

Conflito ético como desencadeador de sofrimento moral: *survey* com enfermeiros brasileiros

Ethical conflict as a trigger for moral suffering: survey of Brazilian nurses

Conflicto ético como desencadenador de sufrimiento moral: encuesta con las enfermeras brasileñas

Flávia Regina Souza Ramos^I; Mara Ambrosina de Oliveira Vargas^{II}; Dulcineia Ghizoni Schneider^{III};
Edison Luiz Devos Barlem^{IV}; Soliane Quitolina Scapin^V; Ana Maria Masiel Schneider^{VI}

RESUMO

Objetivo: analisar o sofrimento moral de enfermeiros brasileiros, desencadeado pelas situações de conflitos vivenciados no cotidiano do trabalho. **Método:** *survey* com aplicação de questionário aberto com 1050 enfermeiros brasileiros, em outubro de 2013. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rio Grande com o número 144/2013. O total de 2.304 situações apontadas pelos participantes foi submetido à análise temática, dando origem a nove categorias, das quais duas são tratadas neste artigo. **Resultados:** foram identificadas duas categorias iniciais: conflitos e relações profissionais – que agregadas levaram às subcategorias: conflito e relações profissionais com a equipe de saúde e com o usuário/família. **Conclusão:** o enfermeiro vivencia múltiplas situações em seu cotidiano de trabalho, que podem se constituir em motivo do processo de SM.

Palavras-chave: Moral; ética; conflito, enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to examine moral suffering triggered by situations of conflicts experienced in the daily work of Brazilian nurses. **Method:** survey of 1050 Brazilian nurses by applying an open questionnaire in October 2013. The project was approved by the research ethics committee of the Rio Grande Federal University (No. 144/2013). The 2,304 situations pointed out by the participants were submitted to thematic analysis, giving rise to nine categories, two of which are addressed in this article. **Results:** two initial categories – conflicts and professional relationships – were identified and, when aggregated, produced the subcategories conflict and professional relations with the health team and with the user and family. **Conclusion:** nurses experience multiple situations in their daily work, which may constitute reasons for the process of moral suffering.

Keywords: Moral; ethic; conflict; nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar el sufrimiento moral de enfermeros brasileños, desencadenado por las situaciones conflictivas vivenciadas en el cotidiano del trabajo. **Método:** encuesta con aplicación de cuestionario abierto junto a 1050 enfermeros brasileños en octubre de 2013. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande con el número 144/2013. El total de 2.304 situaciones señaladas por los participantes fue sometido al análisis temático, dando origen a nueve categorías; dos de ellas son estudiadas en este artículo. **Resultados:** se identificaron dos categorías iniciales: conflictos y relaciones profesionales, que, agregadas, llevaron a las subcategorías: conflicto y relaciones profesionales con el equipo de salud y con el usuario/familia. **Conclusión:** El enfermero vive múltiples situaciones, en su cotidiano de trabajo, que pueden formar el motivo del proceso de sufrimiento moral.

Palabras clave: Moral; ética; conflicto; enfermería.

INTRODUÇÃO

O conflito surge quando há a necessidade de escolha entre situações que podem ser consideradas incompatíveis, entre pessoas ou grupos, sendo perceptível e constante¹⁻³. Na área da saúde, os conflitos mostram-se de inúmeras formas entre os profissionais. Manifestam-se nas relações de insubordinação, ou pela falta de respeito, de integração e de colaboração, ou por relações abusivas, disputas entre equipes, estresse dos profissionais, nas relações com os usuários/família e nas expectativas consigo mesmo^{2,4-6}.

Entre os profissionais envolvidos diretamente nas situações de conflitos estão os enfermeiros, na medida em que ocupam cargos de gerência e de liderança de equipes. É nítido que essas situações são comuns em seu cotidiano de trabalho, e assim, necessitam conviver e interagir com os conflitos da melhor forma possível, buscando alternativas para solucioná-los. Ou seja, manejar o conflito é um desafio para esses profissionais².

^IDoutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: flavia.ramos@ufsc.br

^{II}Doutora em Enfermagem. Professora Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: ambrosina.mara@ufsc.br

^{III}Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil. E-mail: dulcineia.schneider@ufsc.br

^{IV}Doutor em Enfermagem. Professor da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ebarlem@gmail.com

^VMestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: solscapin@gmail.com

^{VI}Especialista em Terapia Intensiva Adulto. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: aninha_masiel@hotmail.com

Além disto, os conflitos implicam diretamente a qualidade da atenção prestada para os usuários dos serviços de saúde. Logo, entende-se que o enfermeiro deve aprender a administrar os conflitos de maneira eficiente e resolutiva entre os profissionais de saúde, comunidade e usuários, para que a qualidade do cuidado prestado seja coerente com os princípios éticos e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro⁷. No entanto, ainda que os enfermeiros sejam educados e expostos aos valores e deveres da enfermagem ao longo da sua trajetória acadêmica e no exercício de suas atividades profissionais, eles estão especialmente propensos, repetidas vezes, a vivenciar situações de conflito ético e a examiná-las de modo inadequado. E, na medida em que estes conflitos são inadequadamente manejados, podem desencadear o sofrimento moral (SM)⁸.

Desse modo, o objetivo deste estudo foi analisar o SM de enfermeiros brasileiros, desencadeado pelas situações de conflitos vivenciados no cotidiano trabalho.

REVISÃO DE LITERATURA

SM é entendido como uma situação em que a pessoa sabe o que é correto e o que deveria ser feito, mas é impedida de fazê-lo por algum motivo, seja ele individual, institucional ou social^{9,10}. E, considerando a abrangência das causas, a gravidade das consequências e o caráter subjetivo e pessoal do fenômeno, o SM passou a ser objeto de análise em diferentes realidades, países e tipos de unidades assistenciais onde atuam enfermeiros¹¹⁻¹⁵.

Ainda, estudos sinalizam a identificação de níveis mais elevados de SM entre aqueles envolvidos no atendimento direto ao paciente, comparativamente aos médicos. Nesse sentido, diferenças apontadas entre profissionais se referem a escores superiores de SM entre enfermeiros e outros profissionais não médicos (em relação aos médicos), relação inversamente associada com idade para outros profissionais de saúde e diretamente associada com anos de experiência apenas em enfermeiras¹¹⁻¹⁵.

METODOLOGIA

Trata-se de um *survey*, ou seja, estudo empírico baseado em coleta e quantificação de dados para compreender situações e circunstâncias de uma determinada população, utilizando o questionário como instrumento.

O estudo foi desenvolvido com enfermeiros brasileiros atuantes em diversos cenários, da atenção básica à alta complexidade, por meio de aplicação de um questionário aberto, o qual apresentava primeiramente o conceito de SM e, em seguida, solicitava que os participantes citassem até cinco situações causadoras de SM e por eles vivenciadas, importantes em termos de intensidade e de frequência. Foram levantados dados do perfil dos participantes que não são analisados no presente recorte.

O questionário foi aplicado em enfermeiros que realizavam especialização, modalidade ensino à distância, durante um encontro presencial, simultâneo nas capitais das 27 unidades federativas do Brasil, em outubro de 2013. Cerca de 1050 enfermeiros estavam presentes no encontro e, destes, responderam ao questionário, após serem informados sobre o projeto e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado (parecer nº144/2013) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rio Grande, associada ao Projeto Multicêntrico que integrou esta etapa do estudo, e seguiu as diretrizes dispostas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O total de 2.304 situações apontadas pelos participantes foi lançado em planilha *Excel* e seus conteúdos foram submetidos à análise temática. Inicialmente, um grupo de pesquisadoras classificou os conteúdos similares e os distribuiu em nove categorias. Das categorias mais relevantes em número de citações, duas foram articuladas por sua inter-relação e importância para a compreensão do problema do SM, e escolhidas para análise neste artigo, quais sejam: relações profissionais (679 excertos) e conflitos (427 excertos).

Para dar maior uniformidade e fidedignidade ao processo, a categorização envolveu o grupo de pesquisadores, desde a leitura das situações, formulação dos temas, códigos e palavras-chave, até que não houvesse surgimento de novo tema. Só após a construção do quadro de categorias e subcategorias, o restante do tratamento dos dados foi continuado, por duplas, devido ao grande número de dados. Coletivamente também se deram as etapas de aprofundamento das relações entre temas e categoria e conformação das sínteses temáticas. Os pesquisadores se fundamentaram no referencial teórico do SM¹⁰.

RESULTADOS

Neste manuscrito, são abordadas as duas categorias iniciais (conflitos e relações profissionais), que após análise se configuraram em torno do objeto central *conflitos*, com duas subcategorias, relações com a equipe de saúde e com o usuário/família, conforme é apresentado a seguir.

Relações com a equipe de saúde

Nesta subcategoria, foram reunidas as diversas situações de conflito potenciais geradoras do processo de SM, foram relatadas: a depreciação e discriminação profissional; a disputa e a falta de comunicação e companheirismo entre equipes de trabalho; a desconsideração dos médicos pelos demais membros da equipe; a falta de oportunidade de diálogo com gestores, desrespeito mútuo entre profissionais da saúde e o tratamento desrespeitoso e abusivo por parte das chefias e entre professor e alunos. Foram identificadas, também, situações de insubordinação por parte de profissionais e conduta inadequada entre os

próprios enfermeiros. Por fim, entre os resultados, foram evidenciados relatos de ocorrências de assédio moral.

Relações com o usuário/família

Nesta subcategoria, expressam-se os antagonismos entre as demandas dos usuários e a do serviço e entre as demandas do profissional e do usuário, além de ser descrito o antagonismo de crenças. Nesta direção, foram relatadas situações de suspensão e adiamento de procedimentos sem justificativas aceitáveis; profissional ser ameaçado e agredido por problema que não pode resolver; perceber-se pressionado por usuário para prestar atendimento para o qual não existem condições institucionais; presenciar desrespeito, não acolhimento, maus-tratos ou autoritarismo por parte dos profissionais na relação com o usuário; perceber-se impotente para intervir por respeito à autonomia do paciente e família em situação de não cooperação e aderência aos cuidados; reconhecer insuficiências e inefetividades nas informações, no atendimento ou encaminhamento dos usuários, por inadequada relação entre oferta *versus* demanda.

Houve, também, relatos de ocorrências nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nestes casos, os profissionais referem que costumam ser responsabilizados pelos usuários do sistema de saúde pela indisponibilidade das medicações que precisam.

Ainda, a violência é relatada por profissionais que atuam em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Emergência, Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva, sendo que as pessoas mais expostas seriam os idosos e as crianças, ou seja, a agressão e os maus-tratos são os principais motivos de atendimento nestes contextos de atenção à saúde. E, na estratégia de saúde pública (ESF), nos ambulatórios e nas unidades básicas de saúde os profissionais identificam situações de violência sexual infantil, muitas vezes envolvendo familiares e de violência sexual contra mulheres.

Por fim, os profissionais, atuantes na ESF, apontam o desrespeito à autonomia do paciente, na medida em que a equipe ou algum de seus membros informa o diagnóstico para a família, contrariando o pedido do paciente. Mas, independente do contexto de atenção à saúde, os participantes da pesquisa sinalizam a inadequação da informação e a omissão da verdade aos pacientes e familiares acerca da sua condição de saúde e doença e dos exames e procedimentos realizados como intervenção. Inclusive, no serviço de oncologia, profissionais relatam que se deparam mentindo para o paciente ou o acompanhante dizendo que o médico não está presente (porque ele não quer atender), principalmente, quando o paciente está em fase terminal.

DISCUSSÃO

O conflito é uma parte do dilema ético, e as equipes de saúde não estão preparadas para conduzir sua gestão. O dilema ético é intrínseco ao cotidiano do trabalho do

enfermeiro, justamente porque, ao atuar como mediador da solução, busca imediatamente e sem a menor prudência, muitas vezes, a tomada de decisão. Logo, as relações interpessoais têm grande importância no contexto do trabalho da enfermagem, e a comunicação ineficaz faz com que os enfermeiros, ligados diretamente com equipe e paciente, vivenciem conflitos, em situações eticamente difíceis, e que demandam a sua atuação como mediadores resolutivos desses problemas¹⁶.

No que tange à relação conflituosa do enfermeiro com o profissional médico, evidencia-se que há situações de injustiça, desrespeito, perseguição no trabalho e pressão psicológica. Na medida em que essas duas categorias profissionais são as principais responsáveis pelo cuidado do paciente, há disputa de poder entre elas, o que pode desequilibrar a situação e gerar problemas éticos, repercutindo no nível de estresse e na insatisfação no trabalho¹⁷. Pondera-se que ainda que se possa considerar o exercício profissional autônomo da enfermagem em relação à medicina, a sociedade ainda sustenta uma hierarquia entre estas duas categorias profissionais, considerando a enfermagem subordinada à medicina¹⁷. Os significados da manutenção desta hierarquia são complexos e viabilizam uma lógica social, cultural e econômica de estruturar a assistência à saúde. Entretanto, o trabalho em equipe pressupõe relações harmoniosas entre seus membros em que cada um é responsável por seu atos e todos devem reverenciar o bem-estar do paciente¹⁸⁻²⁰.

Assim, neste estudo, foram elencadas situações em que o enfermeiro tem suas condutas ou competências depreciadas e reconhece tomar decisões e procedimentos assistenciais inadequados ou inseguros por falta de estrutura institucional ou condições materiais. Neste sentido, os frequentes conflitos restringem as possibilidades do melhor desempenho e autonomia do enfermeiro, e levam ao distanciamento entre o que deve ser e o que é possível fazer na realidade concreta¹⁸.

O assédio moral, também é apresentado como um dos resultados deste estudo, seja oriundo de perseguições no trabalho, do desrespeito entre equipe e entre chefias, da discriminação, entre outras situações. Entende-se por assédio moral a exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas, durante a jornada de trabalho, e relativas ao exercício das funções laborais¹⁹.

Na análise da subcategoria intitulada relação com o usuário/familiar, em primeiro lugar, argumenta-se que os conflitos são inerentes à diversidade de experiências e papéis determinados pela diferença de percepção das situações. Nesta perspectiva, é necessária a adoção de ações que minimizem as diferenças e aproximem as pessoas, colocando o usuário no centro do seu processo de cuidar, colaborando para um modelo assistencial em que as formas de relacionamento terapeuta-usuário/enfermeira-usuário se configurem

como espaço de interação ativa e crítica na busca de uma nova prática. No entanto, quando se trata do ato de cuidar, os profissionais da enfermagem, baseiam-se em suas crenças e valores, pontos determinantes de comportamentos e de seus hábitos de vida, os quais constroem os fundamentos de suas personalidades²⁰. Nesse sentido, há profissionais com diferentes perfis, cujos comportamentos interferem no modo de cuidar dos usuários do sistema de saúde.

Constatou-se, também, que as crenças de cada pessoa e ou grupo de pertencimento moldam o que pode constituir-se em conflitos. Situação exemplar é a que retrata a necessidade do paciente de se submeter à transfusão de sangue, contrariando as orientações de sua crença religiosa. Há controvérsias em relação a essa conduta que limita a autonomia do paciente em favor dos valores fundamentais estabelecidos por uma sociedade que coloca a defesa da vida em primeiro lugar. Na hierarquia dos valores, os valores religiosos e espirituais procedem os demais; porém, essa hierarquia de valores oscila constantemente, em detrimento de outros valores sociais que insurgem²¹.

Situações relatadas, em outro estudo, abordam os maus-tratos, e o atendimento inadequado por parte dos profissionais de saúde aos clientes. É preciso reforçar que o respeito pelos indivíduos deve sempre ser salientado, a despeito de suas condições sociais e econômica; são necessários profissionais humanizados mais preocupados com a pessoa²². O objetivo é sempre considerar que as relações interpessoais de enfermeiro/usuário são um processo dinâmico, com comportamentos manifestos e não manifestos, verbais e não verbais, e ficando atento a estes comportamentos, para, então, oferecer um cuidado de enfermagem planejado e humanizado²⁰.

Também, são fatores que geram conflitos, entre os profissionais da saúde e usuários, a infraestrutura inadequada, deficiência de materiais e equipamentos e de recursos humanos, insuficiente oferta na atenção especializada e a forma de organização do trabalho, que pode aumentar a carga laboral. Situações como essas ocasionam conflitos tanto para o profissional prestador do serviço quanto para o usuário do serviço, pois ambas as partes não sentem seus direitos reconhecidos. Isso causa o descontentamento dos profissionais da saúde, por terem que trabalhar em condições precárias de serviços, o que os leva à prestação de serviços inapropriados; e, em consequência, ocorre a insatisfação dos usuários do serviço, por não terem garantido acesso a assistência de qualidade^{5,17}.

Paradoxalmente, ainda que o enfermeiro situe, exemplificando inclusive, as situações do não acolhimento da família/acompanhante, a omissão ou insuficiência nas informações ao usuário, e a impotência quanto à violência doméstica/familiar, como conflitos que desencadeiam em si mesmo SM; ainda que ele se autoavaleie como inabilitado para desenvolver a defe-

sa do paciente e, por fim, ainda que este conflito se expresse numa relação ambígua e polarizada consigo mesma - entre a expectativa do poder fazer e a avaliação de sua própria conduta -, o enfermeiro se expressa. E, aqui, expressar-se significa a possibilidade de estranhar o que vê e o que vivencia. Nessa perspectiva, estudo sinaliza que as ações negativas têm consequências para si (profissional), para os pacientes e familiares, entre as quais o prolongamento da morte, a morte indigna, a quantidade *versus* a qualidade de vida, o cuidado inadequado, o tratamento tardio, a hospitalização prolongada, o desrespeito e a falsa esperança²³.

Explorar o fato de o enfermeiro ser responsável pelo cuidado ininterrupto e estar envolvido em relações mais estreitas com os usuários/familiares, mesmo que relacionado à frequência e complexidade das questões éticas e morais a que está exposto, pode evidenciar uma outra posição do enfermeiro. Isto é, uma posição favorável, que o leve a perceber as fragilidades e as potencialidades das crenças dos usuários. Desse modo, a defesa dos usuários/familiares se expressa, também, nas diferentes maneiras de o enfermeiro denunciar os agravos a que eles estão sujeitos no contexto social e da saúde. Portanto a composição de equipes de saúde por profissionais de diferentes áreas de formação, dispostos a esclarecer em possibilidades para o paciente e seus familiares no enfrentamento do processo saúde-doenças, momento difícil de suas vidas, ameniza o sofrimento de todos, inclusive da própria equipe. Na verdade, são ressignificados os atributos das relações de cuidado, enfatizando valores éticos, como a confiança e a autonomia²⁴.

CONCLUSÃO

O enfermeiro vivencia múltiplas situações em seu cotidiano de trabalho, que podem se constituir em motivo do processo de SM. O assédio moral foi apresentado como um dos resultados do estudo, proveniente de perseguições no trabalho, do desrespeito entre equipe e entre chefias, da discriminação, depreciação do seu fazer e de sua potencial autonomia, entre outras situações. Perpetua-se uma relação conflituosa com o profissional médico, oriunda de disputas de poder e de manutenção de um *status quo* desse profissional médico.

Ainda, elencaram-se situações em que o enfermeiro reconhece tomar decisões e procedimentos assistenciais inadequados ou inseguros por falta de estrutura institucional ou condições materiais. As relações de conflitos se agravam juntamente com a deficiência de materiais, de equipamentos e de pessoal, aumentando a carga de trabalho, gerando dificuldades, principalmente, nas interações interpessoais, o que reflete em todas as esferas do cuidado.

No relacionamento enfermeiro/usuário, foi considerado que as crenças de cada pessoa e grupo de pertencimento, moldam condições que podem gerar

conflitos. Logo, o enfermeiro necessita adotar ações que minimizem as diferenças e aproximem as pessoas, colocando o usuário no centro do seu processo de cuidar. Por fim, sinaliza-se que o enfermeiro precisa manifestar-se sempre em defesa do paciente, denunciando os agravos a que estão sujeitos no contexto da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Dreu CKM, Gelfand MJ. Conflicts in the workplace: sources, functions and dynamics across multiple level of analyseis. *CRC Press*. 2007; 24(2):3-64.
2. Guerra ST, Prochnow AG, Trevizan MA, Guido LA. Conflict in nursing management in the hospital context. *Rev. latino-am. enfermagem*. 2011; 19(2):1-8.
3. Fassier T, Azoulay E. Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. *Curr Opin Care*. 2010; 16(1):654-65.
4. Costa TD, Martins MCF. Stress among nursing professionals: effects of the conflict on the group and on the physician's power. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45(5):1191-8.
5. Carvalho BG, Peduzzi M, Ayres JRCM. Conceptions and typology of conflicts between workers and managers in the context of primary healthcare in the Brazilian Unified National Health System (SUS). *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(7):1453-62.
6. Gaudine A, Lefort SM, Lamb M, Thorne L. Ethical conflicts with hospitals: the perspective of nurses and physicians. *Nursing Ethics*. 2011; 18(1):9-19.
7. Machado BP, Paes LG, Diaz OS, Santos TM, Lima SBS, Prochnow AG. Conflictos em las instituciones de salud: desafio necessário al trabajo del enfermero. *Index Enferm*. 2012; 21(2):1-27.
8. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Hersh M, Shirk M, Nudelman O. Early indicators and risk factors for ethcal issues in clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship*. 2011; 43(1):13-21.
9. Mccarthy J, Gastmans C. Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*. 2015; 22(1):131-52.
10. Ramos FRS, Barlem ELD, Brito MJM, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LCD. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. *Texto & contexto - enferm*. 2016; 25(2):e4460015.
11. Trautmann J, Epstein E, Rovnyak V, Snyder A. Relationships among moral distress, level of practice independence, and intent to leave of nurse practitioners in emergency departments: results from a national survey. *Adv Emerg Nurs J*. 2015; 37(2):134-45.
12. Cardoso CML, Pereira MO, Moreira DA, Tibães, Ramos FRS, Brito MJM. Moral Distress in Family Health Strategy: experiences expressed by daily life. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(esp):86-92.
13. Renno HMS, Ramos FRS, Brito MJM. Moral distress of nursing undergraduates: myth or reality. *Nursing Ethics*. 2016; 23(1):1-9.
14. Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *J Nurs Scholars*. 2015; 47(2):117-25.
15. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care*. 2016; 31(1):178-82.
16. Araújo MPS, Medeiros SM, Quental LLC. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas. *Rev. Enferm. UERJ*. 2016; 24(5):e7657.
17. Santos PS, Bernardes A, Vasconcelos RMA, Santos RS. Relação entre médicos e enfermeiros do Hospital Regional de Cáceres dr. Antônio Fontes: a perspectiva do enfermeiro. *Rev. Ciência Estudos Acadêmicos Medicina*. 2015; 4:10-28.
18. Schneider GD, Ramos FRS. Nursing ethical processes in the State of Santa Catarina: characterization of factual elements. *Rev. latino-am enfermagem*. 2012; 20(4):1-9.
19. Jesus MAC, Souza NVDO, Costa CCP, Carvalho EC, Gallasch CH, Souza PHDO. Assédio moral no trabalho hospitalar de enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. *Rev. enferm. UERJ*. 2016; 24(4):e26437.
20. Medeiros MB, Pereira ER, Silva RMCRA, Silva MA. Dilemas éticos em UTI: contribuições da Teoria dos Valores de Max Scheler. *Rev. bras. enferm*. 2012; 65(2):276-84.
21. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev. bras. enferm*. 2013; 66(1):31-7.
22. Moreira AO, Souza HA, Ribeiro JA. Nursing experiences and defensives strategies regarding care in the intensive care unit. *Rev. enferm. UFSM*. 2013; 3(1):102-11.
23. Wiegand DL, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nursing Ethics*. 2012; 19(4):479-87.
24. Luz KR, Vargas MAO, Barlem E, Schmitt PH, Ramos FRS, Meireles BHS. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. *Rev. bras. enferm*. 2016. 69(1):67-71.