

## Modelo assistencial do enfermeiro à beira leito: desafios e perspectivas para uma prática inovadora

*Bedside nurses' care model: challenges and perspectives for an innovative practice*

*Modelo de atención de enfermería al lado de la cama: desafíos y perspectivas para una práctica innovadora*

Lilian Cristina Rezende<sup>a</sup> 

Gláucia de Souza Vilela<sup>a</sup> 

Carolina da Silva Caram<sup>a</sup> 

Beatriz Santana Caçador<sup>b</sup> 

Maria José Menezes Brito<sup>a</sup> 

### Como citar este artigo:

Rezende LC, Vilela GS, Caram CS, Caçador BS, Brito MJM. Modelo assistencial do enfermeiro à beira leito: desafios e perspectivas para uma prática inovadora. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(esp):e20200155. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200155>

### RESUMO

**Objetivo:** Compreender a prática de enfermeiros no contexto do modelo assistencial a beira leito do paciente em Unidade de Terapia Intensiva, à luz da ética da virtude.

**Método:** Pesquisa qualitativa, realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário MG/Brasil. Os dados foram coletados em fevereiro de 2016 mediante entrevista semiestruturada aplicada aos 12 enfermeiros que atuavam na unidade. Os dados foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo.

**Resultados:** O modelo assistencial “beira-leito” estimula a prática inovadora, (re)direcionando o enfermeiro na busca do seu telos, o cuidado ao paciente, superando a fragmentação da assistência de enfermagem e reconfigurando a identidade profissional. Contudo, a organização do modelo no cenário fez emergir desafios relacionados ao reconhecimento do enfermeiro pela a equipe multiprofissional, gerando rupturas identitárias.

**Conclusão:** O modelo beira-leito adotado interfere na relação do enfermeiro com o cuidado, reaproximando profissional e paciente, potencializando a prática inovadora e de excelência.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Ética. Unidades de terapia intensiva. Cuidados de enfermagem. Prática privada de enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** To understand the practice of nurses in the context of the care model at the bedside of the patient in an Intensive Care Unit, in the light of the ethics of virtue.

**Method:** Qualitative research, carried out in an Intensive Care Unit of a University Hospital MG/Brazil. Data were collected in February 2016 through a semi-structured interview applied to the 12 nurses who worked at the unit. The data were submitted to Thematic Content Analysis.

**Results:** The “bedside” care model encourages innovative practice, (re)directing nurses in the search for their telos, patient care, overcoming the fragmentation of nursing care and reconfiguring professional identity. However, the organization of the model in the scenario raised challenges related to the recognition of nurses by the multi-professional team, generating identity ruptures.

**Conclusion:** The adopted bedside model interferes in the nurses' relationship with care, bringing together professional and patient, enhancing innovative and excellent practice.

**Keywords:** Nursing. Ethics. Intensive care units. Nursing care. Nursing, private duty.

### RESUMEN

**Objetivo:** Comprender la práctica del enfermero en el contexto del modelo de atención ao lado de la cama del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos, a la luz de la ética de la virtud.

**Método:** Investigación cualitativa, realizada en una Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital Universitario MG/Brasil. Los datos fueron recolectados en febrero de 2016 a través de una entrevista semiestruturada aplicada a las 12 enfermeras que laboraban en la unidad. Los datos se enviaron a Análisis de Contenido Temático.

**Resultados:** El modelo de atención “ao lado de la cama” fomenta la práctica innovadora, (re) orientando al enfermero en la búsqueda de su telos, atención al paciente, superando la fragmentación del cuidado de enfermería y reconfigurando la identidad profesional. Sin embargo, la organización del modelo en el escenario planteó desafíos relacionados con el reconocimiento de las enfermeras por parte del equipo multiprofesional, generando rupturas en la identidad.

**Conclusión:** El modelo de cabecera adoptado interfiere en la relación de la enfermera con el cuidado, uniendo al profesional y al paciente, mejorando la práctica innovadora y excelente.

**Palabras clave:** Enfermería. Ética. Unidades de cuidados intensivos. Atención de enfermería. Práctica privada de enfermería.

<sup>a</sup> Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Federal de Viçosa (UFV), Departamento de Medicina e Enfermagem, Viçosa, Minas Gerais, Brasil

## ■ INTRODUÇÃO

A enfermagem, enquanto ciência e profissão, historicamente, esteve vinculada e comprometida com o cuidado, envolvendo a atuação pautada em conhecimentos científicos, a capacidade técnica e a de produzir modelos de trabalho que mostram suas responsabilidades e potencialidades<sup>(1)</sup>. Considerando a evolução do cuidado ao longo da história, a enfermagem contemporânea pode ser analisada como uma prática privada de enfermagem, composta por padrões de excelência e pela conquista por parte dos profissionais de bens internos e externos à profissão.

Segundo MacIntyre, os bens internos de uma profissão, denominados *telos*, são aqueles que diferenciam as práticas entre si e somente podem ser alcançados por profissionais que possuem competências técnicas e utilizam de virtudes na busca pela excelência de determinada prática. Já os bens externos, para o autor, são comuns a qualquer prática, sendo considerados consequências sociais, tais como prestígio, poder, dinheiro e status<sup>(2)</sup>.

É importante destacar que atuar com excelência envolve a ação do profissional por ser o melhor na busca pelo bem interno de sua profissão. Significa, pois, mobilizar atitudes e hábitos, isto é, virtudes, quer sejam elas físicas (competência técnica) ou morais (utilidade para a sociedade), em prol do alcance da prática<sup>(2)</sup>. Dessa forma, ao realizar a prática com excelência, o profissional ao mesmo tempo em que a legitima como competência técnica, também alcança sua relevância social.

Ao se considerar o cuidado como *telos* da prática do enfermeiro, assume-se a ética da virtude como perspectiva epistemológica para a discussão neste artigo, reafirmando o cuidado como o bem interno da enfermagem<sup>(3)</sup>. A despeito das múltiplas dimensões do cuidado, apreende-se que a prática do enfermeiro se consubstancia pela interação entre atividades assistenciais e gerenciais, sendo relevante o papel deste profissional na gestão do cuidado.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) destacam-se diferentes desafios relacionados à conquista do bem interno da enfermagem em face das premissas jurídicas, organizacionais, filosóficas e paradigmáticas por ele impulsionadas. O SUS configura-se como um chamamento ético que desencadeou mudanças nas práticas em saúde e na configuração identitária dos profissionais, com deslocamento das práticas curativas para aquelas produtoras de cuidado, cujo foco é o indivíduo compreendido e analisado em seu contexto cultural, simbólico e social<sup>(4)</sup>.

No campo da organização das práticas no contexto hospitalar, a realidade revela a adoção de modelos assistenciais que organizam a prática do enfermeiro de modo fragmentado que, muitas vezes, afasta-o da assistência e,

por conseguinte, do cuidado direto ao paciente, dando enfoque, majoritariamente, às atividades administrativas<sup>(5)</sup>. Nestes modelos, a divisão do trabalho de enfermagem se dá considerando as atribuições previstas à cada categoria profissional, de modo que as atividades de cuidado direto ao paciente permanecem majoritariamente sendo desenvolvidas por profissionais de nível médio de enfermagem<sup>(5)</sup>. O termo modelo assistencial embora seja considerado um termo polissêmico, em todos os seus aspectos se referem, em um determinado contexto, ao modo como um serviço de saúde organiza suas práticas, bem como aos valores que os orientam<sup>(6)</sup>.

No entanto, mudanças recentes na organização do trabalho do enfermeiro têm modificado seu fazer cotidiano, aproximando-o do cuidado direto ao paciente. A esse respeito, cabe esclarecer que algumas instituições universitárias hospitalares vêm adotando o modelo assistencial integral como uma forma de transpor a assistência fragmentada, propondo que a assistência seja prestada pelo mesmo profissional em um turno de trabalho de forma a garantir o cuidado adequado às necessidades do paciente<sup>(5)</sup>. Na instituição, cenário do presente estudo, o modelo assistencial integral é denominado “enfermeiro a beira leito” e foi adotado nos setores hospitalares fechados, voltados ao cuidado crítico. Os enfermeiros assumem o cuidado integral dos pacientes sob sua supervisão, enfocando suas ações na assistência direta remodelando a prática neste contexto.

Visto o exposto, surge a questão norteadora do estudo: Como se dá a prática do enfermeiro em uma UTI que adota o modelo assistencial a beira leito? Para fins deste estudo, elegeu-se intencionalmente para análise da prática do enfermeiro, sob o prisma da ética da virtude, uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital escola localizado em Minas Gerais, onde adotaram o modelo assistencial do enfermeiro à beira leito do paciente.

Parte-se do pressuposto que a prática do enfermeiro tem potencial transformador do trabalho e que modificações no modelo assistencial que centraliza o paciente podem gerar repercussões para uma prática de enfermagem inovadora que resgata o enfoque no cuidado e reconfigura a identidade do enfermeiro, superando a fragmentação da assistência de enfermagem expressa pela divisão do trabalho percebida na maioria dos cenários de atuação do enfermeiro. Portanto, este estudo poderá contribuir para (re)valorização da prática da enfermagem e da promoção do protagonismo e da autonomia do enfermeiro como agente do cuidado.

O objetivo do presente estudo foi compreender a prática de enfermeiros no contexto do modelo assistencial a beira leito do paciente em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário, à luz da ética da virtude.

## ■ MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, descritiva, interpretativa e analítica, fundamentado na Ética da Virtude. O presente estudo seguiu as diretrizes do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), visando assegurar a adequação do artigo ao padrão de transparência para reportar resultados em pesquisas qualitativas<sup>(7)</sup>.

A pesquisa qualitativa é capaz de expor a complexidade da vida humana e evidenciar significados da vida social. Assume-se como fundamento a existência da relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, a interdependência entre indivíduos e objeto e o vínculo indissociável entre o mundo e a subjetividade do sujeito<sup>(8)</sup>.

A Ética da Virtude se revela como referencial epistemológico coerente com o objeto do presente estudo por considerar que determinada prática possui o bem interno (*telos*)<sup>(2)</sup>, diferenciando-a das demais. Nessa perspectiva, assumir o cuidado como *telos* da enfermagem permite o aprofundamento da análise da prática em um contexto que adota o modelo assistencial que a caracteriza pelo seu bem interno, isto é, o cuidado.

O estudo foi realizado na UTI de um Hospital Universitário, localizado em Minas Gerais, Brasil. A escolha do cenário se deu intencionalmente considerando as mudanças que inserção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalar (EBSERH) como gestora do Hospital Universitário provocou no hospital. Dentre elas está reorganização da prática da enfermagem com a proposta de um modelo assistencial integral que coloca o enfermeiro uma posição de agir individualizado de forma a considerar o paciente como um todo, que implica no desenvolvimento de habilidades, destreza e valores<sup>(5)</sup>. No cenário desse estudo, o modelo assistencial integral mencionado foi denominado de modelo assistencial do enfermeiro a beira-leito. Nesse modelo, o enfermeiro, juntamente com o técnico de enfermagem, assume a gestão do cuidado e a assistência direta e integral dos pacientes sob sua supervisão.

Participaram da pesquisa 12 enfermeiros que atendiam aos critérios de inclusão. Os critérios de inclusão exigiam que os enfermeiros fossem concursados da EBSERH, haja vista que na instituição coexistem diferentes vínculos empregatícios e que atuassem nos plantões diurnos. A exclusão de profissionais dos plantões noturnos deveu-se ao fato de ele possuir formas de organização do trabalho diferenciadas, o que poderia ocasionar vieses na investigação. Os participantes foram identificados pelo código "ENF" seguido por numeração cronológica de 1 a 12 de acordo com a realização das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada em fevereiro de 2016 por meio de entrevista orientada por roteiro semiestruturado, foram conduzidas por pesquisador previamente treinado. O pesquisador apresentou-se, informou os objetivos, aspectos

éticos e recolheu a anuência do entrevistado em participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram previamente agendadas, realizadas no ambiente de atuação do profissional em local privado e foram gravadas e transcritas na íntegra. O roteiro contemplava questões relacionadas ao trabalho realizado e ao que o profissional gostaria ou deveria realizar na unidade; aos obstáculos e facilidades enfrentados para desenvolver as atividades; à forma como lidam com os obstáculos encontrados; aos problemas éticos que se apresentam no cotidiano de trabalho e à maneira que lidam com eles; às motivações para continuar trabalhando como enfermeiro e às mudanças propostas para a realização do trabalho. As entrevistas duraram em média trinta minutos.

Os dados foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo<sup>(9)</sup>. A organização dos dados ocorreu em torno das etapas de pré-análise; de exploração do material e; do tratamento dos resultados e inferência e interpretação<sup>(9)</sup> e foram analisados sob a luz da literatura. Na pré-análise o material foi organizado e procedeu-se a leitura flutuante. Na exploração do material os dados foram codificados e categorizados, sendo estruturadas inicialmente três categorias analíticas, quais sejam: aspectos éticos, facilidades e fragilidades da prática e significado de ser enfermeiro. Saliencia-se que, posteriormente, as categorias foram agrupadas para fins de responder à pergunta de pesquisa do presente artigo, compondo uma única categoria denominada modelo assistencial beira-leito. No tratamento dos resultados, inferência e interpretação consistiu no aprofundamento da análise, estabelecendo conexões com a literatura e com o referencial teórico da Ética da Virtude.

Ressalta-se que todos os preceitos éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram cumpridos (Parecer n.º 1.237.831). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram esclarecidos sobre os termos de confidencialidade e o anonimato das declarações, bem como os riscos e benefícios da pesquisa.

## ■ RESULTADOS

Observou-se que a vivência dos enfermeiros no modelo assistencial a beira leito no ambiente da UTI, revela o cuidado como tradução da prática, como *telos* da prática do enfermeiro. O enfermeiro a beira do leito propicia melhorias na qualidade assistencial, realocando-o para um espaço que lhe é próprio. Modelo inovador ao permitir que o cuidado seja prestado integralmente e sem intermediários, por meio da aplicação do processo de enfermagem com planejamento assistencial sistematizado. Contudo, o modelo também produz estranhamentos no reconhecimento do enfermeiro

junto à equipe, haja vista as formas de cuidar instituídas historicamente, que deslocaram o enfermeiro para atividades de natureza prioritariamente administrativas, e, com frequência, dissociadas do cuidado. O movimento proposto pelo modelo assistencial a beira leito visa reintegrar o enfermeiro ao *locus* do cuidado assistencial direto, qualificado pela formação profissional altamente especializada.

Essa retomada do posicionamento do enfermeiro à beira leito, é associada por ENF1 e ENF5 à nobreza. Para esses enfermeiros, é “nobre” a proximidade com o paciente, possibilitando uma assistência especializada de qualidade e segura, com o estabelecimento da relação de confiança entre os pares.

*Meu trabalho é assistência direta ao paciente. É muito nobre estar perto do paciente executando o cuidado (ENF5).*

*O curativo está sendo trocado na técnica correta e eu sei que meus colegas também têm essa preocupação. A gente troca o curativo com a frequência necessária, indica o melhor curativo, muda o decúbito de 2 em 2 horas e avalia o paciente para mudar o decúbito. Então, eu vejo que o paciente está sendo mais bem cuidado (ENF1).*

Os depoimentos apresentados revelam o resgate da identidade, fragilizada em situações nas quais ocorre a desvinculação do profissional das atividades que conferem significado ao seu trabalho. Revelam, ainda, a percepção do enfermeiro sobre seu potencial na transformação da prática, ao considerar o cuidado como próprio do seu fazer. Nesse sentido, ENF8 aponta que a prática está atrelada ao cuidado, considerando-o como “o berço” da enfermagem.

*Eu trabalho diretamente com o paciente, eu consigo resgatar tudo aquilo que a enfermagem coloca como berço, que é o cuidado. A partir do momento que se estabelece um cuidado eu já coloco automaticamente ligado ao enfermeiro (ENF8).*

Questionados sobre os valores que mobilizados para o alcance da excelência da prática, os enfermeiros apontaram:

*Carinho ao paciente e respeito (ENF9), prudência (ENF3), conhecimento científico (ENF1; ENF5; ENF12), justiça (ENF4; ENF5; ENF6), compromisso (ENF7), comunicação (ENF8; ENF11), empatia (ENF1; ENF8), humanização (ENF8), responsabilidade (ENF3; ENF8; ENF12), paciência (ENF8), respeito a legislação (ENF6) e princípios da beneficência e não-maleficência (ENF10).*

Esses valores convergem com ética principialista e deontológica e, ainda, com valores básicos do ser humano. A esse respeito, ENF5 aponta o senso de justiça (ética principialista)

e o juramento profissional (ética deontológica) como parte dos seus valores. Logo, avança, apontando a dignidade e a nobreza nos relacionamentos (ética da virtude).

*Valor ético é você tratar com justiça cada paciente, ser condizente com o juramento que você fez e garantir tudo aquilo à beira leito. Se você errar, deve ter dignidade para reconhecer seu erro e ser nobre para atuar de forma precisa com o paciente e com a família. A partir do momento em que você é claro com a família e com o paciente a relação melhora muito (ENF5).*

O participante ENF09 relata que, devido ao modelo assistencial adotado, o cuidado está sendo realizado por enfermeiros, o que confere nível de competência técnico-científica elevada e impede a fragmentação do cuidado entre categorias profissionais de nível superior e médio de enfermagem, revelando assim, a potência desse modelo de organização da prática.

*A capacidade técnica de cada um é maior, não estamos lidando com pessoal técnico na assistência, somos todos de nível superior, a capacidade de conhecimento de todo mundo é maior (ENF9).*

Embora os depoimentos apontem que o enfermeiro reconhece aspectos positivos da sua proximidade com o paciente e seu potencial de transformação do cuidado em prol da excelência, com repercussões diretas e benéficas ao paciente, há fragilidades inerentes à organização do modelo assistencial em questão neste cenário, bem como desafios que ainda precisam ser vencidos para que a total potência do modelo assistencial seja alcançada. As falas de ENF1 e ENF6 remetem à existência de uma lacuna entre o prescrito e o real, entre o discurso proposto pela incorporação do novo modelo assistencial e a prática que, de fato, se dá no cotidiano da organização, majoritariamente reducionista, tecnicista, que não permite a aplicação do processo de enfermagem em sua completude. Tais lacunas fazem emergir o estranhamento e o sofrimento aos enfermeiros.

*A transição de técnico para enfermeiro foi complexa, porque não houve o discurso da qualificação do cuidado e sim da substituição da mão de obra e isso foi doloroso para o enfermeiro. Minha prática é reducionista. Eu posso muito mais do que eu faço hoje. E não é por causa do banho de leito e dos curativos que faço ou pela fraude que troco. Mas, pela falta de possibilidade de discussão aprofundada de cada caso (ENF1).*

*Na verdade, eu acredito que a proposta poderia ter sido diferenciada. Hoje a gente trabalha na escala de 2*

*enfermeiros para 1 técnico com 4 pacientes em uma enfermaria. A gente fica muito restrito a um assistencial básico. O diagnóstico, a prescrição, os cuidados de enfermagem, algo direcionado mesmo para a gestão estratégica do enfermeiro para o paciente fica um pouco a desejar (ENF6).*

Neste campo, ENF2 e ENF4 reforçam que a capacidade produtiva do enfermeiro deveria ser melhor explorada, potencializando assim a qualidade da assistência e a rentabilidade do serviço. Inclusive, ENF2 relaciona à organização o papel de potencializar o trabalho do enfermeiro por meio de melhorias nas definições dos papéis dos membros da equipe multiprofissional.

*O trabalho do enfermeiro, nesse modelo de gestão, poderia ter rentabilidade maior se o nosso potencial enquanto enfermeiro fosse explorado. Ele é pouco explorado devido à falta de definições do papel do técnico, do enfermeiro assistencial e gestor (ENF2).*

*Na UTI tem várias coisas que não são implantadas, mas que deveriam ser. Nós não avaliamos na admissão a escala de BRADEN e a carga de trabalho do enfermeiro. São coisas que o enfermeiro deveria fazer. O cuidado ao paciente está interligado com essas coisas que não são feitas, assim decaem indicadores e nós não conseguimos avaliar o cuidado em si (ENF4).*

No que tange à indefinição de papéis dos membros da equipe, o enfermeiro assumiu assistência a beira leito que era desenvolvida pelos técnicos de enfermagem. ENF12 relata que essa nova organização do trabalho impactou no não reconhecimento do enfermeiro pela equipe, emergindo rupturas identitárias.

*Eu acho que o trabalho que eu deveria realizar é maior. Mas me vejo técnico, exige pouco na parte de pensar. Eu trabalho mecanicamente [...] A equipe multidisciplinar não respeita o enfermeiro. Eu acho que já tinha uma visão que quem está à beira leito é o técnico de enfermagem, com pouca voz. O enfermeiro não tem participação, tentamos inserir o enfermeiro nas discussões dos casos e a equipe não aceita (ENF12).*

## ■ DISCUSSÃO

A adoção do modelo assistencial do enfermeiro a beira leito criou oportunidades para que os enfermeiros resgatassem o cuidado como prática inovadora executada pelo processo de enfermagem centrada no paciente. A inovação traduz no modelo uma vez que ao levantar diagnósticos, implementar

intervenções e avaliar a evolução do paciente são atividades realizadas pelo mesmo profissional. Ademais, o modelo possibilita a superação da fragmentação do cuidado entre as categorias de enfermagem, sendo desenvolvida em um contexto multidisciplinar. O cuidado, manifesto desta forma, expressa a compreensão do *telos* da prática do enfermeiro e das virtudes que precisam ser mobilizadas para o alcance de sua excelência. Ressalta-se que o *telos*, fundamentado na Ética da Virtude, é a finalidade própria da prática, a qual, em decorrência de sua construção histórica, de sua especificidade, de competências a serem mobilizadas e das virtudes a serem alcançadas em busca da excelência, é única<sup>(2)</sup>.

Nessa perspectiva, os participantes do presente estudo assumem o cuidado como *telos* de sua prática, fazendo alusão a ele como sendo o “berço” da enfermagem. Há que se considerar a história da enfermagem e suas bases profissionais, estando o cuidado ligado à proximidade com o paciente e sendo um valor central para a profissão<sup>(10)</sup>. Ademais, o cuidado refere-se às ações direcionadas para o outro, de modo a atender às necessidades imediatas ou antecipar ações para intervir no processo saúde-doença<sup>(11)</sup>.

No Brasil, a fragmentação do cuidado advinda da divisão técnica do trabalho vem sendo debatida em face à particularização das tarefas assistenciais e gerenciais prestadas, que não oferecem a visão integral do indivíduo, fragilizando o cuidado<sup>(5)</sup>. O modelo que colocou o enfermeiro à beira do leito do paciente promoveu a sua aproximação com o cuidado e o desenvolvimento de uma prática integral aos pacientes com necessidades críticas. Deste modo, o cuidado se materializa na relação entre enfermeiros e entre eles e pacientes, fortalecendo os valores da prática mediante o exercício das virtudes, uma vez que elas são os meios para alcançar a sua excelência<sup>(2)</sup>. O modelo a beira leito facilita o exercício das virtudes que conferem excelência à prática, legitimando-a.

Especificamente na Unidade de Terapia Intensiva, as pessoas estão em constante inter-relação, realizando atividades com alto grau de complexidade e de especialização, o que requer a mobilização de competências diferenciadas para cuidar de pacientes em estado crítico<sup>(1,2)</sup>. Tal movimentação em prol de prestar o melhor cuidado possível significa a legitimação da prática e o reforço de sua relevância social, sendo o que caracteriza o alcance de uma prática considerada de excelência.

No momento em que se considera a importância da inter-relação na realização do cuidado é que os participantes expressaram seus descontentamentos com relação ao modelo à beira leito. Embora os enfermeiros do presente estudo se reconheçam como competentes e capazes de prestar o cuidado de excelência eles relataram a respeito do não reconhecimento pelo outro (equipe multiprofissional), o que

é atribuído ao limite tênue entre o trabalho do enfermeiro e do técnico de enfermagem, culminando na fragilização de sua identidade e do compartilhamento das atividades relacionados ao cuidado entre a equipe.

O cuidado, assumido na perspectiva relacional, é elemento significativo na configuração identitária do enfermeiro, haja vista que ela é pautada em relacionamentos geradores de reconhecimento, tanto do próprio enfermeiro em relação a sua prática, como dos integrantes da equipe, dos pares e superiores, legitimando-a<sup>(2)</sup>. Percebe-se, pois, a necessidade de se avançar na busca de dispositivos técnicos e gerenciais que permitam reconfigurar o modelo assistencial a beira leito, de maneira a eliminar o reducionismo técnico e a fragmentação do cuidado, conferindo visibilidade ao enfermeiro.

Ademais, os resultados do presente estudo apontaram para a insatisfação dos enfermeiros ao serem comparados com os técnicos de enfermagem com formação de nível médio. Infere-se que o enfermeiro se sente desvalorizado por se perceber como substitutos do técnico de enfermagem, a despeito de ter formação de nível superior e especialização profissional. O contrário é verdadeiro e foi demonstrando em estudo cujos técnicos de enfermagem ficam satisfeitos quando não são distinguidos dos enfermeiros, provocando sentimento de igualdade<sup>(13)</sup>.

Tal percepção de igualdade entre enfermeiros e técnicos é fortalecida pelo modo como o modelo a beira leito foi implementado na unidade. Isto porque as atividades desenvolvidas por ambos não foram bem delineadas pelos gestores de modo que elas se confundem, fragilizando a identificação da prática do enfermeiro. Ainda, houve relatos de que o enfermeiro se enxerga na posição de realizar atividades essencialmente técnicas e de baixa complexidade, gerando sentimento de frustração por eles que se consideram aptos e competentes para desempenhar funções de maior complexidade e que no cotidiano não conseguem desenvolvê-las. A esse respeito, um estudo aponta o instrumento *Practice Environment Scale* como indicador para a qualidade da prática de enfermagem<sup>(13)</sup>, haja vista que a sua aplicação pode contribuir para as definições de papéis dos profissionais.

A frustração vivenciada pelo enfermeiro devido à falta de reconhecimento por parte da equipe multiprofissional e dos técnicos de enfermagem remete à reflexão sobre aspectos macroestruturais, no tocante à organização do trabalho da enfermagem nas instituições de saúde. Tais aspectos se referem ao fato de historicamente os modelos assistenciais adotados pelas instituições hospitalares deslocarem o enfermeiro do cuidado para assumirem incumbências prioritariamente administrativas, levando-o a delegar as atividades mais próximas do paciente ao técnico de enfermagem. Estudo realizado em hospital universitário aponta que a divisão técnica do trabalho predominante nas instituições, embora

existam esforços para mudar essa realidade, é marcada pelo enfermeiro atuando na gestão da unidade e na realização de procedimentos de alta complexidade enquanto os técnicos de enfermagem realizam a maior parte dos cuidados diretos ao paciente<sup>(5)</sup>.

A organização do trabalho do enfermeiro no cenário do presente estudo possibilita o reencontro dele com a assistência do paciente a beira leito, aproximando-o da sua prática, isto é do cuidado. Contudo, tal situação, foi percebida de forma negativa pelos profissionais, gerando sentimentos que remetem à desvalorização, invisibilidade e frustração por perceberem que, o trabalho assistencial de menor complexidade, aos olhos dos demais membros da equipe, relaciona-se a um fazer "menor" ou menos importante. Essa situação revela ruptura identitária vivenciada pelo enfermeiro diante do não reconhecimento de seu trabalho pelo seus pares<sup>(14)</sup>.

A realidade que se apresenta neste estudo permite uma reflexão acerca dos desafios identitários que vivem os enfermeiros. Isto porque o movimento de reapropriação da assistência direta ao paciente pelo enfermeiro, sem que houvesse a fragmentação do cuidado com outras categorias profissionais, pressupunha recolocar o enfermeiro em uma posição identitária original, própria. No entanto, este estudo evidencia que, mesmo reconhecendo a importância da prática assistencial direta ao paciente, qualificada por seu saber, o enfermeiro sente-se incompleto, referindo a necessidade de executar atividades mais complexas e gerenciais para reconhecer-se, de fato, como enfermeiro. Tal evidência pode relacionar-se ao modo de implantação do modelo, visto que a configuração organizacional e o modo como acontece o trabalho em equipe devem ser elementos fundamentais de análise para que haja transformações e inovação no cotidiano, considerando as expectativas dos autores envolvidos<sup>(14)</sup>.

Pressupõe-se que a implementação de tal modelo deveria envolver toda a equipe de saúde, tornando-se possível que as atribuições de cada membro da equipe multidisciplinar ficassem claras e fossem incorporadas pela equipe de forma que cada profissional pudesse mobilizar as suas virtudes e valores em função de sua prática e do objetivo comum que é o paciente.

O enfermeiro, na busca constante pelo *telos* de sua prática, discorre sobre a importância de encontrar meios na instituição que sejam compatíveis com a prática, assim como para a mobilização das virtudes, no sentido de que o indivíduo possa concretizar a sua prática com excelência, legitimando-a<sup>(3)</sup>. Na perspectiva da Ética da Virtude, as virtudes são dispositivos que conferem inteligibilidade a prática, guiando o indivíduo para o alcance do bem interno da profissão<sup>(2)</sup>. Tais virtudes podem ser físicas, as quais estão relacionadas ao

desenvolvimento de competência técnica, bem como moral, relacionada a utilidade dessa prática para a sociedade. A esse respeito, cabe ressaltar que elas não são ontológicas, sendo desenvolvidas como hábitos e atitudes durante a formação e a prática profissional<sup>(2)</sup>. Portanto, destaca-se a necessidade de refletir sobre os processos formativos dos enfermeiros no cotidiano dos serviços que estimulem o desenvolvimento de virtudes compatíveis com a prática inovadora de cuidado que reforce e valorize o protagonismo da enfermagem enquanto profissão, alcançando relevância social.

Os valores citados como importantes para a execução da prática pelos enfermeiros do presente estudo extrapolam a ética principialista e deontológica, ultrapassando a moralidade do dever. Não se pretende negar a importância da moralidade na execução da prática do enfermeiro, mas considerando a hermenêutica da ética da virtude, aprecia-se também o desejo e a necessidade do sujeito e o aceita como eticamente importante para decidir e realizar a ação por si próprio<sup>(15)</sup>. Daí a importância de considerar toda a equipe no processo de mudança de modelos assistenciais, bem como no advento de sua implementação.

A interação inerente à prática do enfermeiro pode se apresentar de modo instrutivo, seguido de protocolos ou com intenção construtiva produtora de subjetividades<sup>(12)</sup>. Reside aí a potência do enfermeiro na transformação do cuidado, uma vez que, assumindo o cuidado como relacional e como *telos* da prática, aceitam-se as atitudes baseadas em competências técnicas e, sobretudo, em valores humanos promovendo práticas inovadoras. Tais valores, no exercício da virtude, permitem ao indivíduo julgar o certo a se fazer, no lugar, na hora e da forma certa, não sendo apenas um exercício rotinizado pela aplicação de regras e códigos<sup>(2)</sup>. Torna-se fundamental que a instituição e a gestão do serviço reconheçam essas questões criando ambientes que estimulem e incentivem a prática do enfermeiro, uma vez que, com condições para buscar o *telos* da sua prática, ele prestará cuidados de excelência e em consonância com o seu julgamento moral, além de aderirem à projetos como o de mudança do modelo assistencial.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva que adota o modelo assistencial a beira leito encontra-se relacionada à busca constante pelo enfermeiro de seu *telos*, isto é, o cuidado. Nesse sentido, o modelo assistencial a beira leito, que organiza o trabalho da enfermagem, se revelou como potente para o alcance do *telos*, configurando-se como uma prática inovadora e de excelência no que tange à possibilidade de cuidar diretamente do paciente, aplicando

o processo de enfermagem, gerindo o cuidado e superando a fragmentação da assistência de enfermagem. O cuidado é assumido, pelo enfermeiro, como próprio de sua profissão e sua concretização assume o potencial de avanços no campo profissional e na qualidade da assistência prestada.

Cabe salientar que o modelo assistencial apresentado na presente investigação ao resgatar a prática do enfermeiro a beira leito revela contradições no que se refere à divisão técnica do trabalho, demonstrando que existe ambiguidade entre as atividades do técnico e do enfermeiro, que se configuram como formas de rupturas identitárias para este último. Sendo essa questão o fruto dos conflitos profissionais vivenciados pelos enfermeiros e da falta de reconhecimento que gera repercussões na sua identidade, demonstra-se a importância de definição das atribuições e competências de cada membro da equipe multidisciplinar nos cenários de atuação. Tal lacuna apresenta-se como um desafio organizacional para a qualificação das ações em conformidade com a proposta de cuidados almejada pelo modelo assistencial da instituição.

O presente estudo apresenta como limitação a escolha da Ética da virtude como referencial epistemológico. Isto porque tal definição mobiliza o pesquisador não apenas para analisar o desenvolvimento de uma prática, mas para a imersão do que compreende essa determinada prática que se diferencia de qualquer outra pelo seu bem interno (*telos*). Ainda, destaca-se a limitação de estudos que discutem a adoção de modelos institucionais que orientem a assistência e que organizam o trabalho do enfermeiro.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Adamy EK, Zocche DAA, Almeida MA. Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41(spe):e20190143. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>
2. MacIntyre A. *After virtue*. 3rd ed. Indiana: Notre Dame Press; 2007.
3. Caram CS, Peter E, Brito MJM. Invisibility of the self: reaching for the *telos* of nursing within a context of moral distress. *Nurs Inq.* 2019;26(1):e12269. doi: <https://doi.org/10.1111/nin.12269>
4. Caçador BS, Ramos FRS, Brito MJM. [The process of distress/moral suffering in nurses of Family Health Strategy: subjectivity and identity]. *Enferm Foco.* 2016;7(3/4):22-6. Portuguese. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n3/4.910>
5. Gelbcke FL, Sousa VAF, Scherer MDA. From prescribed work to the real work of nursing in in-patient care units of federal university hospitals. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:e20170508. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0508>
6. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(6):1869-78. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
7. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2017;19(6):349-57. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

8. Minayo MC. Scientificity, generalization and dissemination of qualitative studies. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(1):16-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.30302016>
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70; 2009.
10. Caram CS, Rezende LC, Montenegro LC, Amaral JM, Brito MJ. [Ambiguities in the health team's work in the context of an intensive care unit]. *Rev Sanare*. 2016 [cited 2020 Jan 07];15(1):15-24. Portuguese. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/923/552>
11. Santos KCB, Cavalcante TB, Ribeiro ASF, Alencar TRG, Fontenele AMM, Santos DMA. Implantation of the reference nurse model in a university hospital. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019;13(1):268-74. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a236542p268-274-2019>
12. Silva RC, Ferreira MA, Apostolidis T, Brandão MAG. A conceptual framework of clinical nursing care in intensive care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(5):837-45. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0501.2622>
13. Oliveira EM, Barbosa RL, Andolhe R, Eiras FRC, Padilha KG. Nursing practice environment and work satisfaction in critical units. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):73-80. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0211>
14. Vilela GS, Ferraz CMLC, Moreira DA, Caram CS, Brito MJM. Nurse's identity construction in the face of the moral distress process in an intensive care unit. *REME: Rev Min Enferm*. 2020;24:e-1334. doi: <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20200071>
15. Ferkany M, Newham R. A comparison of approaches to virtue for nursing ethics. *Ethical Perspect*. 2019;26(3):427-57. doi: <https://doi.org/10.2143/EP.26.3.3287351>

#### ■ Agradecimentos:

À FAPEMIG, CNPq e Capes.

#### ■ Contribuição de autoria:

Lilian Cristina Rezende: conceituação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, validação, visualização, escrita – rascunho original e escrita – revisão e edição.

Gláucia de Souza Vilela: curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, validação, visualização, e escrita – revisão e edição.

Carolina da Silva Caram: conceituação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, validação, visualização, escrita – rascunho original e escrita – revisão e edição.

Beatriz Santana Caçador: análise formal, validação, visualização, escrita – rascunho original, escrita – revisão e edição.

Maria José Menezes Brito: aquisição de financiamento, administração de projeto, supervisão validação, visualização, escrita – revisão e edição.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

#### ■ Autor correspondente:

Lilian Cristina Rezende

E-mail: [lilianc.enf@gmail.com](mailto:lilianc.enf@gmail.com)

Recebido: 03.06.2020

Aprovado: 26.03.2021

#### Editor associado:

Dagmar Elaine Kaiser

#### Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti