (E5)

“Não, muito pelo contrário, eu havia parado de fumar lá em 2013... e no final de 2019 eu voltei a fumar devido ao tremendo estresse, principalmente por causa da pandemia, eu não tava cuidando da alimentação, exercício, maus hábitos, isso eu observo bastante na equipe de enfermagem, que muitos poucos se cuidaram nessa época da pandemia” (E7)

Trabalhando na UTI e conscientes das condições e do contexto em que estavam inseridos, houveram enfermeiros que optaram a continuar trabalhando na UTI com pacientes Covid, a justificativa para tal ato estava lastreada em questões ligadas à contribuição social, à impossibilidade de transferência para outro setor caso não existisse algo que o caracterizasse como grupo de risco e também pela não aceitação da possibilidade de pedir demissão. Houve entrevistados, como o E3 e E15, que optaram por se desligar do hospital, no primeiro caso o profissional saiu do hospital e foi trabalhar em uma outra empresa sem vínculo com atendimento de paciente em hospital e o segundo entrevistado, que tinha dois empregos, decidiu se desligar do hospital privado e optou por permanecer trabalhando na UTI do hospital público por ter preferido a segunda instituição. Os relatos a seguir demonstram as justificativas dos enfermeiros do porquê continuaram trabalhando em UTI no atendimento de paciente com covid:

“A minha motivação é ser enfermeiro, eu gosto de ser enfermeiro, gosto do cuidado e acho que foi um desafio novo, é outro crescimento.” (E1)

Em seguida perguntando se não seria possível ter pedido remanejamento ou optar por sair da UTI o entrevistado respondeu:

“Não se pode pedir remanejamento... tu não pode trabalhar em uma UTI, chegar em um determinado momento e falar que não quer mais trabalhar em uma UTI, não é assim, trabalhei na UTI a vida inteira e agora que tá vindo uma pandemia vou pedir pra sair? né?... ouve algumas pessoas que pediram pra mudar de local, talvez eu até pudesse mudar, mas não é assim que as coisas funcionam, se não, não vai ter mais pessoa pra trabalhar...” (E1)

Apesar desta resposta e possíveis interpretações do leitor, este profissional foi considerado por uma antiga funcionária da instituição como uma liderança informal durante o atendimento e tratamento de pacientes de Covid na UTI.

“a gente não teve motivação, a gente foi enfiado, né? Ninguém pergunta se você quer trabalhar com paciente Covid, todo mundo quer fugir desse paciente. Foi assim ó a gente está abrindo a uti Covid e vai te colocar nela ...tirando os colegas que trabalham pro estado que pagou uma remuneração a mais aos enfermeiros que trabalharam com o Covid, né?” (E8)

“Tem diferença de você querer um emprego e você querer trabalhar, as pessoas normalmente querem emprego elas não trabalham, então você tem que ter os valores de cuidar corretamente, então 10% da enfermagem cuida de verdade, os outros 90% estão apenas no emprego e ficam se desviando das funções.” (E2)

“o desafio do intensivismo (...) porque eu sabia o que eu ia fazer eu sabia que o desafio ia ser gigante e a equipe me seguiu...eu sou especialista em enfermagem intensivista, eu vou deixar quem no meu lugar? Eu vou pular do barco? Na hora que mais precisam de mim? Não, eu tenho o dom disso então se tá caindo o mundo eu vou ficar lá, eu vou carregar até o último pedaço e vou estar junto, a gente vai salvar junto, em nenhum momento eu pensei em sair...imagina se sai e tá acontecendo a guerra lá, eu quero é estar na guerra. Pelo amor de Deus... Quero estar lá porque sou útil, porque eu sei que sou uma ferramenta útil que se eu não tiver naquela guerra o prejuízo vai ser ainda maior e se eu tiver lá a gente pode amenizar, eu tenho certeza disso. Não sentia uma obrigação moral de estar lá, era gostoso estar, cansativo, mas gostoso, quem estava comigo me seguia, então eu estava bem tranquilo, eu acredito que de certa forma fui uma liderança. Nunca anunciei, mas acredito que sim, o pessoal se espelhava, o tempo todo pedindo o que fazer, como fazer, aonde fazer... eles chegavam discretamente em mim em situações mais aguçadas e eu conduzia, os próprios enfermeiros vinham pra mim.” (E2)

“A questão profissional ali eu adorava, pedir transferência não passou pela minha cabeça, aquilo era muito desafiador por que era muito complexo, eram pacientes gravíssimos, essa condição clínica eu gosto, por isso nunca cogitei sair.” (E5)

Dentre os entrevistados há quem demonstrou uma compreensão de dever de cuidar em sua profissão, talvez devido à deontologia por trás da área de atuação profissional, e porque parece haver um sentimento pelas pessoas, que nesse caso foi utilizado para o bem, salvando vidas

“é gratificante poder recuperar um paciente, ajudar a cuidar, devolver ele pra família então eu acho que isso que me motiva mais, eu poder contar para minha família, pra minha filha, como uma vitória, não é o salário, que não é alto, o que me motiva é ter essa alegria de recuperar as pessoas e poder cuidar das pessoas” (E5)

“algumas pessoas se tornaram líderes, extremamente bons, extremamente competentes, e literalmente líderes, não se tornaram chefes, e alguns se tornaram generais, pelo esgotamento, pelo stress, pela pressão e claro não é sempre que você vai ter os 100% de acerto, mas eu acho que uma questão de ter a humildade de voltar atrás e ter uma segunda opinião acho que fazia ou faz toda a diferença”. (E16)

“eu gosto do desafio do paciente grave assim que crítico entendeu aquele paciente que tem que ficar em cima dele o tempo todo e é tudo muito dinâmico e de repente tudo vira aquela adrenalina entendeu? Então e o Covid era mais um desafio, tipo não foi uma escolha eu não tive escolha de dizer assim ‘ah, não quero trabalhar com Covid’ não tinha escolha nesse momento... naquele momento só não trabalhou com um Covid alguém que tinha alguma restrição médica aí não trabalhou, se não imagina ainda mais quem tinha experiência era essencial, não tinha como como fugir, era até eu posso dizer um absurdo para mim pensar que eu fugiria nesse momento sabendo que eu sei que eu tenho experiência que eu poderia fazer a diferença lá dentro um absurdo eu querer nesse momento trabalhar com qualquer outra coisa, não faz sentido nenhum” (E9)

Além disso alguns entrevistados correlacionavam a política e o comportamento de parcela da sociedade como uma dimensão do que veio a se tornar uma experiência desgastante dentro da profissão, cobrindo desde a questão financeira do exercício da profissão vinculada à inexistência de piso salarial e o projeto para a consolidação de um piso salarial que há anos tramita, contexto que incentiva enfermeiros a optarem por ter mais de um vínculo de trabalho na profissão para conseguir ter acesso a uma melhor condição de vida, além dessa há questões como corte de parte do benefício insalubridade das refeições oferecidas e críticas como as políticas de saúde pública foram conduzidas, como pode ser visto nas falas a seguir:

“é decepcionante para a categoria...é muito frustrante” entrevistado sobre a perda de direitos referente a refeição e insalubridade” (E1)

Segundo Sander-Staudt (2006), a associação de uma ética da virtude à ética do cuidado permite a dissociação das mulheres da virtude do cuidado, colocando o foco na importância das instituições sociais na promoção de virtudes, e reconhecendo a ligação entre questões éticas e políticas. Assim, uma ética do cuidado ampla e politicamente situada buscará promover a

justiça para alcançar o cuidado, com isso em mente a retirada de refeição, da remuneração financeira referente ao trabalho insalubridade em meio a uma pandemia e a decisão de não defender a ciência e o uso das vacinas, como observado no relato abaixo parecem caracterizar uma relação de cuidado marcada pela injustiça e isso não é cuidar.

“é que a gente está passando por um momento bem difícil no país, eu acho. Essa pandemia também, além da política, muita negação, vi muita gente negando muita coisa, essa mistura que teve de política com pessoas a gente tem um Ministério da Saúde tão frágil que na verdade é um ‘Ministério da Doença’ e o presidente que dificulta ao invés de ajudar, então a pandemia, na verdade acho que tudo mostra que a gente não tem muito respeito com o outro não, a máscara a gente pouco usou, e a gente preferiu não acreditar na ciência... pensando no povo brasileiro... é um ser humano com muitas dificuldades e que prefere não acreditar na ciência e isso foi a pior coisa da pandemia pra mim, vi várias pessoas sofrendo muito por que não quiseram se vacinar, é muito triste... e o que mais me deixa triste é o brasileiro não ter valorizado a ciência, por várias culpas, por que a gente tem muita falta do Ministério da saúde de atuar e a gente como país se colocou como um país que não segue a ciência, mas no trabalho tentamos seguir a ciência” (E1)

Para Slote (1998) uma explicação da moralidade social baseada no agente interpretará costumes, leis e instituições como boas, no sentido de positivas e admiravelmente justas, se refletirem motivos virtuosos por parte dos responsáveis por elas, e ruins se refletirem motivos moralmente ruins ou deficientes. No contexto dos enfermeiros que vêm aguardando a aprovação da histórica reivindicação do piso salarial da categoria, parece difícil aos entrevistados compreenderem de forma admiravelmente boa tamanha demora:

“[sobre a aprovação do piso salarial] Nunca aconteceu e nem vai acontecer, o que fizeram? Passou pelos senadores e todos foram unânimes a apoiar, eles querem votos, agora vai passar na câmara dos deputados e tenho certeza que vai ser unânime novamente, porque eles querem votos, mas jamais um presidente da república vai homologar, esse que tá aí agora já disse que não vai homologar mas por nada e o anterior também não homologava, então vou me aposentar sem ter um piso” (E2)

“acho que faltou principalmente uma organização governamental, acho que faltou muito organização e cuidado no início da pandemia, por parte dos governantes, acabou tendo esses aumentos excessivos juntamente por demora da compra de vacina, a demora de compra de materiais, a falta de busca de recursos, isso acabou cansando e acho que foi uma das principais causas por desencadear isso...a questão

da remuneração já é algo bem batido na enfermagem... hoje quem ganha/ganhou muito dinheiro com a pandemia foram os administradores de hospitais, os médicos, e a enfermagem ta sempre na mesma.” (E7)

“Hoje em dia nosso maior desafio é que agora nos últimos dois meses é que o governo simplesmente cortou a verba para Covid nos hospitais, né? Para os hospitais federais, então fecharam-se muitas UTIS, unidades Covid porque a maioria dos país não recebem mais a verba do Governo Federal para ter esses leitos Covid. O que aconteceu? Fecharam a UTI Covid-19 do [HOSPITAL], a emergência Covid se juntou com a emergência dos adultos normal, demitiram a maioria dos profissionais do processo emergencial e com isso tudo veio a omicron, então tem muitos profissionais de atestado, então a gente tá com um número reduzido de profissional, a emergência não tem mais a estrutura que eles tinha antes para o Covid eles tão tendo que lidar com os pacientes positivos pro Covid e os não Covid uma estrutura precária, onde pode acabar sendo transmitido o vírus para os não positivos para Covid” (E9)

A temática da visibilidade/reconhecimento presente nos depoimentos está presente no trabalho de Backes *et al.* (2021); os autores defendem que a campanha mundial “Nursing Now 2020”, traz visibilidade aos profissionais de enfermagem diante da pandemia da Covid-19 e com essa visibilidade reafirma que esses profissionais precisam mais que aplausos, sendo bem-vindos os reconhecimentos mas também condições minimamente dignas de trabalho, fato que inclui dimensionamento adequado de profissionais, educação permanente, salários justos, ambientes de trabalho que possibilite o descanso e redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais Backes *et al* (2021). A experiência de ter trabalhado na UTI com pacientes Covid resultou em diferentes vivências que geraram uma gama de percepções sobre as heranças deixadas por essa pandemia, alguns entendem a experiência como desafiadora e por isso ingressaram/permaneceram, outros chegaram ao seu limite e, por fim, alguns se desesperaram.

“foi desafiador trabalhar nessa pandemia... um desafio diário, novos conhecimentos, novas técnicas, a gente tinha que pensar mais clinicamente, o desgaste físico triplicou, quadruplicou e como eu te falei eram pacientes muito instáveis.... hoje agradecemos passar por isso porque foi muito enriquecedor, tanto na parte profissional quanto da parte pessoal também, porque foram novos conhecimentos profissionais e das questões pessoais tu verificar o abalo de tantas famílias e tu ter esse link com sua família, que nada de mal aconteceu com seu grupo social familiar e tendo isso como base, acolher outras famílias” (E5)

”eu acredito que não vai ter um reconhecimento, nem da população, nem do governo, dos empresários administradores, o da equipe melhorou um pouco, o reconhecimento da equipe multi dos médicos, fisioterapia, mas nada muito especial... não é uma unanimidade mas tem muito pouco reconhecimento, muitos médicos acham que a enfermagem trabalha pro médico, e não a enfermagem não trabalha pro médico, a enfermagem tem a sua função, como o médico tem a sua e o fisioterapeuta tem as deles, e na pandemia melhorou um pouco esse reconhecimento de saber, reconhecer e ver a autonomia da enfermagem.” (E7)

“tem sido bem pesado trabalhar nessa pandemia, ano passado eu tirei férias em um dos piores meses porque eu já estava no limite e hoje eu estou chegando no limite novamente, porque a gente não vê melhora, não vê melhora de reconhecimento, dos pacientes, hoje tem menos casos mas tem casos que mexem com a gente ainda, ainda tem a questão do negacionismo, a maioria dos pacientes onde trabalho os pacientes não são vacinados então as vezes causa uma revolta, mas a gente vai cuidando, a gente não tá ali pra julgar.” (E7)

Em um dos relatos é possível identificar uma boa convivência entre os profissionais de enfermagem e médicos. Segundo a entrevistada, apesar de por vezes existir rixas entre os profissionais da área os mesmo conseguiram se juntar para enfrentar a crise “médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, que eram líderes das suas equipes e se juntaram para escrever Os Protocolos, para exigir as coisas da direção, para treinar o pessoal, entendeu? Então isso só isso só se deu essa assistência que para gente Apesar de todas as dificuldades a gente julga que foi muito boa isso só se deu pelas lideranças da equipe da UTI, de quem estava com a mão na massa. As decisões vêm tudo de cima e eles simplesmente jogam na nossa cabeça, se vira, a partir de agora é assim. Foi a organização do pessoal que trabalhava diretamente com os pacientes que conseguiu sobreviver a isso tudo. Fortaleceu muito a equipe. A gente se juntou muito, por que querendo ou não sempre tem uma rixazinha ou outra entre enfermagem e fisio, medicina, mas fortaleceu demais [...] teve um líder maior [que é um médico], teve líder da fisioterapia [...], teve líder da enfermagem [...] cada profissão tinha uma pessoa que tava ali junto pra gente prestar um cuidado integral ao paciente, então tinha uma ou duas lideranças para cada categoria, enfermagem, fisio, psicologia, fonoaudiologia, odonto” (E9)

“O que foi bem marcante pra mim foi o desespero da equipe, então além de nós enfermeiros que somos líderes da equipe ter que lidar com nosso medo, eu não senti

medo foi mais uma incerteza interna sobre a doença a gente tinha que lidar com a incerteza de um grupo técnico, né? Então eles demonstravam explicitaram essas preocupações pessoais além das questões profissionais então tu tinha que né elevar ali, fazer eles saberem que tem um equilíbrio pra trabalhar de uma forma mais harmoniosa o possível.” (E5)

Essa última fala em especial convoca a necessidade de falar sobre a segunda categoria final, que é “o ambiente de trabalho que demanda apoio dos seus líderes”, pois em uma realidade onde a equipe de saúde se encontra desesperada, com profissionais sobrecarregados chegando ao seu limite e com pouco reconhecimento profissional se faz necessária a compreensão se existiu uma liderança que buscou ajudar os funcionários a superarem a questão enfrentada.

4.2 Instituição e o cuidado oferecido aos seus enfermeiros

Em suas obras sobre a ética do cuidado, Slote (2010) propõe a noção de cuidado empático por alguém como um critério plausível na avaliação moral. Segundo a literatura de desenvolvimento moral, a empatia vem em graus, pode crescer ou diminuir gradualmente, influenciando diretamente no cuidado e preocupação para com o outro. Em um ambiente de trabalho que demanda a presença do indivíduo de “mente, corpo e coração ali para atender o outro” como dito pelo entrevistado E1, o cenário de exaustão física e mental enfrentado por esses profissionais empobrece sua capacidade de atendimento do outro e de si mesmo. Abaixo pode ser encontrado os depoimentos dos enfermeiros referente ao apoio, reconhecimento e suporte tanto da instituição, quanto das chefias e das lideranças. O compilado possibilita a compreensão de que muitos profissionais não se sentiram contemplados pela preocupação da instituição para com ele, veja-se a seguir:

“isso não é só na pandemia, o profissional ali não é pensado, o profissional ali não é pensado. Ninguém pensa no profissional, não sei como que é a realidade dos outros hospitais que tu tá conversando, mas ali ninguém pensa no profissional, eu não digo antes, anos atrás, quando entrei do hospital, mas depois que essa empresa de serviços hospitalares entrou, e ela faz a gerência do hospital agora o que eles querem é números, querem rotatividade de leito. Tipo, eles não querem saber se eu tô com pouco funcionário, eles querem que o leito rode, porque tem que tocar cirurgia no centro cirúrgico, porque é o centro cirúrgico que dá dinheiro, entendeu? Então é essa questão, que na época do Covid não foi diferente” (E9)

"Faltou muito apoio psicológico para a equipe...o serviço de psicologia não tinha condições nem pernas pra abraçar, todo o hospital que tu for tu vai ver que o serviço de psicologia ele é presente mas não é tão presente. Porque geralmente são três psicólogas para um hospital de 5 andares.... chega a ser ridículo, elas são para apagar incêndio, então quem fazia acolhimento as vezes era a gente.... quando um colega chegava no ponto de esgotamento emocional a gente afastava, pedia remanejamento de setor" (E16)

“não tinha rede de apoio... não tinha o hospital dando apoio psicológico até poque não tinha ninguém além da equipe de enfermagem e médica o resto estava afastado, a única coisa que queriam saber era se teria equipe para trabalhar então assim, apoio psicológico emocional e financeiro nenhum, nada não deram suporte nenhum, não cobraram demais, mas também assim, nenhum reconhecimento nenhum suporte nem nada, é tua função, parabéns, na época eu me senti que nem um lixo que deve ter ai no seu quarto” (E8)

Talvez perdidos nas diversas urgências hospitalares, algumas instituições parecem não ter conseguido enxergar a importância do cuidado com seus próprios enfermeiros. Pensando em um contexto de recursos humanos, tampouco conseguiu-se passar uma imagem de reconhecimento pelo trabalho prestado pelos enfermeiros e isso de certa forma afetou os profissionais, como abordado por E8:

“chegou uma época que eu trabalhava tanto que, como os colegas começaram a ficar doentes, a gente fazia 60h direto trabalhando, então eu acho que um seria o apoio financeiro, primeiramente, porque a gente trabalha muito e não recebeu nada a mais por isso e talvez uma psicóloga com a gente, tivesse um tempo pra conversar mais ou um agradecimento melhor depois de tudo isso sabe? Eu não sei te responder a melhor forma [que tipo de apoio queria ter recebido dos gestores] porque a gente não recebeu nada e, talvez... bom, não sei como é receber um apoio emocional, mas talvez na época a gente precisasse porque morria, eu já cheguei a perder 11 pessoas em um dia, entre meus dois empregos [uma instituição privada e outra pública] no final do dia, o décimo-primeiro corpo tu acaba tratando igual um lixo porque você já está cansado, já reanimou 11 pessoas no dia, entubou, fez tudo, na décima-primeira pessoa você não quer mais saber que é uma pessoa, você quer jogar o corpo pra frente. Talvez se tivesse um apoio emocional mais forte a gente não perdesse tanto a humanidade na época, talvez foi o que tenha faltado.” (E8)

Dentre os relatos é possível identificar o interesse dos enfermeiros de ter tido um apoio das lideranças e/ou da instituição, em especial um apoio psicológico:

“eu nunca passei por um psicólogo nem nunca trabalhei com um, então eu não sei como é receber um apoio emocional, eu não sei, eu acho que na época faria muito bem,” (E8)

“o apoio da direção assim quanto às nossas necessidades foi o que mais faltou. Quando foi começando a abrir os leitos, né? A gente estava com, sei lá, 10 leitos e amanhã 12, 14, 16, eles chegaram pra gente e simplesmente falavam ‘olha a partir de agora tem 16 leitos’, e eu falava ‘tá, só que eu não tenho ventilador, eu não tenho bomba de infusão, ou você me dá esse material ou eu não posso abrir o leito’. A coisa brotava da cabeça dele. Tipo, ‘nós vamos abrir mais um leito’, e material e profissional? E aí, aí de repente, tá não, aqui está um técnico, aqui está um ventilador e três bombas. Abre. Sabe? era assim era uma postura de quem está de fora, e que não entrava lá dentro da porta pra dentro a pessoa não entrava então não sabia o que estava acontecendo lá dentro” (E9)

[sobre as lideranças] “elas tentavam apoiar um pouquinho, deixavam a gente lá, mas eles tinham pouco poder, porque eles não sabiam trabalhar, a minha chefe ficou entubada aqui no hospital, entre a vida e a morte, a gente teve que salvar ela também... daí você pensa, seu próprio chefe está lá, e aí?” (E2)

Entre as entrevistas é possível identificar o aspecto da liderança conectada a percepção de indivíduo que não é ajudado, em partes porque era interessante passar a imagem de alguém forte, conforme comentado:

“em nenhum lugar que eu trabalhei nesses trinta e um anos alguém cuidou de mim, nunca ofereceram esse apoio... digo um serviço especializado, uma psicóloga, alguém pra te ouvir nada, nada, nada (...) mas como me sinto referência, eu era o cara que não chorava, fortão, a gente é de pedra por fora, mas de cristal por dentro.” (E2)

Esse relato levanta a reflexão se outros aspectos devem ser estudados futuramente como: os profissionais que trabalhavam com o entrevistado E2 percebiam que precisava de acolhimento, e o mesmo parecia aberto para tal? Houve enfermeiros que reconheceram que foi oferecido apoio psicológico pelas instituições que trabalhavam, apesar de às vezes não ser muito divulgado, e a contribuição desse aspecto para quem trabalhou na UTI.

“a gente pode contar com a psicologia que fazia vídeo chamada, isso eu acho que pode amenizar um pouco esse sofrimento dessas pessoas que passaram por essa

situação na UTI... foi divulgado em um grupo de *Whats* interno que os psicólogos se disponibilizavam a atendimento” (E1)

“o hospital oferece apoio psicológico, mas talvez ele não era muito explícito aos funcionários, não tinha divulgação de acompanhamento psicológico para os funcionários...era um profissional de psicologia para o hospital todo, funcionários, pacientes e familiares de pacientes” (E5)

“no primeiro momento acho que senti apoio da direção e chefia, sim, no primeiro momento sim, depois a gente se decepcionou com algumas coisas, parecia que havia uma cobrança na verdade porque foi aberto tantos leitos e tinha que fazer isso acontecer então as chefias queriam que isso acontecesse, então deram todo o suporte para que isso acontecesse, tanto que os melhores monitores e os melhores equipamentos ficaram pra Covid, e para a UTI geral ficaram os já mais antigos (...) a enfermagem que havia sido muito aplaudida, bater panela, bater palma, a gente teve corte de benefício, né?... mesmo na época de pandemia... eu preferia que não tivessem as palmas, mas que os direitos tivessem sido mantidos para a enfermagem, é triste tirarem a questão da insalubridade, porque quem avalia na hora que teve que entrar para atender os pacientes nenhuma dessas pessoas estiveram lá, nenhuma foi linha de frente” (E1)

“Nós temos uma liderança informal acho que poderia estar mais presente dentro do setor [entrevistado deixa claro que já atuou com coordenação em outro hospital público] e para mim coordenação supervisão ela deve estar presente sabe? eu acho que isso facilita muito assim, não só porque eu gostaria que ela soubesse todo o dia a dia para sentir não essa questão porque a pessoa é assistência ela conhece a nossa fragilidade, ela conhece nosso dia a dia se tiver que tá hoje para assistência meu Deus ela é maravilhosa e tudo, eu só acho que fica muito fora do setor, fora que eu digo há lá na sala da gerência numa outra sala externa, entendeu? É que o perfil da supervisão provavelmente é uma outra supervisão eu penso que se tivesse uma supervisão diferente seria melhor. Mas é a minha forma de achar, né? (E14)

Segundo o entrevistado nº 4, “Nosso papel como enfermeiro já é ser uma liderança”, porém o entrevistado não sentiu que teve suporte nos dois vínculos empregatícios de enfermagem que possui, tanto empresa privada quanto a pública:

“as vezes as pessoas só agarram a vaga de chefia por ter a vaga e não porque querem mudar alguma coisa ou quer contribuir para algo no serviço” (E4)

"Tem uma chefe no setor que fala confio em vocês, se virem, não precisa me perguntar as coisas só faz, acho que ela faz isso por sobrecarga, muita gente pra administrar, muita cobrança de reunião, tem que estar dando suporte para a gerência, é um pouco de falta de tempo mesmo" (E^o4)

"sinto que recebi suporte vindo dos superiores, porque todas as dúvidas profissionais e todas as ações que achava que deveria ter mais treinamento a gente sinalizava e eles prontamente davam treinamento, mas eu entendo que eram setores que estavam completamente sobrecarregados naquela época então acredito que eles fizeram o que puderam, nunca deixaram de prestar assistência de nenhuma forma" (E5)

O entrevistado E5 decidiu concorrer a vaga de gerência e hoje exerce tal posição. Sua visão é:

"pacientes são muito menos trabalhosos, eu digo em questão pessoal, do que lidar com a equipe técnica, que já carregam tudo, uma questão social, uma carga energética, psicológica profissional e tu tem que lidar um uma equipe grande... então eu procuro, eu já me considero assertiva, objetiva, direta, não se envolver muito pessoalmente porque acho que isso atrapalha na questão da hierarquia e eu quero fortalecer mais isso, além da parte burocrática e gerencial aprimorar e fortalecer mais essa questão de lidar com a equipe técnica nessas questões gerenciais... então é pra me fortalecer, tanto profissionalmente e é outro enfoque na área [da enfermagem]"(E5)

Segundo o entrevistado E5 a respeito da compreensão sobre a competência do cargo de gerência:

"eles trazem a bagagem toda a nós, e nós não somos reformuladores, a resolução dos problemas dessas pessoas, a gente tenta equilibrar de uma maneira que eles tenham satisfação no trabalho, vai ter como consequência a qualidade da assistência então é isso que a gente foca, que eles se sintam bem no ambiente que estão, porque isso vai interferir diretamente no trabalho deles" (E5)

Quando questionados sobre como gostariam de ter recebido apoio, as respostas dos entrevistados voltavam-se para o reconhecimento do trabalho prestado, alguma gratificação ou até mesmo a disponibilização de apoio psicológico sustentável, uma vez que em alguns hospitais até existia a oferta, mas era um profissional para todo o hospital, isso quando o serviço era divulgado. A demanda parece coerente visto as condições e contexto de trabalho

contempladas no tópico acima, eis alguns relatos sobre os apoios esperados pelos profissionais por parte da chefia, direção, gerência e instituição

“apoio psicológico, profissional de psicologia dando suporte para os profissionais para o enfrentamento da pandemia.... mas isso não estava no alcance das chefias e dos coordenadores, isso estava acima da direção que não apresentou isso, se tivesse isso acho que teria ajudado mais ... muita gente perdeu familiar e não teve apoio de um profissional psicólogo em ambos os hospitais que trabalho” (E7)

“Falando na minha vivência, [as lideranças podiam] vir no setor, ver se eu estou precisando de alguma coisa, de funcionário, porque assim eu chego as vezes na UTI eu tô com um paciente instável, eu tô com um paciente grave e eu tenho que sair correndo atrás de pessoas para completar minha equipe por que se não as pessoas não vão conseguir trabalhar, daí eu fico me sentindo impotente por que ai não consigo dar atenção necessidades do meu paciente, ou eu tenho que resolver coisa administrativa, consertar o banheiro que tá entupido, consertar o ventilador que a fisioterapia pediu pra eu arrumar, coisas assim que acabam vindo tudo para a nossa mão e a gente acaba deixando de dar assistência para o paciente por perda de tempo que podia ter uma pessoa focada pra isso, nosso próprio chefe podia estar administrando tudo isso” (E4)

“ah, de repente, ter um psicólogo pra ajudar vocês, a gente tem sei lá um muito obrigado, um bombom, uma cartinha de valeu pelo esforço, uma folga de um dia no mês” (E2)

Nem todos os enfermeiros reconheceram a existência de lideranças informais, mesmo que outros colegas do mesmo hospital tenham identificado alguém com esse perfil, o destaque no que tange à liderança informal se mostrava conectado a conhecimento técnico, tempo de trabalho na profissão, demonstrando interesse no que fazer e na melhor forma de fazê-lo, dando apoio aos colegas de trabalho tendo interesse genuíno em dar sequência nos trabalhos desempenhados, como ilustram as falas a seguir:

“acho que isso foi natural de alguns médicos e alguns enfermeiros, nasceu do nada, a gente percebia que era aquela vontade de pegar aquilo e fazer funcionar... quando chega uma médica e fala ‘ó a gente tem que desligar os aparelhos desse paciente ele tá muito ruim, tem que desligar as drogas, o que vocês acham, equipe? Vamos fazer isso? O que é melhor?’ E faz todas atitudes para ou desligar ou pra salvar aquela vida, não mede esforços, quando um médico chega no setor e fala pra mim pelo amor de Deus tu vai ter que ir naquele setor eu tô com uma paciente, a UTI tá

lotada, e a médica fala, leva a sua equipe, eu preciso de você e mais um técnico que você quiser pra gente entubar naquele setor porque eles não sabem fazer nada lá, e a gente fez isso 100 vezes, 200 vezes fora da UTI, não foi só na UTI que a gente trabalhou, foi suporte no hospital inteiro, sempre tinha uma ou duas médicas nessa ponta e eu também, lembro que eu pedi duas meninas da limpeza limparem o leito em 5 minutos eu queria que elas fizessem a faxina. Ah, mas leva uma hora, eu falei 5 minutos vocês entenderam as duas? Elas perguntaram por que, e eu expliquei que se vocês fizerem em 5 minutos a gente vai salvar aquela vida e se demorarem mais ela vai morrer, em três minutos estava pronto... salvamos a vida dela. Então existiram lideranças que se formaram do nada e que eram bons influenciadores... essa liderança podia existir antes, mas muito discreta, e na hora de trabalhar de verdade a gente percebe, a gente sabe quem foi” (E2)

“no início deram bastante suporte, ambos os hospitais, só que tinham coisas que não estavam no alcance das coordenações, era uma coisa de direção...tiveram lideranças informais e não era só um, quando um tava mal o outro tava bem...um caía e o outro ajudava a levantar” (E7)

Conforme a planilha do Microsoft Excel com o resultado da metodologia bola de neve os dados da pesquisa apontam que ocorreu um significativo reconhecimento dos funcionários, de um Hospital em especial, da atuação de uma enfermeira desempenhando o papel de liderança informal, onde mais tarde a chamaram para dar suporte a chefia. O caso abaixo é um relato da experiência de um dos enfermeiros que enxergou nessa pessoa uma líder informal na instituição, que se preocupou com seu bem-estar e sua saúde, e que possivelmente utilizou a ética do cuidado para guiar suas ações:

“A nossa gerência é também muito boa, aberta, não existe uma gerência inserida lá na direção que tu não consegue chegar, é uma barreira sabe que tu tem que agendar. Não, tu tá ali batendo ponto e ela tá ali na porta te cumprimentando, para no corredor para conversar, é de igual para igual, tu se sente à vontade né? Tu é acolhido então isso é muito bom, e eu em 2020 assim que eu entrei no [hospital público] ... fazia nem dois meses de trabalho que eu tinha entrado... eu peguei Covid aí tá fiquei doente e eu comecei com febre. Eu fiquei muito ruim, muito ruim, aí eu tive comprometimento do pulmão, 50%, teve pneumonia bilateral... domingo eu tava péssima e minhas colegas perceberam e o médico me atendeu lá no plantão e... na segunda-feira na terça meu resultado saiu positivo a minha gerência ela me ligou perguntando como é que você tá? ... Olha é resultado saiu e você deu positivo... ela

prontamente falou que eu acho que é melhor você se avaliada pelo médico, vou agendar um médico aqui para ti vou agendar com um pneumologista... você tem condições de vir [até o hospital] agora? ... Eu já vou ligar para o ambulatório e falar com o doutor.... cheguei lá e fui ele já estava me esperando, meu Deus excepcional um Anjo e ele me atendeu e ele já pediu raio-x... e ele já viu que eu já tava com lesão no pulmão... e eu já saí com uma prescrição médica... ai eu fui só piorando e a minha chefe sempre me ligando [nome do entrevistado] como tu táis? e o médico me deu WhatsApp qualquer alteração tu vai me comunicar...sem palavras...eu sei que ela sempre me ligava... teve um momento que ela falou vem aqui no hospital que estão te esperando, eu fui três vezes consultar no ambulatório eles me esperando... teve uma vez que ela conversava comigo pelo telefone e eu não tava bem e ela perguntou assim se tu precisar, porque eu tenho Unimed, se tu precisar se internar pelo teu plano de saúde tu quer se internar aqui [no hospital público] e disse pra ela que queria aqui... eu estava lá só um mês e meio eles não me conheciam olha a humanização, o acolhimento que teve, enquanto, ai eu fiquei muito triste isso me magoou bastante, quanto a outra instituição que trabalhava [há mais de 10 anos] que eu tenho certeza que sou bem vista dentro da instituição... mas eles não me ligavam pra saber como é que eu tava, eles só queriam saber que dia eu ia voltar pra trabalhar, eles estavam preocupados que dia eu ia voltar pra cumprir escala, só isso... lá eu não fui acolhida... resumindo a chefia foi trocada nisso tudo ai porque ela se passou com os colaboradores, colocou gente pra trabalhar 12h, 36h, as pessoas não querendo, vocês têm que comprimir as escalas e se virar nos plantões pra cobrir as enfermeiras” (E14)

Essa liderança informal demonstra carregar consigo a noção de cuidar no aspecto mais amplo proposto por Slote (1998), em que cuidar está ligado a promover o bem-estar daqueles dentro de sua órbita de preocupação, a nobreza desta ação poderia ser lida pelas lentes de Aristóteles como nobre, não porque foi especificado pela autora, mas porque é independentemente nobre e agir de acordo.

5.2 A ética do cuidado se materializando no contexto dos enfermeiros

Quando questionados se lembravam de ter tido aula sobre ética do cuidado durante a graduação, as respostas foram variadas, desde não ter prestado atenção na matéria até uma

compreensão que inclui respeito com o outro e com sua autonomia de tomar decisões, quando possível, passando pela empatia também, como notado nas falas:

“não tive maturidade pra aprender isso na época” (E8)

“lembro que a professora da fundamentos de enfermagem falava que o que você faz ali dentro com toda a técnica que você faz, você não comenta daquele cuidado pra ninguém... o respeito com a pessoa que você está lidando a maneira que você faz com ela, e trata-la como um ser humano de verdade independente das diferenças que ela tem e não comentar pra ninguém” (E2)

“Principalmente levar em consideração o que a outra pessoa gostaria, tô falando isso em relação aos pacientes, eu acho que temos que colocar a disposição o nosso conhecimento, os prós e os contras, mas as pessoas tem livre arbítrio, eu estarei sendo ética se eu demonstrar os meus conhecimentos, se eu explicar detalhadamente tudo que poderia acontecer a depender da decisão do paciente, mas o principal é a decisão dela, eu estarei sendo ética se eu respeitar o que a pessoa está querendo naquele momento” (E16)

“lembro sobre ter empatia, não julgar, que era um assunto bem tabu entre os professores... nossa profissão não está ali pra julgar a gente está ali pra cuidar, então se o cara chegou porque foi baleado pela polícia ou porque tentou se matar isso é uma coisa muito, as pessoas julgam muito, mas a pessoa que faz isso é pelo desespero querendo acabar com sofrimento que não tem tamanho” (E7)

“Lembro vagamente” (E9)

Ainda abordando a questão ética da profissão, foi questionado quais eram os três valores que guiavam o exercício da profissão de enfermagem. No decorrer das respostas percebeu-se que os entrevistados mais novos na profissão necessitavam de mais tempo para responder o questionamento, devido à dificuldade de expressar quais eram seus valores. Dentre os valores mais citados pelos 19 entrevistados estavam: a ética e o compromisso em atender o paciente o melhor possível, tratando-o com respeito e sensibilidade, ofertando acolhimento durante o atendimento, conforme os relatos abaixo:

“espírito de equipe, preocupada com o bem-estar dos outros, preocupação de estar sempre entregando o meu trabalho o melhor possível [...] minha frieza me ajuda bastante no ambiente de uti, a deixar minha equipe mais tranquila para atuar em horas de intercorrência” (E4)

“fazer as coisas sempre com ética... respeito, porque está tratando com outra vida, e quando se está falando de saúde é importante falar de empatia” (E8)

“o cuidado o compromisso, quando você faz aquilo que tu gosta e acredita [choro] tem que estar com a sua cabeça, sua mente seu coração e seu corpo ali ... qualquer profissão, quando elas fazem porque gostam, elas estão ali de corpo, mente e coração, porque muitas vezes eu tenho colegas que estão ali de corpo, mas a mente deles está em outro lugar, coração em outro lugar, acho que é o jeito que eu sei ser enfermeiro” (E1)

“alguns dos valores são empatia humanidade, humanização e conhecimento” (E5)

“Ética, respeito e dedicação, esses dois primeiros são os principais, porque técnica se aprende, mas esses dois tem que ter” (E7)

Quando questionado se acreditava que ao vivenciar essa pandemia alguns de seus valores pessoais se alteraram? A resposta de E19 propôs a reflexão sobre as relações sociais e o autocuidado como forma de cuidar do próximo, no intuito de protegê-lo para que não se contamine com o vírus, respondeu:

“Não só os meus, mas toda essa questão faz as pessoas refletirem. Vou resumir pra você: nunca uma atitude individual, o comportamento de uma única pessoa, teve tanto reflexo no coletivo que se viveu nessa pandemia, aquele que não quer se vacinar, não quer se cuidar, que acha que nele não vai dar Covid, não vai dar nada, não, você pode ter Covid e não acontecer nada, mas a pessoa que está do seu lado, você ter pego Covid e ter passado pra ela, você pode ser responsável pela morte dela, tirar um pai de família, um avô, enfim um familiar seu. Então assim essa noção do coletivo, é o quanto eu individuo, meu comportamento minha atitude vai ser reflexo no coletivo. Ou seja, na vida do outro, eu posso ser responsável pela morte do outro. Então essa parte comportamental mexeu muito com as pessoas. Quer saber de si e os outros que se explodam.” (E19)

“vivenciar a pandemia não alterou meus valores, meus valores sempre foram os mesmos... eles se acentuaram quando necessário” (E7)

“Os valores pessoais não se alteraram, eu digo que na época da pandemia a gente tratava as pessoas daquela forma por que realmente estava cansado e tudo mais, mas hoje na realidade normal acho que não perdi a excrescência que a gente aprendeu na enfermagem, talvez um pouco mais de respeito a vida” (E8)

“valores pessoais não se alteraram, eu sempre mantive os mesmos e a pandemia só veio dizer que eu estou certo, veio validar” (E2)

Durante o enfrentamento da pandemia foi possível identificar a união entre os profissionais, que se apoiavam mutuamente no enfrentamento dos desafios no contexto da pandemia, como vemos a seguir nas falas:

“A Equipe unida, todo mundo ali trabalhando ajudando o outro ... hoje eu olho para trás e digo assim "Acho que o cansaço a gente só tá sentindo agora” de uns tempos para cá a gente foi, foi, foi naquela época Deus dava força porque sério [risos]... muita, muita, parceria todo mundo trabalhando porque tipo assim ó: não tinha o quê “Ah vou fazer mais ou menos que o outro” não! Era todo mundo trabalhando muito, é tipo assim eu dizendo assim eu sempre trabalhei [mais de 10 anos] anos no [hospital privado] e na instituição privada as pessoas têm medo de fazer um pouco de corpo mole porque pode ser demitido mas eu trabalho no [outro hospital como CLT a mais de 10 anos] e que as pessoas também tem que ter um cuidado não dá para ficar de qualquer jeito E aí pela primeira vez ... [de todos os mais de 20 anos de trabalho, a pessoa começou a trabalhar no hospital público]... e tem aquela história ou estatutário malandro eu fiquei assim admirada como pessoa trabalha bem e pega junto e olha eu ficava assim dava gosto de ver, ali pelo menos notei [do hospital público] a excelência a equipe gosta muito” (E14)

“um apoia o outro... se abraçava ali na UTI e seguia em frente” (E2)

“uma coisa que a gente viu bastante foi os profissionais colegas de trabalho se apoiando, uma união das enfermagens, principalmente.” (E7)

O cuidado com o enfermeiro veio em forma de olhar atento, capaz de reconhecer a sobrecarga, e a necessidade de cuidado do outro, como no caso da E14 citado anteriormente e a seguir será vista no caso da E16, o cuidado veio também veio através do reconhecimento do que o profissional vem enfrentando, a carga de estresse que acumula sobre seus ombros e a importância do trabalho desempenhado para a comunidade, além dos aplausos na sacadas das casas, os profissionais foram reconhecidos por familiares de pacientes, por estabelecimentos comerciais que em um gesto de carinho para com os profissionais, ofereceram benfeitorias, como percebido a seguir:

“Os restaurantes vizinhos eram os que mandavam... a gente ligada para os restaurantes e eles falavam: ‘é do Covid?’ É por favor estamos aqui enclausurados faz um descontinho pra gente? Eles mandavam tudo de graça, tá? Nós comemos muito de graça, muito, muito, muito todos os restaurantes de fast food todos eles café da manhã, almoço e janta a gente ganhava, coisa nobre tá? Em ambos os

hospitais... eles foram muito parceiros.... a sociedade reconheceu, muito mais que as nossas chefias, das chefias até hoje espero um muito obrigado” (E2)

“Ganhei caixinha de bombom de parentes de algumas vítimas de Covid, ganhei um envelope com dinheiro, e cheguei a ganhar um cheque com um valor bom, eu doei tudo, né! Eu doei tudo, dinheiro a gente não pode ficar isso é ética, o bombom eu comi, repartí com todo mundo, a comida a gente rachou. Mas dinheiro não, não deixava ali, mas a gente entendia como reconhecimento deles, das famílias, os painéis a nosso favor foi legal, a gente chegou a se sentir importante na enfermagem” (E2)

A ética do cuidado se fez presente no relato de E16, onde a ação de um indivíduo para com o entrevistado pode ser interpretada sob a lente de Tronto (1993) como sendo o primeiro passo para o cuidado, pois ao olhar para o profissional e se importar com E16, reconhecendo sua necessidade e avaliando de que forma poderia atender aquela demanda que talvez não foi comunicada verbalmente, mas foi percebida pelo colega de trabalho que em seguida se voluntariou a ajudá-la a realizar algumas de suas pendências, demonstradas na fala a seguir:

"A postura... você tratar adequadamente um paciente, por mais que esteja estressado, ouvir as queixas por mais que a gente queria matar todo mundo pelo estresse e pressão que era, quando a gente conseguia sentar em equipe de forma rápida e específica e discutir todos os casos... como uma equipe reduzida correr atrás disso, então era a união era você sentar as vezes e dizer eu quero 5 minutos de paz e os colegas blindarem, não passa as demandas pra mim que ela tá morta ali 5 minutos, acho que foram esses detalhes sutis que fizeram muita diferença no decorrer, eu peguei um plantão que pra mim foi mais caótico dois pacientes pararam ao mesmo tempo, estava sozinho, eu tive uma reação transfusional, eu tive uma oclusão de traqueostomia eu tinha 35 pacientes, eu tinha cinco técnicos e eu era sozinha e eu já tava surtada, surtada, assim não era nem 11 horas da manhã já queria chorar umas 50 mil vezes, uma hora eu parei toda minha aqui falei para de dar banho agora a prioridade é medicação, é isso, é aquilo, porque o plantão está caótico, é isso, é OK. E eu não sei se eles enxergam em mim uma líder ou alguém que eles podem confiar muito, tipo simplesmente eu falava uma coisa era comprido era rápido depois que uma das pacientes foi a óbito a outra foi para UTI tudo começou a se normalizar veio um colega enfermeiro para me ajudar só que assim ele não conhecia a rotina da minha unidade não adiantava os meus técnicos virem para ele porque eu ia ter que perder tempo para corrigir a demanda para ensinar ele,

então é mais fácil trazer tudo para mim eu falava a e b e teve um médico que ele chegou, sem mentira eu tava fazendo um monte de burocracia com várias pessoas me passando demandas, e ele pegou uma garrafinha de água e um copo de café, que eu não tinha tomado café nem água até às 11 horas da manhã, ele sentou numa lixeira e falou assim: ‘Toma teu café porque eu vou ficar te fazendo companhia’. Não foi o fato de me dar o café, foi fato dele ter prestado atenção que eu estava extremamente esgotada já, e eu ainda tinha, quê, umas 7 horas de plantão pela frente dele perceber a importância então tipo ele atendia o telefone para mim ele fazia algumas coisas que eram minhas, claro eu tava ali junto para eu poder tomar o meu café 2 minutos em paz então tipo às vezes eram o detalhe assim era de tu falar olha aqui amigo pega um copo de água eu sei que tá corrido para ti, tu tá escorrendo suor de enxugar suor do teu colega entendeu? Porque tá caindo no olho. Então eram esses detalhes assim que eu acho que teve um diferencial de cuidado e cuidado da equipe, que a gente oferecia cuidado ao paciente, mas o cuidado entre nós entre colegas. Já sair de um plantão caótico, se reunir lá na beira-mar para conversar, para jogar conversa fora para desabafar ali, para vir para casa e não explodir em casa. Então acho que esse foram os diferenciais... de postura, de conseguir argumentar, de conseguir conversar sem perder a razão de as vezes ter tempo para explicar de às vezes por lá o sistema porque algum familiar tava falecendo e tu queria uma despedida, sabe? porque você acha inacreditável que tipo a última pessoa que alguém que tem 98 anos que foi casado por 60 vai ter. Então tipo acho que eram esses detalhes assim, esse que não tem um valor financeiro, mas é um valor sentimental, um detalhe, é uma minúcia, um cuidado, é um carinho assim, é a brisa na tempestade (E16)

Ao finalizar seu depoimento abordando a experiência positiva de ter recebido o cuidado de colegas de trabalho das mais variadas formas, E16 dá o último passo na trilha do cuidado proposta por Tronto (1993), por reconhecer que foi afetado pelo cuidado que recebeu, validando a percepção das necessidades que seus colegas de trabalho tiveram sobre ele. Além dos aspectos citados anteriormente, os enfermeiros acabaram deparando-se com dilemas morais, tendo que optar por obedecer às normas para um bem maior da população ou escolher guiar suas ações pela empatia, conforme percebido notado nas falas de E16, E19 e E2.

Na entrevista com E16 é contada a história de uma paciente que foi ao hospital procurar tratamento durante a pandemia e cada vez que retornava ao hospital, sua saúde estava mais debilitada, um dia essa paciente falou que seu sonho era casar, ela já era casada no sentido de

"juntada" mas ela queria casar, E16 questionou-se: como casar alguém no meio de uma pandemia? Sua conclusão foi:

"não tem como. Tá e chama serviço social, chama médico, psicóloga a gente fez o casamento dela dentro do hospital... a gente comprou as alianças, a gente comprou a blusa.... foi o maior gesto de carinho, porque a gente sabia que estava perdendo ela, a gente deu de presente pra ela, a gente já tinha custeado tudo, toda a equipe, a gente deu de presente pra ela o oxigênio que ela precisava pra poder ir pra casa, a gente não conseguiu do estado, então pagamos particular e mandou ela embora como um presente de lua de mel, a alta dela... foi uma grande surpresa, isso é cuidado, não que agora a gente vá casar todo mundo, mas foi um fato especial, depois fiquei sabendo infelizmente do falecimento dela" (E16)

As ações de E16 e sua equipe podem ser interpretadas como condizentes com a visão de Slote (1998), em que o autor vincula o cuidado presente na ética do cuidado como condizente com a ética das virtudes, enfatizando a importância da intenção correta e a competência na prática do cuidado, uma interpretação semelhante pode ser feita ao olhar para o relato de E19, pois o mesmo enxerga que sua responsabilidade como profissional transpassa a questão clínica, suas ações mesmo fora do ambiente de trabalho afetam sua capacidade de cuidar de outras vidas conforme seu relato:

“Essa questão de pandemia mudou muito da gente agir de forma impulsiva, a gente tem que pensar duas vezes, tem que ter o cuidado de que não dá para se expor né? Por que se um de nós ficar doente, quantos vão ficar sem assistência? Vão deixar de ser assistidos? O profissional tem que ter isso em mente, por que ele não pode se colocar em risco por que um profissional de saúde atende quantas a quantas pessoas? É capaz de prestar cuidado a quantas pessoas? Então ele tem que ter esse cuidado, primeiro ele tem que preservar a si mesmo, por que muitos outros irão depender dele, e isso é difícil isso” (E19)

"A gente fazia um ranking de pessoas que iriam ou não ser entubadas, então isso tem um peso psicológico muito intenso que muitas pessoas não sabem o que é, então quando eu chegava e falava hoje a gente mandou 5 pessoas para o necrotério, as pessoas não têm ideia da dimensão... a gente chamava os familiares e falava, olha aqui está o teste do resultado do Covid positivo, só pra informar que o caixão está sendo lacrado dentro do hospital e não vai ter velório... Como dizer para os familiares que os últimos momentos foram comigo, dependendo do paciente ele começava a sentir muita falta de ar a gente sedava pra não morrer de uma forma

inaceitável, essa é a palavra, morria com conforto, assim eu cheguei a ter que responder na direção algumas vezes, porque os familiares não aceitavam, queriam ficar como acompanhantes" (E16)

Assim como para Slote (1998) o ato do agente é bom se refletir motivos moralmente virtuosos, e errados se refletirem motivo viciosos ou deficientes, a ação do E2 abaixo pode ser interpretada como uma ação guiada por um motivo virtuoso, mesmo que se choque com normativas sanitárias.

“Para enfrentar os dilemas da profissão utilizava da humanização e do bom senso, nem sempre era possível, tinha situações que você tinha que deixar, era Covid mesmo, quando morre você não pode dar o contato por exemplo a pessoa não pode estar junto ao corpo porque tem chance de pegar, só que a pessoa também tem o direito de reconhecer o corpo, e quantas vezes que aconteceu que eu sempre trabalhei em duas UTI Covid, de eu chegar no local pra mostrar o corpo pra família, eu me dava muito bem com todas as famílias, eu sou bem humanizado e a velhinha chorando, chorando, chorando, chorando com a filha ... [ela falava] olha pelo amor de Deus, me ajuda eu só quero dar uma olhada me aproximar e eu não podia deixar, e daí eu fingia que o telefone tocou, saía e avisava a filha e a velhinha que tinha 52 dois anos de casado só queria dar um beijo no véio na bochecha de despedida por que de lá em diante o caixão ia ser lacrado e ela nunca mais ia ter contato com ele, então quem sou eu? Será que eu sou melhor que Deus pra permitir que ela não tenha contato com o homem que ela ficou 52 anos casada? Então era um dos milhares de dilemas e a velhinha não poderia estar junto com ele, eu sei disso, mas eu fiz o que era melhor pra todo mundo... eu fiz e faria de novo ela ficou feliz e acabou eu passo os dilemas bem tranquilos.” (E2)

É possível interpretar que a ação E2 foi pautada no seu princípio que abarca questões como humanização em meio a pandemia. Ao considerar o cuidado, a empatia, a benevolência em suas ações (SLOTE, 1998) com a senhora ao levar em consideração seu pedido de ajuda, embora estivesse amparado legalmente a impedi-la, o profissional optou por superar os padrões e/ou requisitos morais de obediência à normativas no intuito de seguir o que acreditava ser correto assumindo a responsabilidade caso denunciado futuramente, Quando questionado sobre o que te motivou a permitir que a senhora visse o seu falecido marido, o entrevistado E2 respondeu:

“Eu me ponho no lugar das pessoas, se fosse eu lá o que eu queria? Então eu sou bem humanizado mesmo’ enquanto conversávamos o entrevistado N2 falou que na

sala ao lado havia um paciente com uma longa lista de enfermidades e que estava no seu leito de morte e foi avisado ao enfermeiro que o marido do paciente veio ao hospital “ai eu falei, pode entrar! Ah mas como assim pode entrar? Pode entrar sim, ele quer entregar os pertences, o paciente vai ficar mais calmo vendo o marido, né? Dando oi pra ele do que ficar assim, demorou 30 segundos e eu falei: Tirou pedaço de vocês? Trinta segundinhos dele ficar lá com máscara tudo certinho? Antes dele estar aqui ambos estavam dormindo juntos e eu estava junto durante essa visita. Eu quebro isso ai todo dia, todo dia eu não tô nem ai, eu vou me aposentar fazendo o que eu acho que é correto, desde que vá ao encontro dos interesses da pessoa, né? e não faça nada errado, não quero prejudicar ninguém, mas quem que eu prejudiquei? ... eu aprendi que se você protege o paciente, e não faz nada errado, nada vai te derrubar... O paciente não pode tomar café, não pode tomar Coca-Cola e não pode fumar, beleza! Mas faltava 5 minutos pra ele morrer, ele tava gaspiando ele pediu pra mim dar um gole de Coca, você não vai dar? Toma a Coca-Cola tranquilo, irmão. Depois ele morreu e não foi da Coca. Como eu não vou fazer isso? eu vou fazer sim e acabou. Lógico, não quero prejudicar o paciente. Longe de mim” (E2)

No entendimento de Slote (1998) o cuidado é uma virtude definida unicamente pelos motivos de um agente moral. Quando questionado se esse posicionamento já resultou em conflitos no ambiente de trabalho, E2 respondeu:

“Já, várias vezes, mas eles param, no começo eles são soberbos, eu falo olha você não está no lugar dele, e a minha conduta é minha, qualquer coisa vai lá e me denuncia no conselho de enfermagem” (E2)

5 DISCUSSÃO

Refletindo sob a perspectiva dos que ainda vivem, não há precedentes de tamanha pandemia global (CACCHIONE, 2020). Quando lançado um olhar aos enfermeiros entrevistados que trabalharam nos hospitais de Florianópolis, e que, assim como por todo o Brasil, foram considerados funcionários essenciais que durante a pandemia deveriam ir trabalhar a menos que estivessem doentes (SOUZA, 2020), percebe-se que tiveram que enfrentar uma série de desafios, não só ligados ao abrupto número de pacientes com casos complexos, mas também com o risco de contaminação pelo vírus, as más condições de trabalho tais quais: a ausência e/ou racionamento tanto de EPI como também de remédios e

equipamentos que possibilitassem o cuidado dos pacientes; o afastamento de colegas de trabalho, seja por *Covid-19* ou pelas transferências devido à sua caracterização como grupo de risco, situações que são somadas ao exponencial crescimento de pacientes, que exigiu a contratação de mais mão-de-obra, que não raro era inexperiente - o que demandava atenção dos enfermeiros para com os novos profissionais, e, por fim, há ainda o problema da ausência de piso salarial (MIRANDA *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

Essa situação reafirma o que Donaldson *et al.* (2000) falam sobre a construção de um sistema de saúde mais seguro: o problema não são as pessoas ruins na área da saúde, mas o fato que as pessoas boas estarem trabalhando em sistemas ruins que precisam ser mais seguros, pois quando grandes sistemas fracassam, é devido a múltiplas falhas que ocorrem juntas, criando uma sequência de eventos em que as falhas crescem e o acúmulo delas resulta em um acidente. Um exemplo dos resultados de múltiplas falhas que se acumulam é o *Burnout*.

Segundo a revisão bibliográfica de Alves *et al.* (2022), o tema *Burnout* na enfermagem já era estudado antes mesmo da pandemia e, como caminho para reduzir o esgotamento profissional, é sugerido manter altos os níveis de empatia dos profissionais e, como consequência uma melhor qualidade do atendimento poderia ser gerada. Souza *et al.* (2020) enxergam a realidade dos profissionais de enfermagem, que estão à margem dos cuidados pelas entidades que os empregam e as que fiscalizam os empregadores, com isso os autores levantam o questionamento “Quem cuida de quem cuida? Quem cuidará de quem cuidava e adoeceu?” (SOUZA *et al.* 2020, p.8); na interpretação dos autores o cuidado não pode ser unilateral, embora perceba-se os enfermeiros à margem dos cuidados tanto pelas entidades que os empregam como também pelas entidades que fiscalizam os empregadores.

Klaver, Elst e Baart (2014) compreendem o cuidado como fundamentalmente relacional, sendo uma das bases que caracterizam a ética do cuidado sua permeabilidade na política, abrangendo desde realidades institucionais e sistêmicas até as noções de público e privado. Se as pessoas podem se importar profundamente e amplamente com os outros seres humanos como propõe a ética do cuidado, elas também podem se importar com a situação do país e querer seu bem (SLOTE, 1998) e isso pode incluir se importar com a infraestrutura do sistema de saúde, que tem consequências nas condições de trabalhos enfrentadas pelos enfermeiros. Segundo Leget, Van Nistelrooij e Visse (2019) a sociedade como um todo possui práticas de cuidado que afetam e são afetadas pelas relações de poder e suas contestações, onde o movimento para estudar tais estruturas e seus impactos na prática do cuidado e nas experiências vividas pelas pessoas impede que sejamos politicamente ingênuos.

Para Slote (2007) uma sociedade é justa na medida em que suas leis, instituições, práticas, atitudes e costumes o são; o autor traz alguns exemplos desses paradigmas que envolvem a justiça, tais como: elites dominantes que vetam o direito de voto da população; a sociedade meritocrática que permite que todos votem, mas não propõe e por vezes se opõe ao oferecimento de redes de apoio a deficientes, pobres ou desempregados. No primeiro caso, negar a participação da população está vinculado a um movimento ganancioso e egoísta por parte desta elite de manter seu poder, privilégio e riquezas, demonstrando pouca empatia com os outros membros da pátria; já no exemplo da sociedade meritocrática essa ação está conectada como uma forma econômica de injustiça. Através dessa visão, é possível interpretar que em meio à pandemia, a implementação e fomento de políticas que iam contra as correntes científicas quanto ao tratamento e prevenção de *Covid-19*, como citado nas entrevistas, não caminhou ao lado de uma ética do cuidado.

Ao abordar a máxima do utilitarismo na busca de atos que produzem o maior bem para o maior número de pessoas no serviço público, a autora Noddings (1984) critica como presunçosa a adoção deste caminho, pois apesar desta abordagem apresentar-se como o mais próximo de ser ético na arena política contemporânea, a suposição de compreender que a máquina pública pode determinar o maior bem para o maior número de pessoas com as quais não tem contato direto e a possibilidade de conseguir passa por cima da avaliação dos próprios atos. Partindo da perspectiva de Noddings (1984) o ato de virar as costas para a demanda de uma classe no presente para dar algum bem a um grande número de pessoas futuramente não se configura como um comportamento moral, e sim um comportamento conveniente, essa mesma análise pode ser feita no contexto dos enfermeiros que perderam o benefício financeiro da insalubridade, assim como auxílios-refeição, demonstrando pouca empatia com esses membros da sociedade.

Em meio a desastres, as virtudes dos trabalhadores humanitários e as virtudes daqueles que sofrem desastres são relevantes (LÖFQUIST, 2018) A ética do cuidado é uma moralidade distinta que pode se sustentar por si mesma e, como tal, pode considerar o cuidado como uma virtude moral abrangente e ideal, tendo como ênfase a motivação do cuidado como a característica mais básica da teoria moral, afastando-se da dualidade entre utilitarismo e egoísmo por não julgar as ações pelo fato delas terem propensão a beneficiarem uma ampla categoria em oposição a beneficiar algumas pessoas especialmente relacionadas ao a gente. Isso posto, pode ser compreendido como: se um indivíduo se preocupar com os outros, ele também leva em consideração as consequências das suas ações para com o outro, porém a moralidade presente não é sobre os resultados serem bons ou ruins (SLOTE, 1998). Os profissionais de

saúde reconhecem os seus princípios morais e compreendem que em face de dilemas éticos se faz importante o diálogo e à comunicação, sendo eles primordiais na relação de cuidado (DE PANFILIS, 2019).

Ao analisar que somos empaticamente mais sensíveis a causar danos do que simplesmente permitir que os danos aconteçam (SLOTE, 2007) a visão contribui para a análise dos dilemas enfrentados pelos entrevistados. Uma vez que o *self* ético não vive separado do resto da pessoa, cabe ao indivíduo valorizar seu ideal ético, buscar permanecer solidário, compreender que não é possível adotar uma postura de observador desinteressado ou manter imparcialidade (NODDING, 1984). Laís Santos observa em seu relatório pós doutorado ainda a ser publicado, que os dilemas que envolvem a decisão, quando enfrentados pelo indivíduo que carrega consigo percepções, julgamentos, conhecimentos, todos eles conectados à sua vivência na sociedade, que se, por sua vez, se for democrática e aberta a existência de diferentes visões da moralidade pautadas em ideologias, religião, construções culturais e históricas, podem ser compreendidos como dilemas morais do próprio indivíduo e mesmo que não seja para outros cabendo-lhe a responsabilidade de refletir em um processo avaliativo, consultivo, deliberativo como deve agir.

Os dilemas morais identificados em meio à pandemia possibilitam olhar os aspectos da ética do cuidado presentes no âmbito da enfermagem com mais certeza. Quando os profissionais optaram por: realizar o sonho de uma paciente casando-a no hospital; permitir a que uma senhora casada há 52 anos visite seu marido recém-falecido após infectar-se; permitir que o namorado visite seu companheiro que está com um complexo quadro de saúde internado no hospital, não foi criada uma dependência entre paciente e enfermeiro, com alerta Tronto (1993); nesses casos estiveram presentes os elementos da ética do cuidado proposto pela autora: a atenção para a necessidade do outro, assumir a responsabilidade e agir tendo noção das questões políticas e filosóficas que envolve aquele momento, e a capacidade de resposta a necessidade revelada, que envolve saber como realizar o atendimento da melhor forma possível. Respeitando o que era tão essencial a Slote (2013), que é a autonomia do outro de pensar e decidir as coisas por si mesmo, não estando o cuidado envolto somente pela empatia pela situação do outro.

Quando o E2 conta que continuará agindo da forma como acredita ser correto, mesmo que envolva ir contra a normativa que impedem contato entre pacientes covid e seus familiares, tendo em mente que ao longo da entrevista o profissional se demonstrou preocupado com a humanização na enfermagem, e optou por continuar trabalhando em UTI por acreditar que sua contribuição seria de grande utilidade no atendimento de pacientes, é de se refletir se sua ação

é guiada sobre a existência de um senso de dever ético ou um senso de responsabilidade que conduz seu trabalho, por enxergar que é a coisa certa a ser feita, essa possível noção de obrigação moral pode derivar tanto da responsabilidade exigida da profissão quanto dos seus valores pessoais. que parece apontar para o dever de ajudar o próximo.

Lachman (2012) aborda a importância do cuidado do próprio enfermeiro, em síntese a autora traz a ética do cuidado para o contexto dos enfermeiros sob a ótica da necessidade de engajamento dos mesmo para o cuidado de si, sendo um benefício disso a disposição e motivação para implementar os quatro elementos do cuidado: atenção, responsabilidade, competência e capacidade de resposta. A partir da perspectiva de Slote (1998), a moralidade do cuidado pode ser compreendida como uma forma de ética da virtude baseada no agente, por compreender que cuidar é moralmente bom ou virtuoso. Os motivos se tornam mais ou menos admiráveis, dependendo de quão próximos eles se aproximam do cuidado e da bondade moral.

O ato de cuidar de outra pessoa no instituto de nutrir e proteger demanda do cuidador a responsabilidade por iniciar e selecionar seus atos, onde a orientação da conduta recai sobre seus princípios morais, assim como quando ele buscar cuidar-se, no intuito de atender as próprias necessidades e desejos de forma moral (NODDINGS, 1984). Apesar de teóricos de enfermagem, e em menor escala médicos, estudarem as dimensões morais do cuidado, o trabalho de Gilligan influenciou a busca do desenvolvimento de uma ética filosófica do cuidado que transpassasse a prática do mundo dos profissionais de saúde (REICH, 2004); assim como percebido pelo autor, os enfermeiros entrevistados para esse trabalho também possuem a concepção de cuidado vinculada tanto ao contexto de exercer cuidado através da técnica profissional como também no sentido de preocupar-se com o outro, tomando atitudes que não necessariamente ajudarão a prolongar a vida do paciente, mas possivelmente trará algum conforto e acolhimento, sugerindo a presença de virtudes expressadas como “valores” na entrevista, sendo eles: a ética como padrão de conduta moral do enfermeiro, o compromisso em atender o paciente o melhor possível e com respeito, trazendo consigo a sensibilidade e acolhimento, virtudes alinhadas com a análise integrativa de Pires e Brasileiro (2019) ,que se propôs a identificar as principais virtudes do enfermeiro em unidade de terapia intensiva entre o período de 2009 a 2017 em publicações nacionais, o que confirma que as virtudes que guiam a prática da profissão de enfermagem se mantêm mesmo em contexto caótico como a pandemia.

No único caso que se reconheceu mudanças nos valores, o foco não estava no entrevistado, e sim em uma análise sobre a população como um todo que mudou, a seu ver, por compreender a importância das relações sociais e o autocuidado como forma de cuidar do próximo. Quando questionados sobre já terem tido aulas voltadas a ética do cuidado, surgiram

compreensões como: a importância de respeitar o paciente e o reconhecimento do livre arbítrio do paciente no sentido de ser avisado sobre procedimentos de cuidado que não são do seu domínio, mas que o paciente tem a autonomia de não aceitar um tratamento, por exemplo.

Embora os enfermeiros relatarem saber sobre os aspectos do cuidado que envolvem a sua profissão, os mesmos disseram não ter conseguido cuidar deles mesmos durante a pandemia, a virtude do compromisso com o cuidado foi relevada em prol do atendimento das necessidades e cuidado de outros e não para o seu benefício, cabendo aos familiares e colegas, quando presentes, a responsabilidade de se sensibilizarem e acolher os profissionais. Para Slote (2007) a ética do cuidado não deixa claro com qual intensidade alguém é racionalmente obrigado a buscar a felicidade em determinados contextos e tampouco deixa claro qual raciocínio tomar quando o indivíduo é colocado em situações em que precisa escolher entre ajudar a si mesmo e ajudar o outro.

Esse aspecto mais tarde também influenciou o trabalho de Edward (2009), que reconheceu a estreita conexão entre enfermagem e cuidado argumentando a partir do desenvolvimento de três versões da ética do cuidado desde as obras de Gilligan, “*In a different voice*”, Tronto, em “*Moral boundaries: Towards a political ethic of care*” e Gastmans em “*The care perspective in healthcare ethics*”, por fim o autor conclui que a ética do cuidado é interessante, mas pouco plausível, ou é muito pouco distinta de outras abordagens mais conhecidas de problemas morais em enfermagem. A sua principal crítica repousa na compreensão de que nenhuma das versões da ética do cuidado consegue ser clara sobre o processo de tomada de decisão moral, cabendo a responsabilidade normativa às teorias tradicionais como o princípalismo ou consequencialismo.

Ao analisar a ética do cuidado de Tronto (1993) a partir da lente da enfermagem, de acordo com Edwards (2009) há distinção entre ética baseada em obrigação e ética baseada na responsabilidade, segundo o autor, não é uma opção para um enfermeiro negar a responsabilidade pelos pacientes que estão sob seus cuidados, sendo assim no seu olhar não há muita contribuição da teoria para a ética da enfermagem. Com base nas quatro fases propostas por Tronto o autor propôs exemplos de aplicação para o contexto da enfermagem, em que “*caring about*” está vinculado ao enfermeiro estar atento às necessidades dos pacientes, “*taking care of*” está relacionado a melhor maneira de ajudar o paciente, “*care giving*” volta-se ao cuidado direto do enfermeiro para com o paciente, seja pensando no conforto do mesmo, reposicionando-os, conversando com eles entre outras possibilidades e por fim a fase “*care-receiving*”, onde se tudo ocorrer bem, o paciente vai se sentir melhor, mais confortável e tranquilo.

No que se refere à prática da profissão de enfermagem com os pacientes, a visão de Edwards (2009) confirma o objetivo desta pesquisa porque os relatos mostram que mesmo em meio a uma crise pandêmica e todo o contexto e condições de trabalho dos enfermeiros, é possível identificar que a ética do cuidado e o exercício das virtudes estavam presentes e influenciando o trabalho dos enfermeiros tanto com os pacientes como também entre os próprios colegas de trabalho.

Após dois anos de pandemia é momento se olhamos para “quem cuida do quê”, “de quem” e “em que condições” (SOUZA *et al.*, 2020). Uma vez que os ambientes hospitalares cada vez mais têm assumido contornos empresariais, demandando profissionais com espírito de liderança e perfil gerencial. (VENDEMIATTI, 2010), surgiu a dúvida se a ética de cuidado estava presente não só na intervenção dos enfermeiros, focada nas necessidades de cuidado do paciente, mas também abarcavam a dimensão gerencial, cujo objetivo perpassa questões como organização do trabalho voltadas à atuação da equipe, voltando-se também a dimensão dos recursos humanos que buscas proporcionar condições satisfatórias para a atuação dos enfermeiros (GIORDANI; BISOGNO; SILVA, 2012; SENNA *et al.*, 2014). Dessa forma foi questionada a participação das gerências no que se refere a apoio oferecido aos enfermeiros, de modo a procurar se existiram lideranças que se destacaram no cuidado dos enfermeiros.

Ao longo da entrevista, avaliando o produto do cuidado desenvolvido pela gestão (MORORÓ *et al.*, 2020), identificou-se a existência do interesse por parte das gerências em alcançar o objetivo comum de aparelhamento dos horários para plantões e o oferecimento de equipamentos para a abertura de UTI, sendo reconhecido que ao longo da crise pandêmica as gerências e diretorias ficaram muito ocupados com tramites burocráticos. No entanto, não foram identificadas pessoas específicas nem grandes esforços na gerência em proporcionar um acolhimento aos profissionais da enfermagem. Pereira (2015), ao realizar um estudo sobre a percepção dos enfermeiros gestores, identificou que 93,3% ou 14 dos seus entrevistados classificaram seu trabalho como burocrático e assistencial e isso levanta o questionamento para futuros trabalhos: ao longo da pandemia, os gestores enxergaram sua função da mesma forma?

Quando questionados se receberam apoio da gerência, diretoria e instituição, diferentes respostas surgiram, houve quem reconheceu o apoio no início; segundo Slote (1998) quando uma ação carinhosa é feita ao próximo com o intuito de acolhimento e empatia, mesmo que ela não seja útil, os esforços do indivíduo serão reconhecidos no contexto moral, pois na opinião de quem enxerga a situação no primeiro momento é pautada na motivação do indivíduo cuidador e não na consequência que resultam de sua ação. No entanto também houve entrevistado que respondeu não esperar algo desses setores e, em um número maior, houve os

que não se sentiram vistos e valorizados, apesar de que gostariam de ter recebido tal cuidado da gerência e direção, os que pronunciaram que tipo de cuidado/apoio gostariam de ter recebido, foi demonstrado o interesse de apoio por parte das lideranças e da própria instituição, canalizando a expectativa para a necessidade de apoio psicológico ofertado aos profissionais.

Segundo Ciulla (2009), o trabalho de um líder inclui assumir a responsabilidade pelo outro e em tempos de crise cuidar de seus liderados, esse cuidado abrange questões como atenção ao que está acontecendo ao seu redor e preocupação com o emocional e o bem-estar dos outros. O cuidado na liderança pode ser sobre sentimentos, mas também pode ser compreendido em termos de atenção ao dever, em que enquanto estiver no trabalho estará prestando atenção, onde sua presença pode passar confiança, que por sua vez pode ser uma fonte de conforto. Assim seu trabalho pode ser feito por dever, que pode ser aprendido, ou por cuidado que podem ou não sentir. Essa visão se alinha à de Passos *et al* (2015), que reconhece a importância das condições de trabalho para a oferta de um atendimento de saúde em UTI de forma humanizada. Desta forma, é possível interpretar que a falta do apoio psicológico das instituições e gerências, até pela alta demanda de trabalhos burocráticos do cargo, foi um fator que afetou negativamente a experiência dos enfermeiros no enfrentamento da pandemia.

No livro “In a different voice” de Gilligan, o mundo moral é constituído pelas histórias que as mulheres contam a si mesmas e aos outros para dar sentido à sua posição moral, o que não significa que as mulheres são essencialmente mais carinhosas, mas que o desenvolvimento moral das mulheres é interpretado internamente, através de uma consciência que enxerga a importância e a validade do cuidado (McLAUGHLIN, 1997). Superada a questão de gênero dentro da teoria ao reconhecer tanto em homens e mulheres a capacidade de se importar (GILLIGAN, 1995), alguns indivíduos entrevistados, inclusive homens, enxergaram a importância e a validade do cuidado.

Nesses casos os indivíduos atingiram uma consciência das necessidades do outro, mostrando-se capazes de se apropriar tanto da ética do cuidado quanto a da justiça. Nos relatos há três exemplo dados: um foi a oferta de ajuda ao colega de trabalho exausto para que o mesmo pudesse tomar um café por poucos segundos, o ato de cuidar deste funcionário não foi compreendido como uma questão de sacrifício ou egoísmo, comuns na ética do cuidado convencional proposto por Gilligan (1977), o mesmo pode ser dito sobre o entrevistado que pegou covid ao acolher uma colega de trabalho cujo irmão havia acabado de falecer, a atitude do indivíduo foi guiada para acolher o próximo em momento de dor por reconhecer que os seres humanos são relacionais e interdependentes, sua decisão de acolhe-la surgiu da sua compreensão deste efeito a ela. Por último teve o caso do entrevistado que se sentiu cuidado

pela liderança informal da instituição que demonstrou preocupação com a saúde do funcionário e o auxiliou no processo de atendimento, exames, internação seguida de acompanhamento por mensagens e ligações para verificar a saúde do indivíduo, preocupação que o segundo hospital em que o entrevistado trabalha não demonstrou.

Assim como para Noddings (1984) existe uma universalidade fundamental na ética do cuidado, que é o acesso a memórias tanto de cuidar quanto de ser cuidado. Estas lembranças que perpassam tanto pelo cuidado quanto pelo compromisso de sustentá-lo são o coração universal da ética do cuidado e isso pode ser visto isso no relato dos enfermeiros, porque permanecem na profissão trabalhando na UTI mesmo com o risco de morte, não raro suas experiências ao longo da vida os levaram a se interessar com o cuidado do outro.

6 CONCLUSÃO

Os atos de contratação de novos funcionários, a aquisição de EPI, assim como a disponibilização de aparelhos para o tratamento de pacientes demonstram certo esforço das instituições públicas e privadas em salvar vidas, mas também são consideradas ações mínimas para que os profissionais pudessem atuar de acordo com as normas da profissão, e assim as instituições privadas continuariam a gerar lucro e as instituições públicas estariam buscando garantir o mínimo de um dos direitos universal garantido pela Constituição Federal de 1988 a qual dispõe que todos têm direito a tratamentos de saúde adequados, não configurando um comportamento moral.

Mesmo com o contexto adverso para a prática de enfermagem instaurado ao longo da pandemia, a orientação para o cuidado, exigida no código de ética da enfermagem, mostrou-se presente em meio aos relatos, o meio pelo qual alguns profissionais manifestam o cuidado na tomada de decisão frente dilemas morais não deu sinais de ser regido por normas institucionais atreladas a consequências, deveres e direitos mas por princípios internos, ou por uma perspectiva utilitarista versus egoísmo, tendo como guia para a decisão os princípios morais do próprio enfermeiro, que podem vir de encontro com os valores de outros colegas de trabalho e até da própria instituição.

Além disso, ao longo do enfrentamento da pandemia a ética do cuidado se fez presente além do atendimento ao paciente, os enfermeiros puderam contar com o cuidado dos próprios colegas de trabalho e de lideranças informais que fizeram presente elementos da ética do cuidado como a atenção para a necessidade do outro, assumir a responsabilidade no cuidado do outro mesmo que em pequenos atos e agir. No entanto é possível constatar que apesar do pleno desenvolvimento da capacidade de empatia e preocupação empática desses profissionais tanto pelos pacientes como por seus colegas de trabalho, a preocupação consigo parece ter sido extirpada destes profissionais, resguardados poucos casos que conseguiram continuar com alguma atividade física.

O trabalho identificou que no geral, de todos os enfermeiros entrevistados de diferentes hospitais, não há um consenso referente ao apoio prestado por pessoas ocupando posições hierárquica superior a dos enfermeiros de linha de frente, embora existam hospitais em que foi relatado a visão de que a chefia/diretoria/gerência fizeram o que estava ao seu alcance, eram presentes e acolheram os funcionários, há entrevistados de outros hospitais que apontavam a falta de empatia e compassividade com os enfermeiros, que gostariam de ter recebido apoio psicológico, reconhecimento do trabalho prestado e se possível alguma gratificação.

Não foi questionado aos enfermeiros se reconheciam como líderes seus chefes, diretores e gerentes, e esse pode ser uma abordagem para trabalhos futuros, mas buscou-se questionar a existência de liderança informal que facilitava a comunicação interna, colaborando na disseminação dos valores do hospital e para a realização dos objetivos do setor, em resposta foi possível identificar lideranças informais em alguns hospitais, até por auto declaração, ao demonstrar carinho e preocupação autênticos, tratando os outros como parceiros valiosos. Com destaque a um hospital onde três diferentes indivíduos reconheceram a mesma pessoa como uma liderança informal, sendo destacada sua intenção de ajuda-los no ambiente de trabalho e sua preocupação com o bem estar dos mesmos.

Cabe a este trabalho apontar uma grande dificuldade enfrentada: conseguir entrar em contato com o comitê de ética de 6 hospitais diferentes, preencher os requisitos de cada um deles para então cadastrar o projeto o projeto de pesquisa na Plataforma Brasil, para futuros trabalhos que queiram se aventurar trabalhando com vários hospitais, sugiro deixarem um longo período reservado para tal trâmite. As agendas dos comitês de ética de cada hospital são diferentes umas das outras, e após cadastrar o projeto na plataforma brasil, você só poderá acessa-lo novamente depois que todas as unidades coparticipantes responderem e isso leva tempo.

Dentre as limitações da pesquisa existem dois grandes focos, o primeiro é a não utilização de procedimento de triangulação de dados, justificada pela falta de experiência da mestranda em questão em utilizar a metodologia e pelas próprias dificuldades inerentes à coleta de dados em momento de pandemia, e o outro ponto é não ter estendido o questionário a médicos e técnicos em enfermagem, o que tornaria a pesquisa ainda mais rica. Para estudos futuros nesta temática também seria interessante entrevistar funcionários do comitê de ética dos hospitais e do Conselho regional de enfermagem no intuito de investigar este outro lado que não surgiu ao longo da pesquisa. Além disso, agregaria a futuras pesquisas buscar conversar com diretores de enfermagem e gestores de hospital na busca de compreensão do que guia os seus trabalhos e que tipo de abordagem utilizaram ao longo da pandemia, buscando identificar participantes que se descrevem como líderes que trabalham a partir de uma ética do cuidado, identificando valores em que afirmam suas práticas.

Além disso para futuros trabalhos para essa temática, sugere-se verificar com os enfermeiros que decidiram continuar atuando na UTI com pacientes covid apesar dos riscos, se existia uma dicotomia, na regência de suas ações, entre a obrigação e a responsabilidade.

Em meio a tantas limitações impostas aos enfermeiros na pandemia, ligadas tanto ao contexto psicossocial quanto as condições de trabalho pelo caráter de emergencial que foi o

atendimento de pacientes nas Unidades de Tratamento Intensivo, o evento enalteceu a necessidade de discussão política sobre os direitos da classe e a necessidade de um olhar empático para as necessidades psicológicas dos profissionais de enfermagem. No intuito de construir um sumário de atingimento dos objetivos deste trabalho, cabe colocar em foco a conclusão dos itens:

a) Analisar se as virtudes estão presentes nas práticas habituais dos enfermeiros

Mesmo em meio a uma pandemia, repleta de desafios físicos e mentais, as virtudes como: respeito, ética, responsabilidade, acolhimento, diálogo, atenção, competência, sensibilidade, empatia e compromisso continuam presentes e guiando as práticas dos enfermeiros entrevistados que atuaram nas unidades de tratamento intensivo de Florianópolis.

Ainda que desafiadora a atuação destes profissionais em meio a pandemia, pode-se averiguar que os valores dos mesmos não se alteraram, no máximo acentuaram-se e a ética do cuidado continuou regendo as relações dos enfermeiros para com o próximo. Ao focarem suas ações de diálogo, atitude, e execução de atribuição, seja com o paciente ou colega de trabalho, pautando suas ações na atenção, sensibilidade, empatia e reconhecendo a autonomia do outro, esses profissionais conseguiram atuar profissionalmente guiados por uma ética do cuidado.

B) Correlacionar a ética do cuidado, com destaque específico nas correntes de Gilligan, Noddings e Tronto, e as situações vivenciadas pelos enfermeiros.

Nos relatos apresentados no capítulo “Resultado da pesquisa” pode-se encontrar vestígios desta ética do cuidado, seja na preocupação com os relacionamentos, onde destaca-se que foi a união entre os profissionais da saúde que possibilitou o apoio necessário por eles para o enfrentamento dos desafios ao longo da pandemia, futuramente é de ser estudado se essa ação surgiu pelo reconhecimento da responsabilidade de uns pelos outros como proposto por Gilligan (1995) de tal forma que se produzisse teias de emoções e cuidado com base no apego entre esses indivíduos; retornando aos relatos existe também o caso do enfermeiro que permitiu que a senhora visitasse seu recém falecido marido dentro do hospital, ou da enfermeira que possibilitou a realização do sonho de uma paciente que se encontrava em estágio terminal; da líder informal que se preocupou com a colega de trabalho recém contratada e lhe deu suporte quando mais precisava; e por fim o colega de trabalho, que em face do cansaço da enfermeira em um plantão caótico, ofereceu-lhe suporte.

Ao se importarem com alguém, reconhecendo suas necessidades, demandas e decidir agir sobre elas é concebido por Tronto (1993) como algumas das fases do cuidado. Nestas histórias a ética do cuidado não parece se fazer presente por motivos egoístas, onde moralidade das suas decisões é respaldada pelo que é prático e melhor para esses indivíduos, ou com a

preocupação do que os outros diriam dessas ações, ao invés disso o cuidado adotado por esses profissionais parece ser guiado por uma ética auto escolhida, onde os indivíduos assumem a responsabilidade por suas escolhas atingindo o estágio pós convencional proposto por Gilligan (1977) referente ao desenvolvimento moral da ética do cuidado. Cabe ressaltar que essas histórias são contadas tanto por mulher quanto por homem demonstrando um reconhecimento da responsabilidade uns pelos outros em ambos os gêneros, o que seria visto por Gilligan como um desenvolvimento moral pleno essa capacidade de se apropriar tanto da ética do cuidado quando da justiça

c) Buscar compreender qual a percepção dos profissionais da enfermagem sobre do que se trata a ética do cuidado

Apesar de não se lembrarem de terem tido aula sobre a temática ética do cuidado nos tempos de sala de aula, ou serem capazes de recitar de memória mais de duas ou três lições das aulas de ética, os relatos citados anteriormente sinalizam a internalização não só do código de ética da profissão, mas também uma internalização da compreensão do que significa cuidar, uma vez mesmo cientes de que poderia existir penalidades em alguns dos casos, optou-se por fazer o que consideravam correto, talvez guiados pelo sentimento natural de querer cuidar, como propõem Noddings(1986).

REFERÊNCIAS

- ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. "Declaração Universal dos Direitos Humanos". 217 (III) A. Paris, 1948. Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>. Acesso em: 1 Jan de 2022.
- "Care: III. Contemporary Ethics of Care," in Warren Thomas Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd Edition. 5 Volumes. New York Simon & Schuster Macmillan, 2004. Pg. 367-372. Co-author with Nancy S. Jecker. A revised version of this article was published in the 3rd edition: Stephen G. Post, ed. New York: Thomson Gale, Macmillan Reference, 2003. Pp. 367-374
- ALLMARK, Peter. Can there be an ethics of care?. **Journal of medical ethics**, v. 21, n. 1, p. 19-24, 1995.
- ALVES, Ana Klara Rodrigues et al. Fatores que desencadeiam o desenvolvimento da síndrome de Burnout em profissionais da saúde nos serviços de urgências: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, 2022.
- AMESTOY, Simone Coelho. Inteligência emocional: habilidade relacional para o enfermeiro-líder na linha de frente contra o novo Coronavírus/Emotional intelligence: relationship skill for the nurse-leader on the front line against the new Coronavirus. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.
- AMORIM, Raphael Florindo et al. Os desafios da enfermagem brasileira frente à Covid-19 em 2020: uma revisão integrativa. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 1, 2021.
- ANDERS, Robert L. et al. Liderança em Enfermagem para o Século XXI. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, 2021.
- ARISTÓTELES. **Ética à Nicômaco**. 1. ed. São Paulo: Edipro Atlas, 2002.
- ATWIJUKA, Sylvia; CALDWELL, Cam. Authentic leadership and the ethic of care. **Journal of Management Development**, 2017.
- BACKES, Marli Terezinha Stein et al. Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da Covid-19 . **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 42, 2021.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70. 2011
- BATAGLIA, Patricia Unger Raphael; MORAIS, Alessandra de; LEPRE, Rita Melissa. A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 15, p. 25-32, 2010.
- BAUM, Fran. Health for All Now! Reviving the spirit of Alma Ata in the twenty-first century: An Introduction to the Alma Ata Declaration. **Social Medicine**, v. 2, n. 1, p. 34-41, 2007.
- BERGAMINI, Cecília Whitaker. Liderança: a administração do sentido. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 34, n. 3, p. 102-114, 1994.

BERGAMO, Mônica. Enfermeiros querem aproveitar visibilidade na pandemia para aprovar piso salarial. Online. 17 mai 2020. <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2020/05/enfermeiros-querem-aproveitar-visibilidade-na-pandemia-para-aprovar-piso-salarial>. Acessado em: 01 jan 2022

BIAGGIO, Ângela. Lawrence Kohlberg: ética e educação moral. Moderna, 2006.

BISPO, Fábio. Florianópolis vive pior momento da pandemia após aumento de novos casos. Online. 17 nov 2020. <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,florianopolis-vive-pior-momento-da-pandemia-apos-aumento-de-novos-casos,70003518000>. Acessado em: 01 jan 2021

BLUM, Lawrence A. Gilligan and Kohlberg: Implications for moral theory. **Ethics**, v. 98, n. 3, p. 472-491, 1988.

BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão social**, v. 1, n. 1, 2005.

BOIN, Arjen; KUIPERS, Sanneke; OVERDIJK, Werner. Leadership in times of crisis: A framework for assessment. **International Review of Public Administration**, v. 18, n. 1, p. 79-91, 2013.

BOTO, Carlota. Ética e educação clássica: virtude e felicidade no justo meio. Educ. Soc., Campinas, v. 22, n. 76, p. 121-146, Oct. 2001.

BRASIL, 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. Disponível em: <https://www.amib.org.br/defesa/principal/resolucao-rdc-no-7/> Acessado em: 5 mar. 2021

BRASIL, Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial, 27 jan. 1999.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564/17 do Conselho Federal de Enfermagem, de 06 de dezembro de 2017. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; Disponível em: <http://www.cofen.gov>. Acesso em: 14 ser. 2021

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 5 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas

envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009

Brasil. Presidência da República. Casa Civil Decreto no 10.211, de 30 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF). Disponível em: <https://shre.ink/8C3> Acessado em: 1 jan 2021

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Brasília, 25 jun 1986. Seção 1, p. 9275-9279.

BRINKS, VERENA, and OLIVER Ibert. "From corona virus to corona crisis: The value of an analytical and geographical understanding of crisis." *Tijdschrift voor economische en sociale geografie* v.111, n. 3, p. 275-287, 2020

BROWN, Michael E.; TREVIÑO, Linda K.; HARRISON, David A. Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organizational behavior and human decision processes*, v. 97, n. 2, p. 117-134, 2005.

BUBECK, **Diemut. Care, Gender, and Justice. Oxford**, Oxford University Press. 1995.

CALDAS, Joana e ZANFONATTO, André. Florianópolis tem cerca de 300 servidores da saúde afastados por causa da Covid-19. Disponível em <https://G1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2022/01/12/florianopolis-tem-cerca-de-300-servidores-afastados-por-causa-da-Covid-19.ghtml>. Acessado em: 23 jan 2022

CALDAS, Joana. Mapa de risco da Covid SC: Grande Florianópolis segue em nível grave, mas outras regiões estão no gravíssimo. Online. 01 mai 2021. <https://G1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2021/05/01/mapa-de-risco-da-Covid-sc-grande-florianopolis-segue-em-nivel-grave-mas-restante-do-estado-esta-no-gravissimo.ghtml>. Acessado em: 01 jan 2022

CAPONI, Sandra. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. *Estudos Avançados*, v. 34, p. 209-224, 2020.

CHADE, Jamil. OMS diz que América do Sul é novo epicentro da pandemia e Brasil preocupa, 22 maio 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2020/05/22/oms-am-do-sul-e-um-novo-epicentro-e-nao-recomenda-uso-amplo-de-cloroquina.htm>. Acesso em: 8 jul. 2020.

CHAN, Paul S.; BERG, Robert A.; NADKARNI, Vinay M. Code blue during the COVID-19 pandemic. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, v. 13, n. 5, p. 1-8, 2020.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CIULLA, Joanne B. Leadership and the ethics of care. **Journal of Business Ethics**, v. 88, n. 1, p. 3-4, 2009.

COFEN. Brasil é o país com mais mortes de enfermeiros por Covid-19 no mundo. 28 maio 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-e-o-pais-com-mais-mortes-de-enfermeiros-por-Covid-19-no-mundo-dizem-entidades_80181.html. Acesso em: 8 jul. 2020.

COFEN. Cofen publica nota técnica sobre as Unidades de Terapia Intensiva. Online. 27 fev. 2020. Disponível em: <http://al.corens.portalcofen.gov.br/cofen-publica-nota-tecnica-sobre-as-unidades-de-terapia-intensiva/>. Acessado em: 1 jan 2021

COFEN. Parecer normativo nº002/2020/Cofen – exclusivo para vigência da pandemia – COVID-19. 18 mai 2020. Disponível em: www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-002-2020_79941.html. Acessado em: 1 jan 2021

COFEN. Resolução COFEN nº. 311/2007: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov>. Acesso em 03 de maio de 2021

COHON, Rachel. Hume's Moral Philosophy. **Stanford Encyclopedia of Philosophy**. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/hume-moral/> Acesso em: 20 nov. 2021

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado. RESOLUÇÃO Nº 2.271/2020. Diário da União, 2020

Coronavírus em SC. In: Site do governo de Santa Catarina [Florianópolis] 07 set. 2020. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/coronavirus/coronavirus-em-sc-estado-confirma-189-477-casos-179-189-recuperados-e-2-422-mortes-por-Covid-19>. Acesso em: 7 set. 2020.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 29, 2020.

DE CAMARGO SILVA, Ana Elisa Bauer. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 422-4, 2010.

DE MOURA, Gisela Maria Schebella Souto et al. Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha das chefias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. Tela 1-Tela 9, 2010.

DE OLIVEIRA RODRIGUES, Alexandra; FERREIRA, Maria Cristina; MOURÃO, Luciana. O Fenômeno da Liderança: uma revisão das principais teorias. **Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, v. 23, n. 4, p. 587-601, 2013.

DE PANFILIS, Ludovica et al. "I go into crisis when...": ethics of care and moral dilemmas in palliative care. **BMC Palliative Care**, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2019.

DILLON, Robin S. Respect And Care: Toward Moral Integration1. **Canadian journal of philosophy**, v. 22, n. 1, p. 105-131, 1992.

DONALDSON, Molla S. et al. (Ed.). **To err is human: building a safer health system**. p. 1 - 312. 2000.

DONOHUE, Martin T. **Public Health and Social Justice: A Jossey-Bass Reader**. **John Wiley & Sons**, ed 1. 2013.

EDWARDS, Steven D. Three versions of an ethics of care. **Nursing Philosophy**, v. 10, n. 4, p. 231-240, 2009.

EVARISTO, Beatriz. Profissionais de saúde fazem campanha na internet para pedir que as pessoas fiquem em casa. Online. 21 mar 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/acervo/saude/audio/2020-03/profissionais-de-saude-fazem-campanha-na-internet-para-pedir-que-pessoas-fiquem/>.

Acessado em: 01 jan 2022

FACCHINI, Luiz Augusto. A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos. Portal **EPSJV/Fiocruz**, 14 set. 2018 Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acessado em 02 jan 2022

FARIAS, Hassan. SC confirma transmissão comunitária da variante Ômicron do coronavírus. Online. 30 dez 2021. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/sc-confirma-transmissao-comunitaria-da-variante-omicron-do-coronavirus>. Acessado em: 01 jan 2022

FLANAGAN, Owen; JACKSON, Kathryn. Justice, care, and gender: The Kohlberg-Gilligan debate revisited. **Ethics**, v. 97, n. 3, p. 622-637, 1987

Florianópolis chega a 90 mortes por coronavírus. In: Redação Nd [Florianópolis] 15 ago. 2020. Disponível em: <https://ndmais.com.br/saude/florianopolis-chega-a-90-mortes-por-coronavirus/>. Acesso em: 7 set. 2020.

FREIRE, Neyson Pinheiro et al. Notícias sobre a Enfermagem Brasileira na pandemia da COVID-19. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

GILLIGAN, Carol. **Hearing the difference: Theorizing connection**. Hypatia, v. 10, n. 2, p. 120-127, 1995.

GILLIGAN, Carol. **In a different voice: Women's conceptions of self and of morality**. Harvard educational review, v. 47, n. 4, p. 481-517, 1977.

GILLIGAN, Carol. In a different voice: Psychological theory and women's development. **Harvard University Press**, 2003

GILLON, Raanan. Caring, men and women, nurses and doctors, and health care ethics. **Journal of medical ethics**, v. 18, n. 4, p. 171, 1992.

GIORDANI, J. N.; BISOGNO, S. B.; SILVA, L. A. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta Paul. Enferm**, v. 25, n. 4, p. 511-516, 2012.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35. n.3. p. 20 –29. Mai/Jun, 1998.

GREENBERG, Neil et al. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during Covid-19 pandemic. **thebmj**, v. 368, p 1-3, 2020.

HALLAL Mariana. Profissionais da saúde divulgam carta pedindo o fim da circulação de fake news sobre coronavírus. Online. 13 mai 2020. <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,profissionais-da-saude-divulgam-carta-pedindo-o-fim-da-circulacao-de-fake-news-sobre-coronavirus,70003301859>. Acessado em: 01 jan 2022

HOAGLAND, Sarah Lucia. Some concerns about Nel Noddings' caring. **Hypatia**, v. 5, n. 1, p. 109-114, 1990.

KNODEL, Linda J. **Administração em Enfermagem**. AMGH Editora, 2009.

KO, Ia; REA, Peter. Leading with Virtue in the VUCA World. **Advances in Global Leadership**, v. 9, p. 375-397, 2016.

LACHMAN, Vicki D. Applying the ethics of care to your nursing practice. **Medsurg Nursing**, v. 21, n. 2, p. 112-116. 2012

LIMA, Vanessa Aparecida Alves de. De Piaget a Gilligan: retrospectiva do desenvolvimento moral em psicologia um caminho para o estudo das virtudes. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, p. 12-23. 2004.

LIU, Yu et al. Emergency management of nursing human resources and supplies to respond to coronavirus disease 2019 epidemic. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 7, n. 2, p. 135-138. 2020.

LOPEZ, Felix Garcia et al. **Mapeamento dos profissionais de saúde no Brasi: alguns apontamentos em vista da crise sanitária da Covid-19**. Ipea. p.1-20, 2020.

LOUREIRO, Gean. Ocupação total dos leitos de UTI. Florianópolis, 18 jul. 2020. Twitter: @GeanLoureiro. Disponível em: <https://twitter.com/GeanLoureiro/status/1284631230781304834>. Acesso em: 8 jul. 2020.

LOURENÇO, Maria Regina; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Líderes da enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança & enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, p. 14-19, 2001.

MADALOSSO, A. R. M. M.; PATRÍCIO, Z. M. Refletindo sobre a qualidade do cuidado de enfermagem: uma proposta assistencial transformadora. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 562-576, mai./ago. 2000

MAZANEC, Polly. COVID-19 Resource: Ethical dilemmas facing nurses during the Coronavirus Crisis: Addressing moral distress. 2020 Disponível em: <https://sigma.nursingrepository.org/handle/10755/20413>. Acesso em: 29/07/2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, **Resolução 3, de 07 de novembro de 2001**: diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília: Ministério da Educação; 2001

BRASIL. Ministério da Educação. Você sabe quando procurar uma UPA, UBS, AMA, Hospital e SAMU? Disponível: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/voce-sabe-quando-procurar-uma-upa-ubs-ama-hospital-e-samu> Acesso em: 30 dez 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Portaria nº 399/2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html Acesso em: 30 dez 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Portaria nº 529/2013 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [s/d] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp> Acesso em: 30 dez. 2021.

MIRANDA, Fernanda Moura D.'Almeida et al. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. **Cogitare enfermagem**, v. 25, 2020.

MORORÓ, Deborah Dinorah de Sá et al. Nurse as an integrator in healthcare management of children with chronic condition. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

MOURA, Gisela et al. Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 198-204, 2013.

NASCIMENTO, Luciano. COFEN defende melhores condições de trabalho para enfermeiros. Online 12 mai 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/cofen-defende-melhores-condicoes-de-trabalho-para-enfermeiros>. Acesso em: 01 jan. 2022.

NODDING, Nel. **Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education**. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1984.

NODDINGS, Nel. **Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education**. Berkeley: University of California Press. 1986

NODDINGS, Nel. **An ethic of caring and its implications for instructional arrangements**. American Journal of Education, v. 96, n. 2, p. 215-230, 1988.

NOVARETTI, Marcia Cristina Zago et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 692-699, 2014.

OLIVEIRA, M. “Do Zika ao Ebola: OMS declarou emergência 5 vezes antes do coronavírus”. **Portal Eletrônico UOL** 31 jan. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/01/30/antes-do-coronavirus-oms-havia-decretado-cinco-vezes-emergencia-global.htm> Acesso em 31 jan. 2020.

PARAIZO, Lucas. Coronavírus: Florianópolis tem o maior crescimento de casos entre as capitais mais afetadas no Brasil, **Nsc Total**, 4 abr. 2020. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/coronavirus-florianopolis-tem-o-maior-crescimento-de-casos-entre-as-capitais-mais-afetadas>. Acesso em: 8 jul. 2020.

PASSOS, Silvia da Silva Santo; SILVA, Juliana Oliveira, et. al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015.

PEREIRA, L. A.; PRIMO, L. S.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; BARLEM, E. L.; RAMOS, A. M.; HIRSH, C. D. Nursing and leadership: perceptions of nurse managers from a hospital in Southern Brazil. **Rev Pesq Cuid Fundam. Online**, v. 7, n. 1, p. 1875-1882, 2015.

PETER, Elizabeth et al. Nurses’ experiences of ethical responsibilities of care during the COVID-19 pandemic. **Nursing Ethics**, p.1-14, 2022.

PIRES, Nayane Oliveira; BRASILEIRO, Marislei Espíndula. Virtudes Essenciais da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Revisão Literária. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Edição 09. Ano 02, Vol. 07. pp 18-29, Dez. 2017.

POLLOCK, Ryan. David Hume: Moral Philosophy. **Internet Encyclopedia of Philosophy**. Disponível em: <https://iep.utm.edu/humemora/#H1>. Acesso em: 9 nov. 2021.

REGO, Arménio; CUNHA, Miguel. **Liderança. A virtude está no meio**. Lisboa, Portugal: Actual Editora. 2011.

REICH, Warren Thomas, Encyclopedia of Bioethics. Revised edition. 5 Volumes. New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995. Pages 319-331. Disponível em: <https://theology.georgetown.edu/research/historyofcare/classicarticle/>. Acesso em 1 jan. 2021.

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. Online 24 fev 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 2 jan 2021.

RIGGIO, R.; ZHU, W.; REINA, C.; MAROOSIS, J. Virtue-based measurement of ethical leadership: The leadership virtues questionnaire. **Consulting Psychology Journal: Practice and Research**, v. 62, N. 4, p. 235–250, 2010.

ROSA, J.; POSENATO, L. Immediate Health Surveillance Response to COVID-19 Epidemic. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 29, n. 1, p. 23, 2020.

ROSA, William et al. Recommendations to leverage the palliative nursing role during COVID-19 and future public health crises. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. v. 22, n. 4, p. 260-269, 2020.

SANDER-STAUDT, Maureen. The unhappy marriage of care ethics and virtue ethics. *Hypatia*, v. 21, n. 4, p. 21-39, 2006.

SANTOS, Katarina Márcia Rodrigues dos et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da Covid-19. *Escola Anna Nery*, v. 25, 2021.

SANTOS, L. S. A ética da gestão pública à luz da abordagem da racionalidade: os dilemas morais vivenciados na gestão de riscos e desastres em Santa Catarina. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

SANTOS, Laís Silveira et al. Ensino de Ética em Cursos do Campo de Públicas: Uma Análise a Partir de Projetos Pedagógicos de Curso e das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Arquivos analíticos de políticas educativas*, v. 26, p. 18, 2018b.

SANTOS, Laís Silveira et al. Razão e Administração: revisitando alguns elementos fundamentais. *Cadernos EBAPE.BR*, v. 17, n. 1, p. 37-48, 2018a.

SANTOS, Laís Silveira; SERAFIM, Mauricio C.; LORENZI, Larissa. Dilemas morais na gestão pública: o estado do conhecimento sobre o tema. *Revista de Gestão e Secretariado*, v. 9, n. 1, p. 182-207, 2018.

SCHMIDT, Beatriz et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 37, p. 1-13, 2020.

Schneider, D. G., & Ramos, F. R. S. (2012). Nursing ethical processes in the State of Santa Catarina: characterization of factual elements. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 744–752.

SENNA, Monique Haenscke et al. Meanings of care management built throughout nurses' professional education. *Northeast Network Nursing Journal*, v. 15, n. 2, 2014.

SHARP, A.; JAIN, V.; ALIM, Y.; BAUSCH, D. G. Policy and planning for large epidemics and pandemics - challenges and lessons learned from COVID-19. *Curr Opin Infect Dis*, v. 34, n. 5, p. 393-400, 2021.

SILVA, K. R.; SOUZA, F. G.; ROQUETE, F. F.; FARIA, S. M. C.; PEIXOTO, B. C. F.; VIEIRA, A. Allocation of resources for health care in COVID-19 pandemic times: integrative review. *Rev. Bras. Enferm*, v. 73, n. 2, p. 01-07, 2020.

SILVA, M. J. P.; PINHEIRO, E. M. Qualidade na assistência de enfermagem – visão de alunas de especialização. *Acta Paulista de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 82-88, 2001.

SILVA, Rudval Souza da. Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: um documento inovador. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 12, n. 1, jun. 2021. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3379/1089>. Acesso em: 14 set. 2021

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis; FÁVERO, Neide. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 567-573, 2003.

SIMON, Guilherme. Hospital de caridade em Florianópolis fecha pronto atendimento. **Nsctotal**. Online. 05 ago 2020. <https://www.nsctotal.com.br/noticias/hospital-de-caridade-em-florianopolis-fecha-pronto-atendimento-por-falta-de-insumos>. Acesso em: 08 jul. 2020.

SLOTE, Michael. **From morality to virtue**. Oxford University Press on Demand, 1992.

SLOTE, Michael. **The justice of caring**. *Social Philosophy and Policy*, v. 15, n. 1, p. 171-195, 1998.

SLOTE, Michael. **The Ethics of Care and Empathy**. New York: Routledge, 2007

SLOTE, Michael. **Education and human values: Reconciling talent with an ethics of care**. Routledge, 2013.

SLOTE, Michael. **Morals from motives**. Oxford University Press, USA, 2001.

SOARES, Cassia Baldini; PEDUZZI, Marina; COSTA, Marcelo Viana da. Os trabalhadores de enfermagem na pandemia Covid-19 e as desigualdades sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

STACK, Carol B. The culture of gender: Women and men of color. **Signs: Journal of women in culture and society**, v. 11, n. 2, p. 321-324, 1986.

TAYLOR, Jacqueline. Hume. In: *The Routledge Companion to Virtue Ethics*. **Routledge**, 2015. p. 179-188.

TEIXEIRA, Cassiano et al. O processo de tomada de decisão médica em tempos de pandemia por coronavírus. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, n. 2, p. 308-311, 2020.

TRAVAGIN, Letícia Bona; GAVA, Gustavo Bonin. A agenda reformista do Banco Mundial para a saúde pública: um breve histórico e as novas propostas ao sistema único de saúde (SUS) brasileiro. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care* ISSN 2179-6750, v. 11, 2019.

TRONTO, Joan C. Beyond gender difference to a theory of care. **Signs: journal of women in culture and society**, v. 12, n. 4, p. 644-663, 1987.

TRONTO, Joan. **Moral Boundaries, a Political Argument for an Ethic of Care**. Routledge, New York. 1993

VALENTI, Vitor E.; DA SILVA, Alan Patricio. O efeito do negacionismo na saúde pública. **Journal of Human Growth and Development**, v. 31, n. 2, p. 189, 2021.

VAN MANEN, M. Researching Lived Experience: Humam Science for an Action Sensitive Pedagogy. **New York: Suny**, 1990.

VAN WART, Montgomery; KAPUCU, Naim. Crisis management competencies: The case of emergency managers in the USA. **Public Management Review**. v. 13, n. 4, p. 489-511, 2011

VAN ZYL, Liezl. Can virtuous people emerge from tragic dilemmas having acted well?. **Journal of applied philosophy**, v. 24, n. 1, p. 50-61, 2007.

VARGAS, M. A.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMAN, A. L.; RAMOS, F. R. S. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 339-343, maio/jun. 2007

VENDEMIATTI, Mariana et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1301-1314, 2010.

VENTURI, K. K. **Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos**. 2009. Dissertação. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná, 2009.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO launches 'Nine patient safety solutions.. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/02-05-2007-who-launches-nine-patient-safety-solutions>. Acesso em 2 mai. 2007.

ZHU, N.; ZHANG, D.; WANG, W.; LI, X.; YANG, B.; SONG, J. et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med**, v. 382, n. 1, p. 727-733, 2020.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, p. 21-27, 2004.

APÊNDICE A – ROTEIRO PRÉ ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

1) RELATO DE CASOS

1. Na sua interpretação como um(a) enfermeiro(a), qual o significado de ética?
2. Você já leu o código de ética dos profissionais de enfermagem?
3. Se fosse colocar em número, o quanto você diria que lembra:
4. Já recorreu a ele em momentos em que enfrentou dilemas na sua profissão?
5. O que significa Cuidado para você?
6. Refletindo sobre os seus valores, o ato de cuidar de outra pessoa se encontra em um patamar: a) muito elevado; b) no meio; c) baixo na sua escala de valores?
7. Como tem sido para você atuar profissionalmente nesta pandemia?
8. Quais tem sido seus desafios?
9. Acredita que ao vivenciar essa pandemia alguns de seus valores pessoais se alteraram?
10. Qual sua principal motivação para trabalhar no atendimento de pacientes com Covid?
11. Durante a graduação lembra de ter tido aulas voltadas a ética do cuidado? Se sim, gostaria de compartilhar o que lembra?

2) DADOS GERAIS:

1. Gênero: Masculino () Feminino () Outro ()
2. Idade: _____
3. Profissão: _____
4. A quantos anos está na profissão: _____
5. Qual sua religião: () cristão evangélico; () cristão católico; () espírita; () religiões Orientais; () Religiões afro; () Ateu ou agnóstico; () Outras: _____
6. Já atuava como profissional da saúde em outra pandemia, como a H1NI?
7. Por que escolheu a profissão de enfermagem?
8. Refletindo agora, quais são seus 3 valores que mais fortemente influenciam seu trabalho?

APÊNDICE B – CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Permito que sejam realizadas fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada “ÉTICA DO CUIDADO NO CONTEXTO DA PANDEMIA: UM ESTUDO SOBRE ENFERMEIROS QUE ATUAM NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO”, e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

_____, ____ de _____ de _____

Local e Data

Nome do Sujeito Pesquisado

Assinatura do Sujeito Pesquisado

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de mestrado intitulada “ÉTICA DO CUIDADO NO CONTEXTO DA PANDEMIA: UM ESTUDO SOBRE ENFERMEIROS QUE ATUAM NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO”, que fará entrevista tendo como objetivo compreender a ética do cuidado no contexto de pandemia, em especial no exercício da profissão de enfermagem, no período de março de 2020 a julho de 2021, envolvidos diretamente com o atendimento de pacientes com *Covid-19* em Florianópolis com os objetivos específicos: a) Construir arcabouço teórico voltado a ética do cuidado. b) Correlacionar a ética do cuidado com situações vivenciadas pelos enfermeiros através de entrevista, com o intuito de analisar se as virtudes estavam presentes nas práticas habituais dos funcionários; c) Buscar compreender qual a percepção dos profissionais da enfermagem sobre do que se trata a virtude e a ética do cuidado. Serão previamente marcados a data e o horário para a realização de perguntas, utilizando um roteiro de entrevista. Estas perguntas serão realizadas em ambiente virtual, por meio de plataforma a ser informada. Não é obrigatório responder a todas as perguntas.

As informações coletadas serão armazenadas e tratadas exclusivamente em meio virtual. Em primeiro lugar, a chamada de vídeo será gravada por meio da plataforma Apowersoft. Em seguida, o vídeo será salvo exclusivamente no computador pessoal do pesquisador, evitando os riscos de armazenagem “na nuvem”. Após, salvo o vídeo, as conversas serão transcritas em documento Word, também exclusivamente no computador. O documento será enviado ao entrevistado para que revise o resultado da transcrição. Só após essa revisão, os dados resultantes serão utilizados para as análises da pesquisa.

O(a) Senhor(a) não terá despesas e nem será remunerado pela participação na pesquisa. Todas as despesas decorrentes de sua participação serão ressarcidas. Em caso de danos, decorrentes da pesquisa será garantida a indenização. As entrevistas serão realizadas por meio da plataforma gratuita e de acesso livre para videoconferências que seja mais acessível ao(a) senhor(a) (por exemplo Google Meet, JitsiMeet, Zoom, etc.).

Os riscos destes procedimentos serão mínimos por conta das perguntas, mesmo que digam respeito à vivências dentro das organizações, poderem envolver questões pessoais e subjetivas que podem ser sensíveis. Nesse sentido, cabe ressaltar que a entrevistadora buscará ter uma abordagem acolhedora ao longo da entrevista e será lembrado que o entrevistado(a) terá plena liberdade para avisar sobre o desconforto de responder a pergunta, podendo terminar a entrevista naquele momento, fazer uma pausa da entrevista para tomar uma água e conversar caso seja do interesse do(a) entrevistado(a) ou continuar a entrevistas utilizando perguntas sobre aspectos diferentes a temática sensível. A fim de garantir a segurança das informações prestadas durante a entrevista, como já foi ressaltado acima, os arquivos serão armazenados exclusivamente no computador da pesquisadora, evitando os riscos de violação presentes no armazenamento “na nuvem”.

A sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado por um número.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo será a participação na busca de compreensão se é a moral e virtude um dos fatores que guia os enfermeiros, também verificando se aqueles que guiam suas ações pelas virtudes conseguem, em uma atitude parentética, enfrentar os dilemas morais que surgem e posteriormente elaborar mentalmente os fatos de forma a não comprometer sua saúde mental. O que a longo prazo pode influenciar positivamente a forma que pensam na saúde mental do profissional da saúde, a curto prazo o(a) senhor(a) terá a oportunidade de contar suas histórias e desabafos a alguém muito interessada sobre.

As pessoas que acompanharão os procedimentos serão a estudante de mestrado Luiza Moriggi da Silva e a professora responsável Marcello Beckert Zappellini. O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

É importante que o (a) senhor(a) guarde em seus arquivos uma cópia deste documento eletrônico, para tanto, uma cópia lhe será enviada por e-mail.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA CONTATO: Luiza Moriggi da Silva

NÚMERO DO TELEFONE: (48) 99104-3334

ENDEREÇO: Rua Olympio da Silva, nº87

ASSINATURA DO PESQUISADOR:

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UEDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC -88035-901

Fone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: cep.udesc@gmail.com

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

SRTV 701, Via W 5 Norte – lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF - 70719-040

Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: conep@saude.gov.br

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____

Assinatura _____ Local: _____ Data: ____/____/____