

EDISON LUIZ DEVOS BARLEM

VIVÊNCIA DO SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO DA ENFERMAGEM:
PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA

RIO GRANDE

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

VIVÊNCIA DO SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO DA ENFERMAGEM:
PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA

EDISON LUIZ DEVOS BARLEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

ORIENTADORA: DRA. VALÉRIA LERCH LUNARDI

CO-ORIENTADOR: DR. GUILHERME LERCH LUNARDI

RIO GRANDE

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Barlem, Edison Luiz Devos

Vivência do Sofrimento Moral no Trabalho da Enfermagem: percepção da Enfermeira. Rio Grande, 2009.
105 p. : il. ; 31cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Lunardi, Valéria Lerch.

1. Enfermagem. 2. Ética. 3. Ética de Enfermagem. I. Título.

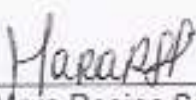
EDISON LUIZ DEVOS BARLEM

**VIVÊNCIA DO SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO DA ENFERMAGEM:
PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA**

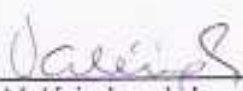
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do Título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 27 de fevereiro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

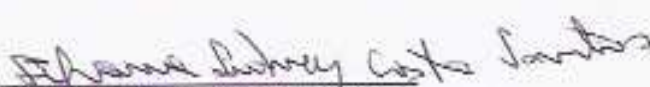

Dra. Mara Regina Santos da Silva
(Coordenadora do Programa)

BANCA EXAMINADORA:

Dr(a) 
Valéria Lerch Lunardi
Presidente (FURG)

Dr(a) 
Clarice Maria Dall Agnol
Membro (UFRGS)

Dr(a) 
Rosemary Silva da Silveira
Membro (FURG)

Dr(a) 
Silvana Sidney Costa Santos
Suplente (FURG)

DEDICO ESSA DISSERTAÇÃO

Ao Sublime Arquiteto do Universo, pela chance de poder crescer nesta grande e virtuosa escola chamada Terra; pela vida e pela oportunidade ilustre de ser Enfermeiro.

A minha mãe, incansável batalhadora por minha formação pessoal, dando-me sempre forças, ajudando em todas horas da minha vida, quer tenham sido boas ou ruins. Seu exemplo de dedicação, carinho, humildade, perseverança, fé e amor estão presentes na minha gênese e são a causa primária de cada ato meu. Eterno amor e admiração por seu exemplo. Eterna dívida de gratidão.

A meus avôs, Maria e Nelson, pela dedicação incondicional a mim ao longo de suas vidas, zelando por meu crescimento e mostrando sempre os caminhos de minha formação. Com eles aprendi sobre a fé, dedicação e sobre o esforço. Hoje sou um reflexo de suas marcantes personalidades.

Ao meu pai, Raul pela dedicação e torcida, mesmo à distância, por me auxiliar incondicionalmente nas horas mais oportunas, quando tudo parecia ainda mais difícil. Meu amor e eterna gratidão.

A minha amada Laila, amor incondicional, companheira fiel de todos momentos. Compreensiva, amorosa, honesta, paciente e dedicada, amenizou cada momento de dificuldade com sua sabedoria e doçura. Sua fé e humildade sempre serão exemplos de virtude. A ela meu eterno amor.

Especialmente a minha Orientadora, Professora Doutora Valéria Lerch Lunardi, pela oportunidade de me deixar banhar em seu mar de conhecimentos, me fazendo o enfermeiro, professor, pesquisador e profissional que sou. Sua trajetória sempre motivou meus passos; sua dedicação sempre me deu forças; seu trabalho sempre me inspirou. Sua paciência e compreensão souberam entender minhas limitações, falhas e dificuldades, me fazendo crescer mesmo nos momentos mais difíceis. Meu sucesso vem de seus ensinamentos.

Aos meus tios e tias, Nelson, Simone, Vânia, Flavio e Sandra. Cada um teve importância vital em minha personalidade. O curso de minha vida em muitos momentos esteve nas mãos de cada um deles.

Ao meu tio Jorge, exemplo de vida e de virtudes. Lá de cima olha por nós. A gratidão e a saudade serão eternas.

Aos meus primos Michele, Flavinho, Mateus, Thiago, Eduardo, Felipe. Mais que primos, meus verdadeiros irmãos.

A minha primeiramente amiga e posterior sogra, Maria da Graça, por ter sido minha colega de mestrado. Se não fosse ela...

Ao Doutor Guilherme Lerch Lunardi, meu incansável co-orientador. Sua dedicação e sabedoria estiveram ao meu lado sempre. Sua orientação me direcionou ao norte dessa dissertação.

Em especial aos Professores Doutores Wilson, Mara, Teda, Rose, Marta e aos demais professores da Escola de Enfermagem da FURG. Meu agradecimento e homenagem.

Aos meus colegas de mestrado, por trocarem comigo seus conhecimentos, por formarem uma família de cooperação.

A minha colega Bárbara. Graduação, Mestrado e agora Doutorado. Ao longo dos vários anos de convívio virou minha irmã, sempre ao meu lado a ajudar. Crescemos juntos em muitos momentos, trabalhando constantemente pelo sucesso um do outro. A ela, minha eterna gratidão e carinho.

À Professora Doutora Silvana Sidney Costa Santos, em especial, que para sempre será lembrada por sua dedicação e amizade.

Aos meus amigos, colegas, irmãos de jornada e todos aqueles que passaram por meu caminho, eles sempre farão parte de minha história. A eles minha eterna saudade.

Extensa é a lista de agradecimentos que deveriam ainda fazer parte dessa dedicatória, no entanto, em sentimentos envio a todas pessoas cujos nomes estão ausentes o meu carinho e eterno agradecimento.

Só o amor constrói, só a caridade salva.

Que Deus abençoe a todos e sempre ilumine nossos caminhos.

A vida responde sempre às nossas indagações.
Estudos e pesquisas são problemas de longo alcance
que o espírito formula, à frente do universo;
invenções e descobertas constituem soluções
que a Divina Sabedoria nos fornece
pela escola do trabalho.

Francisco Cândido Xavier

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de tradução reversa.....	42
Figura 2 – Modelo de regressão.....	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos locais de trabalho dos participantes da pesquisa.....	40
Quadro 2 - Alfa de Cronbach dos fatores do instrumento.....	46
Quadro 3 - Definições das variáveis utilizada na análise dos dados.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise fatorial do instrumento.....	45
Tabela 2 – Taxa de retorno dos questionários distribuídos.....	47
Tabela 3 – Distribuição dos respondentes por idade.....	53
Tabela 4 – Distribuição dos respondentes por ano de formação.....	53
Tabela 5 – Nível de formação dos sujeitos.....	54
Tabela 6 – Distribuição dos respondentes por tempo de atuação.....	54
Tabela 7 - Distribuição dos respondentes por unidade de trabalho.....	55
Tabela 8 – Tipo de atendimento prestado nas unidades de atendimento.....	55
Tabela 9 - Realização de reuniões pela equipe de enfermagem e frequência de realização.....	56
Tabela 10 – Percepção das enfermeiras quanto ao seu Sofrimento Moral vivenciado.....	57
Tabela 11 - Índices de intensidade e frequência de Sofrimento Moral vivenciado pelas situações representadas nas questões do instrumento validado.....	60
Tabela 12 - Sofrimento Moral manifestado por enfermeiras em relação às enfermeiras de UTI.....	71
Tabela 13 - Comparação entre a percepção de Sofrimento Moral das enfermeiras, segundo seus locais de trabalho, para o fator Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente.....	74
Tabela 14 - Comparação entre a percepção de Sofrimento Moral das enfermeiras, segundo seus locais de trabalho, para o fator Desrespeito à autonomia do paciente.....	74
Tabela 15 - Comparação entre a percepção de Sofrimento Moral das enfermeiras, segundo seus locais de trabalho, para o fator Obstinação Terapêutica.....	75
Tabela 16 - Comparação entre a percepção de Sofrimento Moral das enfermeiras, segundo seus locais de trabalho, para o fator Falta de competência na equipe de trabalho.....	76
Tabela 17 - Realização de reuniões.....	77

Tabela 18 - Frequência das reuniões.....	77
Tabela 19 - Intensidade e Frequência de percepção de sofrimento atribuído pelas enfermeiras à questão q-39.....	80
Tabela 20 - Análise de Regressão para as variáveis.....	82

RESUMO

BARLEM, Edison Luiz Devos. **Vivência do Sofrimento Moral no Trabalho da Enfermagem**: percepção da enfermeira. Rio Grande: FURG, 2009. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

Com objetivo de analisar a percepção das enfermeiras frente ao Sofrimento Moral vivenciado no cotidiano da profissão, relacionando a sua frequência e intensidade, realizou-se uma pesquisa do tipo survey, de caráter exploratório-descritivo, com 124 enfermeiras de quatro hospitais do sul do Brasil. A coleta dos dados ocorreu mediante utilização de um questionário auto-aplicável, denominado Moral Distress Scale (MDS), sendo composto por 38 questões fechadas relacionadas à situações que acontecem no cotidiano da enfermagem, com o acréscimo de questões de caracterização dos sujeitos. Este questionário utilizava uma escala Likert de sete pontos. Ao final do instrumento, uma questão relacionada à vivência do Sofrimento Moral foi inserida, proporcionando verificar, de um modo geral, se a percepção das situações vivenciadas no trabalho provoca Sofrimento Moral nas enfermeiras, relacionando também à frequência e à intensidade. Durante a análise, foram identificados e validados quatro constructos relacionados à percepção do Sofrimento Moral vivenciado, definidos como: **negação do papel da enfermeira como advogada do paciente**, relacionado ao potencial não utilizado pela enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes; **falta de competência na equipe de trabalho**, relacionado à ausência de habilidade ou competência técnica que deveria existir ao executar uma ação específica de cada categoria profissional; **desrespeito à autonomia do paciente**, evidenciando o desrespeito ao auto-governo, à liberdade, privacidade, escolha individual e liberdade de vontade do paciente; **obstinação terapêutica**, relativo ao tratamento que não mais beneficia o paciente em condições críticas, sendo considerado fútil, inútil. A falta de competência na equipe de trabalho foi o constructo que mais influenciou na percepção de sofrimento (4,55), seguido pela negação do papel da enfermeira como advogada do paciente (4,30) que apresentou um nível intermediário de sofrimento. Obstinação terapêutica e desrespeito à autonomia do paciente apresentaram-se como os constructos que menos influenciam na percepção de sofrimento, respectivamente (3,60) e (3,57), com diferença pouco significativa entre ambos. Foi verificada a importância da realização de reuniões de trabalho como um elemento possivelmente relacionado ao Sofrimento Moral, sendo identificada a maior frequência de ocorrência de reuniões com menor intensidade de percepção de sofrimento. Os resultados da pesquisa apontam a necessidade e a importância de realizar outros estudos sobre a ética, problemas morais e, em especial, Sofrimento Moral na enfermagem e na saúde, de modo a contribuir para a transformação da realidade, mediante o enfrentamento de situações do ambiente de trabalho, reconhecidas como aceitáveis, apesar de se caracterizarem como moralmente inadequadas por atentarem contra os direitos das pessoas, usuários e trabalhadores.

Descritores: Enfermagem; Ética; Ética de Enfermagem.

ABSTRACT

BARLEM, Edison Luiz Devos. **Experience of the Moral Distress in Nursing Work: the nurse's perception.** Rio Grande: FURG, 2009. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

Intending to analyse the perception of nurses toward the Moral Distress experienced in the daily routine of their profession, relating its frequency and intensity, an exploratory descriptive survey research was conducted with 124 nurses of four hospitals in southern Brazil. The collection of data happened by use of a self-applicable questionnaire, called Moral Distress Scale (MDS), which is composed by 38 closed questions related to situations that happen in the daily routine of nursing, with additional questions on characterization of the subjects. This questionnaire used a Likert scale of seven points. At the end of the instrument, a question related to the experience of the Moral Distress was inserted, providing a chance to verify, in a general way, if the perception of experienced situations in the work causes Moral Distress in nurses, also relating to frequency and intensity. During the analysis, four constructs related to the perception of the experienced Moral Distress were identified and validated, defined as: **denial of the nurse's role as patient's lawyer**, related to the potential not used by the nursing to claim for the patients' rights; **lack of competence in the work team**, related to the absence of ability or technical competence that should exist when executing a specific action of each professional category; **disrespect to patient's autonomy**, emphasising the disrespect to the patient's self-determination, freedom, privacy, individual choice and freedom of will; **therapeutic obstinacy**, related to the treatment that no more benefits the patient in critical conditions, and therefore considered futile, useless. The lack of competence in the work team was the construct that most influenced in the distress perception (4.55), followed by the denial of the nurse's role as patient's lawyer (4.30) that presented an intermediate level of distress. Therapeutic obstinacy and disrespect to patient's autonomy came as the constructs that least influence in the distress perception, respectively (3.60) and (3.57), with a little significant difference between both. The importance of the accomplishment of work meetings was verified as an element possibly related to the Moral Distress, being identified the largest frequency of occurrence of meetings with smaller intensity of distress perception. The results of the research point the need and importance of accomplishing other studies on the ethics, moral problems and, especially, Moral Distress in nursing and health, in order to contribute for the transformation of reality, by means of coping with situations of the work atmosphere, recognized as acceptable, in spite of being characterized as morally inadequate for they attempt against the rights of people, users, and workers.

Descriptors: Nurse; Ethics; Ethics, Nursing.

RESUMEN

BARLEM, Edison Luiz Devos **La Experiencia del Sufrimiento Moral en el trabajo de Enfermería: percepción de la Enfermera**. Rio Grande: FURG, 2009. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

Con el fin de examinar la percepción de las enfermeras frente al Sufrimiento Moral en la vida cotidiana de la profesión, relacionando a su frecuencia e intensidad, se ha realizado una investigación del tipo survey, de representación exploratorio-descriptivo, con 124 enfermeras de cuatro hospitales en el sur de Brasil. La recopilación de datos se llevó a cabo utilizando un cuestionario auto administrado, llamado Moral Distress Scale (MDS), compuesto de 38 preguntas cerradas relacionadas a situaciones vividas por la enfermería en su cotidiano, con adición de cuestiones de caracterización de los sujetos. Este cuestionario utilizó una escala Likert de siete puntos. Al final del instrumento, una cuestión relacionada con la experiencia del Sufrimiento Moral, fue añadida, propiciando examinar, de un modo general, si la percepción de las situaciones vividas en el trabajo causa Sufrimiento Moral en las enfermeras, relacionando también su frecuencia e intensidad. Durante el análisis, fueron identificados y validados cuatro constructos relacionados a la percepción del Sufrimiento Moral vivido, que fueron definidos como: **negación del papel de la enfermera como defensora del paciente**, relacionados con el potencial no utilizado por la enfermería para reclamar los derechos de los pacientes; **la falta de experiencia en el equipo de trabajo**, relacionado con la falta de habilidad o competencia técnica que debe existir para llevar a cabo una acción específica de cada categoría profesional; **desprecio de la autonomía del paciente**, poniendo de relieve el desacato al auto- gobierno, la libertad, la privacidad, la elección individual y la libre voluntad del paciente; **obstinación terapéutica**, relativo al tratamiento que no más beneficia el paciente en condiciones críticas, siendo considerado insignificante, improductivo. La falta de competencia en el equipo de trabajo fue el constructo que más influyó en la percepción del sufrimiento (4,55), seguido por la negación del papel de la enfermera como defensora del paciente (4,30) que presentó un nivel intermedio de sufrimiento. Obstinación terapéutica y el desprecio de la autonomía del paciente se presentó como los constructos que menos influyen en la percepción del sufrimiento, respectivamente (3,60) y (3,57), con pocas diferencia significativas entre ellos. Se ha verificado la importancia de las reuniones de trabajo como un elemento relacionado al Sufrimiento Moral, siendo identificada una mayor frecuencia de ocurrencia de reuniones con menor intensidad de la percepción del sufrimiento. Los resultados de la investigación indican la necesidad y la importancia de llevar a cabo nuevos estudios sobre la ética, problemas morales y, sobre todo, Sufrimiento Moral en la enfermería y en la salud, de modo a ayudar a la transformación de la realidad, a través del enfrentamiento de situaciones en el ambiente de trabajo, reconocidas como aceptables, a pesar de ser caracterizada como moralmente inadecuada por violar los derechos de las personas, los usuarios y los trabajadores.

Descriptores: Enfermería; Ética; Ética de Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1 ÉTICA, DILEMAS E SOFRIMENTO MORAL: REVENDO CONCEITOS.....	24
2.1.1 Sofrimento Moral.....	27
2.2 O TRABALHO DA ENFERMAGEM: VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO MORAL.....	29
3 MÉTODO.....	37
3.1 DELIMITAÇÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO.....	37
3.1.1 Tipo de Estudo.....	37
3.1.2 Local do Estudo.....	38
3.1.3 Instrumento.....	40
3.1.3.1 Tradução do instrumento.....	41
3.1.4 Validação do Instrumento.....	42
3.1.5 Informantes do Estudo.....	46
3.1.6 Aspectos Éticos.....	47
3.1.7 Coleta dos dados.....	49
3.1.8 Análise dos Dados.....	50
3.1.9 Variáveis que retratam o Sofrimento Moral no instrumento validado.....	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	53
4.2 ANÁLISES DESCRITIVAS.....	57
4.3 ANÁLISE DE VARIÂNCIA.....	69
4.4 ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA.....	81
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

O mundo moderno, através de um crescimento rápido verificado nas últimas décadas, possibilitou aos seres humanos um intenso acúmulo de conhecimentos, avanços tecnológicos e informações. As pessoas inseridas nessa temporalidade, compondo a sociedade moderna, apresentam diversos traços de competitividade e da complexa transformação impostos pelo progresso científico. Os resultados dessa evolução não podem ser presumidos, visto que a ciência rapidamente se desenvolve, resultando em pouca compreensão sobre os avanços que chegam aos indivíduos, na maior parte das vezes, sem uma análise prévia que comporte uma margem de segurança para que as implicações éticas possam ser pensadas ou discutidas. Os valores éticos, a solidariedade e a interdependência parecem não ter espaço garantido (AHLERT, 2003).

Verificamos, na sociedade atual, um forte distanciamento entre os indivíduos, gerando um sentimento coletivo de abandono que parece afastar os seres de sua condição humana. Gradativamente, a crise vivenciada cria o sentimento de viver como “estranhos no próprio planeta”. Diversas consequências desse período em que a crise de valores assola a humanidade podem ser apontadas, tais como, “desemprego, desenraizamento cultural, degradação do espaço natural e social, fragmentação e perda de criatividade no trabalho, mercantilização do lazer, perda da autonomia e da vivência comunitária” (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999. p. 9), entre outras tantas de semelhante teor. Dessa forma, se faz necessário:

resgatar algumas perguntas honestas sobre o modo de ser dos humanos, dos animais e de todas coisas; perguntas que foram sendo inibidas, asfixiadas e, até mesmo, ridicularizadas, em contato com a ciência e com as doutrinas morais e legais do modo de produção vigente. Esta forma de organização social, que considera cada coisa como entidade fechada e estranha às outras, separando sujeito e objeto, tem tantas ambigüidades que, muitas vezes, nos obscurece a consciência, vendando nossos olhos (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999. p. 9-10).

Já não nos surpreende que a ética tenha sido banalizada em meio a essa crise de valores. Vivemos em um mundo em que é facilmente percebida a postura ética inadequada e a presença de valores inadequados (ASSMAN, 2003). Em meio a essa situação, alguns indivíduos tentam resgatar costumes corrompidos,

procurando recuperar comportamentos perdidos e minimizar os problemas atuais (MASIP, 2002). Parece predominar a sensação de insegurança e perplexidade a respeito do que seja um comportamento ético, do que seja um valor moral (GARRAFA, 1995).

Nos hospitais, verificamos traços dessa desestruturação de valores, uma vez que sua dimensão assume aspectos de uma normalidade, de uma nova cultura “intrínseca nos modos de cuidar, nas posturas assumidas pelas profissionais” (BULHOSA, 2006, p.11). Em meio a essa situação, parece um paradoxo expressar na enfermagem o cuidado em sua forma mais sublime, tentando aliviar o sofrimento do próximo quando o sofrimento inicial pode estar intrínseco na própria enfermeira, sem que seja percebido o real motivo.

Como responder às questões dilemáticas¹ com justiça quando já existe uma impregnação de novos modelos de vida que afastam os seres uns dos outros e também de si próprios? Se a busca pelo conhecimento significa despir-se de preconceitos, a busca pelo alívio do sofrimento inicia com a auto-percepção do sofrimento pessoal e de suas origens éticas.

Os custos de inovações médico-científicas tornam-se altos e, frequentemente, escassos para a população, servindo, também, para o surgimento de problemas éticos e de conflitos que testam incessantemente as características de caráter que nos habilitam a discernir as ações moralmente corretas. Rotineiramente as profissionais têm de realizar difíceis escolhas sobre seus pacientes, decidindo muitas vezes sobre o rumo de suas vidas (KOPALA; BURKHART, 2005).

Predominantemente, os serviços de saúde estão organizados de maneira a suprir as necessidades e interesses econômicos, submetendo a qualidade do atendimento à produção. Neste sentido, as profissionais de enfermagem atuam satisfazendo as prioridades de suas instituições, voltados ainda predominantemente a uma forma capitalista de executar as tarefas que se distancia das reais necessidades do trabalhador e do cliente, esquecendo-se das singularidades envolvidas (LUNARDI FILHO, 1998).

¹ Enfrentar questões dilemáticas se trata de particularidade da condição humana, visto que situações conflitantes, em que o ser humano deve ponderar até chegar a suas conclusões e escolhas, são circunstâncias comuns, principalmente na modernidade, em que os indivíduos são constantemente testados a escolher entre caminhos distintos de ação, sem ter a certeza de que um possa ser mais correto que o outro (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Mergulhados em diversas tarefas e em uma burocracia comumente imposta pelas rotinas administrativas, a percepção da esfera moral desses problemas pode estar fragilizada, assim como a compreensão das permanentes implicações éticas presentes no fazer profissional. Podemos perceber, a partir de uma observação mais atenta, uma lacuna existente entre o desejo de cuidar, permeado de bons sentimentos e intenções, e a qualidade do cuidado prestado, uma vez que a especificidade do trabalho da saúde, e em especial o da enfermagem, exige disposição de tempo e atenção integral, características cada vez mais distantes no atual modelo de organização do trabalho que opta pela quantidade e pela otimização dos recursos e do tempo.

Várias manifestações de sofrimento, atreladas à constante necessidade de negação de valores pessoais, crenças e saberes, são percebidas no cotidiano profissional, situações também relacionadas com o atendimento prestado por equipes que agem com desrespeito e negação dos direitos dos próprios pacientes como cidadãos (LUNARDI FILHO, 1995; SOARES, 2000; SELLI, 2005).

Atualmente, enfermeiras vivenciam problemas e conflitos morais, a partir de situações já consideradas como parte do cotidiano profissional, tais como a falta de consentimento informado de pacientes antes da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o prolongamento da vida sem a preocupação com sua qualidade, práticas profissionais questionáveis, decisões fragmentadas e desigualdade na distribuição de recursos, em especial os destinados para a equipe de enfermagem (CARVALHO, 2005; DALMOLIN; LUNARDI, 2007) o que lhes provoca sofrimento reconhecido como Sofrimento Moral.

Sofrimento Moral pode ser definido como o sentimento decorrente da inconsistência entre as ações das pessoas e suas convicções. Dessa maneira, a pessoa sabe o que é correto, mas é quase impossível tomar essa ação, podendo contribuir para essa situação os erros de julgamento, as falhas pessoais, as fraquezas de caráter ou mesmo circunstâncias alheias ao controle pessoal (HARDINGHAM, 2004). Pode ser definido, ainda, como a resposta enfrentada quando, após uma decisão de um conflito ético, vemos a ação contrariada por alguma barreira individual, institucional ou social (KOPALA; BURKHART, 2005).

Deste modo, o crescente aumento das internações hospitalares e a alta complexidade dos cuidados empregados são fatores que podem causar grande desgaste. Metas diferentes entre a equipe médica e a de enfermagem são

expressas nas trabalhadoras de enfermagem através de Sofrimento Moral, traduzido principalmente em sentimentos de raiva e tristeza. Relutância em ir trabalhar, comunicação ineficaz e interação diminuída com os familiares e os pacientes são frequentes nestes casos (GUTIERREZ, 2005). Em vista desses e de outros acontecimentos, a própria literatura internacional destaca que as enfermeiras de países em desenvolvimento podem deixar de lutar, demonstrando falta de energia e interesse, a partir de situações em que suas instituições não as valorizam como sujeitos capacitados, não reconhecendo importância em suas observações e preocupações, diminuindo sua autonomia e capacidade de agir (GORDON, 2002).

Podemos perceber que a crise de valores parece aumentar devido às precárias condições de trabalho destinadas às equipes de saúde, em especial, à equipe de enfermagem, podendo ser destacada a falta de recursos materiais e humanos (BULHOSA, 2006; BARLEM *et al.*, 2006), o aumento no número e centralização do trabalho em rotinas (BULHOSA, 2006), a falta de diálogo e a banalização de ferramentas como as reuniões de equipe (LUNARDI FILHO, 1995). Essas condições dizem respeito também à parca qualificação das profissionais, gerando maior desgaste e insatisfação para as trabalhadoras que, frequentemente, tentam seguir rotinas sem questionar os problemas a que são submetidas. Verificamos, ainda, o quanto rotinas exaustivas, a precariedade dos cuidados dispensados, a falta de diálogo, a banalização da morte e a burocracia, dentre outras características, podem influenciar a própria forma de ser das profissionais, resultando em impotência frente às situações e aparente descaso em relação aos pacientes (CARVALHO, 2005; BULHOSA, 2006; SILVEIRA, 2006; DALMOLIN; LUNARDI, 2007), o que pode lhes provocar desconforto e sofrimento, sem comumente ainda identificá-lo como Sofrimento Moral.

Atuando como enfermeiro em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), durante minha primeira atuação profissional, vivenciei diariamente a falta de recursos humanos e materiais, sendo impossibilitado em muitos casos de exercer meus conhecimentos profissionais. Gradativamente fui percebendo a imensa lacuna entre o que me foi apresentado como o desejável na prática profissional e a dura realidade. Pude observar, ainda, que nem sempre a falta de recursos era a única causa desses problemas, mas também, a forma de organização da ILPI, o não reconhecimento da importância da enfermagem e de suas ações específicas pela administração da instituição, as dificuldades para o exercício da autonomia

profissional, a discrepância entre as expectativas da direção sobre a enfermagem e as posturas da própria enfermagem sobre o seu fazer, aparentemente não havendo formas de resolução imediata dessa problemática.

Diariamente milhares de profissionais de enfermagem no país, trabalhando em hospitais, unidades básicas de saúde, ILPIs ou outros locais, podem estar vivenciando essas situações sem entender suas consequências, e sem poder exercer a profissão em sua plenitude, deixando, frequentemente, de defender os direitos do cliente, de advogar em sua defesa, sem saber como fazer para enfrentar tais contextos permeados por dúvidas, impotência e sofrimento, sintomas básicos decorrentes do Sofrimento Moral. Em um clima de mudanças constantes nos cuidados médicos, de dificuldades organizacionais e de uma intensa crise de valores, a defesa do cliente tornou-se o maior desafio das práticas éticas no exercício da enfermagem (HAM, 2004), requerendo das enfermeiras que assumam seu papel de advogadas dos pacientes.

Nas equipes de saúde, as vozes das enfermeiras parecem ser abafadas quando se trata de expressar suas preocupações morais, trazendo à tona sentimentos de impotência e questionamentos da própria moralidade dos cuidados que provêem. As enfermeiras podem apresentar Sofrimento Moral, então, como resultado de incongruências de suas ações com seus julgamentos morais, podendo sofrer juntamente com o paciente e sua família. Esses acontecimentos servem para fortalecer o seu isolamento e o abandono da profissão (GUTIERREZ, 2005).

O Sofrimento Moral pode resultar em uma série de respostas emocionais ao indivíduo como descontentamento com o trabalho e, como já dito, o abandono da profissão (ELPERN; COVERT; KLEINPELL, 2005). Frente à situação de Sofrimento Moral, as enfermeiras atestam que este nada implica no cuidado, no entanto, o que percebemos é seu afastamento de situações em que o paciente necessita de apoio e amparo, com fragilidades no cuidado prestado (GUTIERREZ, 2005).

Kelly (1998) destacou, em pesquisa com 22 enfermeiras recém formadas, que as mesmas apresentavam Sofrimento Moral em decorrência de um ego-desapontamento, carregado de dúvidas e culpas por perceberem que não tinham se tornado as enfermeiras que pretendiam ser. Como consequência, essas enfermeiras seguidamente deixavam suas unidades de trabalho em busca de melhores condições, passando a trabalhar menos horas por dia, culpando o hospital ou a administração, tendo por fim, como resultado negativo, a falta de interações com os

pacientes. Peter; Macfarlane e Brien-Pallas (2004) confirmaram os resultados de Kelly (1998), associando o Sofrimento Moral a uma gama de emoções com esgotamento emocional, sentimentos de abandono pela instituição, que incluíam a falta de respeito e de pertencimento a essas instituições. Um dos achados mais importantes foi o de que algumas enfermeiras chagavam a abandonar seus empregos e profissões em consequência do Sofrimento Moral.

Para Webster e Baylis (2000), o legado deixado pelo Sofrimento Moral deveria ser encarado com maior seriedade, uma vez que o fracasso nas ações pretendidas devido aos constrangimentos diversos pode resultar em um comprometimento definitivo da integridade moral das pessoas, implicando na coerência, comprometendo futuras ações. Esses fatos podem afetar seriamente a consciência moral, como demonstrado na fala de um profissional médico ao afirmar que internamente nunca mais seria o mesmo, e que carregaria consigo, para o resto de sua vida, as consequências da grande carga de Sofrimento Moral.

Problemas² e conflitos morais, dilemas morais e o decorrente Sofrimento Moral vêm sendo objeto de estudo, especialmente no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – NEPES FURG, predominantemente enfocando o trabalho da enfermagem em diferentes realidades em instituições hospitalares públicas (BULHOSA, 2006), privadas (DALMOLIN; LUNARDI, 2007), e especificamente em UTIs (CARVALHO, 2005; SILVEIRA, 2006).

A maior parte dos estudos realizados explorou, classificou e pesquisou o Sofrimento Moral utilizando uma abordagem qualitativa, entrevistando profissionais individualmente ou em pequenos grupos. Diferentemente, Corley *et al.*, (2001) vêm desenvolvendo estudos quantitativos, tendo suas perguntas focadas em dilemas, problemas éticos, tratamentos desnecessários, falta de pessoal, condições inseguras de trabalho, dentre outros (MCCARTHY; DEADY, 2008). O instrumento criado por Corley *et al.*, (2001) vem sendo replicado em outras realidades (CORLEY *et al.*, 2005; HAMRIC; BLACKHALL, 2007; MOBLEY *et al.*, 2007; ZUZELO, 2007), possibilitando observar os diversos comportamentos relacionados ao Sofrimento Moral, em realidades distintas. Todos os estudos mencionados sugerem que o Sofrimento Moral exerce um forte impacto nas vidas das enfermeiras. Os achados

² Os problemas éticos são agrupados em três categorias definidas ao longo do texto: a incerteza moral, o dilema moral e o sofrimento moral (JAMETON, 1984).

de Corley *et al.*, (2001) indicaram que, dentre as enfermeiras que sofriam altos índices de Sofrimento Moral, 15% chegaram a abandonar sua profissão em decorrência desse sofrimento.

São várias as situações analisadas que podem ou não provocar Sofrimento Moral, relacionadas à instituição, à organização do trabalho, às relações de trabalho, ao cuidado do paciente, sem que tenhamos suficientes conhecimentos acerca de como são percebidas pelas enfermeiras, ou seja, os diferentes dilemas e problemas morais decorrentes das inúmeras situações do ambiente de trabalho vivenciados pelas enfermeiras lhes provocam semelhante Sofrimento Moral? Que problemas e dilemas morais lhes desencadeiam maior Sofrimento Moral? Com que frequência vivenciam tais situações que lhes provocam Sofrimento Moral?

Esses questionamentos motivaram a busca por respostas que pudessem ampliar o conhecimento relacionado ao Sofrimento Moral percebido pelas enfermeiras em sua realidade, associado à vivência das situações cotidianas. Para tanto, optamos por utilizar o estudo de Corley *et al.*, (2001), que buscava medir, através de uma escala contendo 38 questões, o Sofrimento Moral como um elemento de desgaste no trabalho da enfermeira, cujo instrumento integrou a base para a realização desta pesquisa, juntamente com as pesquisas anteriormente desenvolvidas no NEPES (CARVALHO, 2005; BULHOSA, 2006; SILVEIRA, 2006; BARLEM *et al.*, 2006; DALMOLIN, 2007) e revisão de literatura sobre a temática.

Assim, tivemos como **objetivo geral**:

- analisar a percepção das enfermeiras frente ao Sofrimento Moral vivenciado, relacionando a sua frequência e intensidade.

Como principal relevância deste estudo, tanto para as profissionais de enfermagem como para os pacientes assistidos, destacamos a busca por melhor qualidade de atendimento, apoiada em uma relação profissional sustentada por sentimentos de valorização e de respeito ao ser humano: cliente e trabalhador. Ainda, é enfatizada a necessidade de aprofundamento da temática da dimensão moral do trabalho da enfermagem, dos inúmeros problemas reconhecidos

frequentemente apenas como organizacionais, sem que as diversas implicações éticas decorrentes, tanto para os pacientes, quanto para as trabalhadoras, sejam suficientemente reconhecidas.

A seguir, é apresentado o capítulo da Revisão de Literatura, referente à ética e ao cotidiano do trabalho da enfermagem, visando abordar os problemas e dilemas morais enfrentados e o Sofrimento Moral decorrente.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, abordamos conceitos relevantes para o entendimento da temática proposta, tais como, conceito de ética, moral, dilemas e Sofrimento Moral, enfocando, ao final, vivências de Sofrimento Moral no trabalho da enfermagem.

2.1 ÉTICA, DILEMAS E SOFRIMENTO MORAL: REVENDO CONCEITOS

Ética é um termo alusivo para várias formas de analisar e entender a vida moral. Já o termo *moral*, refere-se às convenções sociais de certo ou errado sobre os comportamentos que formam o senso comum. A ética fundamenta-se em três pré-requisitos: a percepção dos conflitos; a autonomia, garantindo a ativa escolha entre a razão e a emoção; e a coerência (SEGRE; COHEN, 2002).

Habitualmente, muitos acreditam que a *eticidade*, definida como a condição para vir a ser ético, seja apenas uma capacidade de escutar “o que o coração diz”. No entanto:

o indivíduo ético é aquele que tem a percepção dos possíveis conflitos que emergem, entre os sentimentos que afloram e os valores sociais aprendidos, e que serão julgados pela nossa consciência. Ser ético é poder percorrer o caminho entre a razão e a emoção, permitindo-nos que nos posicionemos na parte desse percurso que consideramos mais adequada, e que nem sempre será a mais confortável. Esse trabalho intelectual tem como finalidade a procura de uma condição integrada e própria, que nos transforma em pessoas livres e competentes, portanto com autonomia (SEGRE; COHEN, 2002, p.56).

Integridade moral, segundo Hardingham (2004), refere-se à relação indissociável entre a integridade profissional, pessoal e a natureza, levando em conta que a integridade diz respeito a um padrão moralmente aceito por nossa sociedade frente à ética. Os valores de uma pessoa são integrados à personalidade, sendo necessário trabalhar esses diferentes valores para o desenvolvimento pessoal. Dessa maneira, será alcançada a integridade moral, que significa

desenvolver uma perspectiva crítica através de um ponto de vista que nos permita analisar, aceitar ou rejeitar situações novas.

Historicamente, a enfermagem é uma profissão em que as enfermeiras atuam como agentes morais, apropriando-se dos conceitos de compromisso, sensibilidade, autonomia, senso de dever, julgamento, conflito, competência e certeza (CORLEY, 2002). O *agenciamento moral* se refere a este desejo de prover cuidados de qualidade para os pacientes, reconhecendo-se como uma necessidade e uma responsabilidade moral. A enfermeira torna-se a agente moral do paciente (O'HAIRE; BLACKFORD, 2005).

Gutierrez (2005) identificou forte constrangimento para o exercício da *ação moral*, baseado na discrepância entre as metas de cuidado médico, da família e das enfermeiras. A própria enfermagem parece dar sinais de anuência a essa insatisfação, no entanto parece não questionar suficientemente esse modelo desumano que se consolida atualmente (ELPERN; COVERT; KLEINPELL, 2005).

A ação moral pressupõe um julgamento moral anterior, que se baseia em um princípio ou valor moral que se sobressai sobre outros valores morais, culminando finalmente em uma ação mais correta do ponto de vista ético. Verificamos diferenças nessas ações, como entre os atos de médicos ou de enfermeiras. Em algumas situações, profissionais da equipe médica podem tentar manter a vida a qualquer custo, enquanto que trabalhadoras da equipe de enfermagem podem desejar principalmente uma morte digna e ao seu tempo (GUTIERREZ, 2005). Por possuírem formações distintas, quer sejam disciplinares ou empíricas, visões singulares sobre o tratamento do paciente, cura e cuidado, concepções acerca de saúde e doença, bom e ruim, justiça e injustiça podem ter diferenças para familiares, pacientes, médicos e enfermeiras, que evidenciam em muitos casos divergências e visões discrepantes sobre moralidade e do que sejam problemas morais.

A *moralidade* governa o comportamento que afeta as pessoas, incluindo as regras, os ideais e as virtudes morais, consistindo no modo de ser e fazer do ser humano, na capacidade de observar e também de interiorizar valores pessoais e sociais, crenças, sentimentos, normas, construindo seu modo de agir, de refletir sobre si mesmo, de utilizar critérios para decidir o que é ou não cabível no comportamento humano, como a capacidade de observar as situações em que pode atuar na tentativa de minorar os problemas e os danos (BEAUCHAMPS; CHILDRESS, 2002).

Basicamente, Jameton (1984) divide em três categorias os problemas éticos vivenciados: a *Incerteza Moral*, quando a enfermeira reconhece um problema como uma situação inadequada ou incorreta e questiona-se, tomada de sentimentos de tensão, frustração e incômodo, mas esses sintomas não são percebidos como parte de um problema ético; o *Dilema Moral*, que demonstra dois cursos distintos a seguir, porém com uma única opção de escolha; e o *Sofrimento Moral*, situação em que a enfermeira sabe o que é correto e o que deveria ser feito, mas não pode seguir o rumo de sua consciência. Vivenciar situações de dilema moral pode provocar Sofrimento Moral.

Dilemas morais são representados pela obrigação em escolher um determinado caminho entre duas ou mais possibilidades de ação, pois nenhuma delas é mais óbvia ou correta do que as outras (HARDINGHAM, 2004). Surgem quando a indecisão por uma ação recai sobre valores contraditórios ou cursos incompatíveis de ação. A característica fundamental dos dilemas morais é a indecisão no conflito (JAMETON, 1993).

Esses dilemas podem por sua vez levar ao *resíduo moral*, que são as marcas deixadas pelo sofrimento anteriormente experienciado, rompendo com a *integridade moral* e deixando traços na personalidade e nos valores construídos ao longo do tempo. Quando a *integridade moral* é prejudicada, o resultado pode vir a ser o Sofrimento Moral e até mesmo o abandono da profissão. Outro problema constantemente enfrentado é a *incerteza moral*, definida como a insegurança quanto à moralidade da ação realizada, levando em conta se a mesma é correta ou não (HARDINGHAM, 2004).

Percebemos que a origem dos dilemas éticos pode ter como princípio a formação moral das trabalhadoras de enfermagem, uma vez que a capacidade de compreender uma situação conflituosa como um problema ético interfere diretamente na forma de enfrentar e tentar resolver os problemas, sendo um importante passo para a constituição de um sujeito ético (LUNARDI *et al.*, 2004). Assim, a história de vida de cada ser humano está fortemente associada à sua construção moral, uma vez que a singularidade das histórias vividas nas comunidades determina em grande parte os nossos valores (SILVEIRA, 2006).

2.1.1 Sofrimento Moral

O Sofrimento Moral na prática da enfermagem foi descrito inicialmente, na década de 80 do século passado, por Jameton (1984), podendo ser expresso como o sofrimento decorrente da incoerência entre as ações das pessoas e suas convicções. Dessa maneira, a pessoa sabe o que é correto, mas é quase impossível executar essa ação, podendo contribuir para essa situação os erros de julgamento, as falhas pessoais, as fraquezas de caráter ou mesmo circunstâncias alheias ao controle pessoal (HARDINGHAM, 2004).

Jameton (1984) definiu Sofrimento Moral como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando as enfermeiras não podem executar situações moralmente adequadas, segundo suas consciências. Geralmente, essas ações não podem ser adotadas por obstáculos institucionais, falta de tempo, relutância das chefias, constrangimentos legais, políticas das instituições de saúde ou barreiras relacionadas ao poder médico.

Quando não possuem alternativas e o Sofrimento Moral se faz presente, o impacto para o paciente pode ser a falta de advocacia por parte das enfermeiras e situações em que as profissionais evitam os pacientes, causando um aumento no desconforto e no próprio sofrimento do cliente frente à doença e ao tratamento (CORLEY, 2002). A concepção da enfermeira como advogada do paciente tem sido explorada, desde a década de 80, no século passado, e destacada como um dos valores fundamentais da enfermagem (GADOW, 1980), sendo utilizada para indicar o potencial utilizado pela enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes (GRACE, 2001).

A enfermeira deveria assumir de forma mais efetiva as responsabilidades profissional e moral para conduzir o atendimento das necessidades dos pacientes, devendo questionar, refletir, denunciar práticas abusivas de outras profissionais que possam estar interferindo negativamente no cuidado do paciente e, conseqüentemente, repercutindo em maior Sofrimento Moral para as enfermeiras (SCOTT, 1998). Este conceito moral tem sido descrito como a responsabilidade central da enfermagem, requerendo um movimento ativo de suporte aos pacientes em seus direitos, possíveis escolhas e decisões (HAMRIC, 2000).

Um problema associado à identificação do Sofrimento Moral é que pode ser difícil determinar se as experiências de tensão vivenciadas pelas enfermeiras são devidas a dilemas morais ou a outros fatores, visto que é difícil isolar os fatores desencadeadores (SPORRONG; HÖGLUND; ARNETZ, 2006). Dessa forma, identificar o Sofrimento Moral exige um rigor metodológico aplicado, visando o isolamento de variáveis e uma percepção centrada nas características pessoais de cada ser humano.

Qualitativamente, os sentimentos de raiva e tristeza são os mais citados na literatura como efeitos biopsicossociais ocasionados pelo Sofrimento Moral, sendo a introspecção a maior característica da equipe de enfermagem que pouco ou nenhum apoio recebe durante o enfrentamento de seus conflitos (GUTIERREZ, 2005). Esses sentimentos, que resultam em Sofrimento Moral, podem acarretar respostas emocionais no indivíduo, como descontentamento com o trabalho, relutância em ir trabalhar ou mesmo o abandono da profissão (CORLEY, 2002; ELPERN; COVERT; KLEINPELL, 2005).

Pessoas de menor faixa etária podem demonstrar maior intensidade de Sofrimento Moral e isso se deve, talvez, à menor carga de conhecimentos éticos ligados à capacidade de assumir responsabilidades para controlar um dilema moral (SPORRONG; HÖGLUND; ARNETZ, 2006). No que se refere à relação entre a intensidade de Sofrimento Moral e a idade da enfermeira, Corley *et al.*, (2005) constataram, também, uma correlação negativa, o que pode ser justificado pelo papel da experiência no sentido de evitar problemas éticos. No entanto, essa correlação, embora significativa, ainda é baixa em níveis estatísticos (CORLEY *et al.*, 2005).

De acordo com Ham (2004), enfermeiras com menos de um ano de formadas enfrentam níveis mais altos de Sofrimento Moral do que profissionais com maior tempo de formação, possuindo maior tendência em abandonar suas convicções pessoais sobre os direitos do paciente, chegando, em alguns casos, ao erro. As enfermeiras recém formadas descrevem sentimentos de perda de ideais pessoais e Sofrimento Moral devidos à tensão e conflitos entre os valores pessoais e os obstáculos externos.

2.2 O TRABALHO DA ENFERMAGEM: VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO MORAL

No trabalho da enfermagem são várias as situações que podem provocar Sofrimento Moral nas enfermeiras, associadas à organização do trabalho em saúde e da enfermagem, ao relacionamento na equipe profissional e com chefias e a administração institucional, assim como ao modo como é prestado o cuidado aos pacientes.

Atualmente os avanços da ciência têm permitido às profissionais de saúde novas alternativas de tratamento que podem prolongar a vida e adiar quase que indefinidamente a morte. Rotineiramente presenciamos formas de tratamento que não mais beneficiam o paciente em condições críticas, sendo considerados fúteis e inúteis, denominados pela literatura como obstinação terapêutica (PESSINI, 2001; CARVALHO, 2005).

Em meio a esses avanços precariamente discutidos e rapidamente difundidos nas práticas hospitalares, verificamos rotineiramente que em circunstâncias de morte iminente e inevitável, na luta pela vida, “a utilização de todo um arsenal tecnológico disponível traduz-se em obstinação terapêutica, que ao negar a dimensão da morte, submete a pessoa a uma morte dolorosa” (PESSINI, 2001, p.32). Assim, a obstinação terapêutica:

começou a se tornar um problema ético de primeira grandeza, na medida em que o progresso tecnocientífico começa a interferir de forma decisiva nas fases finais da vida humana. O ser humano assume hoje a responsabilidade do que ontem era atribuído aos processos aleatórios da natureza de ‘Deus’ e inicia o chamado ‘oitavo dia da criação’. A presença da ciência e da tecnologia começa a intervir decisivamente na vida humana e essa novidade exige reflexão ética (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002, p. 259).

A todo instante, as profissionais da saúde recebem esses avanços sem compreender a velocidade desse processo e sem poder adaptar-se a essa realidade. No entanto, os custos dessas tecnologias tornam-se altos e, frequentemente, escassos para a população, podendo, contraditoriamente, constituir-se, também, em fonte de sofrimento, contribuindo, assim, para o surgimento de problemas éticos e de conflitos que testam incessantemente as virtudes morais das profissionais de enfermagem que constantemente atuam,

podendo interferir no curso de vida de seus pacientes (KOPALA; BURKHART, 2005).

Diferentemente de nossa realidade, muitos conflitos vividos pelas profissionais de enfermagem em sua jornada diária de trabalho surgem, também, das atitudes dos pacientes, que sem serem adequadamente consultados sobre as condutas médicas prescritas, reagem em muitos casos com revolta e negação ao tratamento. Essas posturas podem causar desconforto para o profissional que não consegue lidar com a rejeição ao tratamento (FERRELL, 2006) e também podem resultar na perda da autonomia, marcada pelo desrespeito ao auto-governo, à liberdade, privacidade, escolha individual e liberdade de vontade do paciente (BEAUCHAMPS; CHILDRESS, 2002).

Quando ocorrem tentativas de enfrentamento de conflitos, as enfermeiras parecem ser pouco atendidas em suas solicitações, sendo muitas vezes desconsideradas pelas direções e chefias, não se reconhecendo, assim, suficientemente respaldadas no exercício de sua autonomia profissional (SILVEIRA, 2000; BULHOSA, 2006; DALMOLIN; LUNARDI, 2007), o que pode gerar sentimentos de raiva, indignação, culpa, tristeza, falta de esperança, frustração e impotência frente aos problemas, acarretando:

Sofrimento Moral e conseqüências como desmotivação e acomodação [...]. Desse modo, as enfermeiras permanecem convivendo com uma situação desconfortável, não apenas para si, mas também para os demais pacientes e membros da equipe de enfermagem, predominando um sentimento de ineficiência e incapacidade frente à situação vivida (BULHOSA, 2006, p.54).

A prescrição de cuidados fúteis³, além da solicitação de exames diagnósticos aparentemente desnecessários, também são referidos como fonte de Sofrimento Moral (GUTIERREZ, 2005; BULHOSA, 2006), o que pode ser mais intensificado pelo fortalecimento do vínculo profissional-paciente, em longos períodos de internação de pacientes, provocando maior sofrimento na equipe (BARLEM *et al.*, 2006).

O despreparo para o cuidado do outro no processo de morrer agravado por situações de morte reconhecidas como possivelmente evitáveis, em decorrência de negligências, são fonte de sofrimento ao trabalhador (ROSA *et al.*, 2006; BARLEM *et*

³ O termo futilidade terapêutica, também conhecido por obstinação terapêutica, diz respeito a tratamentos que prolongam a vida de pacientes terminais, a partir de condutas diagnósticas e terapêuticas geralmente agressivas, com sofrimento, tendo como consequência uma morte medicamente lenta e prolongada. (PESSINI, 2001; BEAUCHAMPS; CHILDRESS, 2002; CARVALHO, 2005).

al., 2006; DALMOLIN; LUNARDI, 2007). Comumente é verificada a falta de competência nas equipes de trabalho, tanto no que tange as situações de morte, como na execução de simples tarefas, situações que são marcadas pela ausência de habilidade ou competência técnica que deveria existir ao executar uma ação específica de cada categoria profissional (OGUISSO, 2006).

A alta rotatividade de profissionais, geralmente com pouca experiência, dificulta ainda mais a prestação dos cuidados, requerendo das enfermeiras priorização do seu tempo de trabalho para o ensino de práticas e rotinas da unidade, além da permanente ameaça de risco no ambiente de trabalho e para o cuidado dos pacientes, pela inexperiência, associada à ocorrência de danos à integridade moral destas profissionais e das responsáveis pela equipe, provocando Sofrimento Moral (CORLEY, 2002; BULHOSA, 2006).

É notória a intensidade cada vez maior da vivência sistemática de dilemas morais e Sofrimento Moral por parte das enfermeiras durante o exercício de sua profissão. Suas relações mais próximas com os pacientes, comparadas com o nível relacional de outras profissões, possivelmente potencializam a ocorrência de um número maior de conflitos (HARDINGHAM, 2004). Dessa maneira, o sofrimento parece tomar parte da profissão enfermagem como algo inerente, ao longo do tempo, criando raízes indissociáveis na sua prática diária. Muitas profissionais parecem desconhecer a origem na mudança de suas posturas, não atrelando o sofrimento vivenciado às questões éticas mal compreendidas e/ou mal resolvidas durante o exercício profissional e aos dilemas constantemente enfrentados. Na prática diária, observamos que:

pode estar sendo negado, a alguns trabalhadores, a possibilidade do diálogo, o direito de ser respeitado, de ser tratado com dignidade, de compartilhar decisões, de participar do fazer do outro, de estabelecer relações favoráveis, o que pode tanto inviabilizar a aproximação entre os trabalhadores, como também, repercutir no fazer e na qualidade da assistência ao usuário (SILVEIRA, 2006. p.108).

Mesmo estando um tempo muito maior com os pacientes e desenvolvendo relações mais pessoais e estreitas que lhes possibilitam um melhor conhecimento desses indivíduos, frequentemente, as enfermeiras possuem mais responsabilidades do que autoridade no seu ambiente de trabalho. Verificamos que, possivelmente, o cumprimento obediente de rotinas solicitadas mediante uma postura autoritária da equipe médica pode desequilibrar o senso de autoridade e de responsabilidade

sobre o cuidado do paciente (CORLEY *et al.*, 2001). É esperado que as enfermeiras aceitem a autoridade médica pacificamente, sem participar no processo de tomada de decisão acerca dos cuidados dispensados aos pacientes (AUSTIN *et al.*, 2005). Ao aceitar sem questionar essa autoridade, a enfermeira parece tornar-se invisível perante a equipe de saúde e aos pacientes, não percebendo as possibilidades que tem em exercer poder e que este pode ser utilizado de diversas formas direcionadas ao cuidado do paciente (HOLMES; GASTALDO. 2002).

Já no que se refere ao cuidado prestado pelas enfermeiras aos pacientes, Elpern; Covert e Kleinpell (2005) verificaram altos índices de Sofrimento Moral nas profissionais que administravam cuidados invasivos e agressivos a pacientes que não davam respostas de melhora, destacando como principais efeitos residuais do Sofrimento Moral: o abandono da profissão, redução da carga de trabalho e insatisfação permanente com a profissão; afastamento, frieza nas relações, recursos de defesa, visão do paciente como um objeto de trabalho e não como pessoa; aumento no número de doenças, insônia e incapacidade de concentração; medo; cólera; ansiedade; depressão; trauma; mudanças de personalidade frequentes, assim como sentimentos de culpa; cinismo nas convicções religiosas ou atitudes de maior fé, variando de acordo com a personalidade pessoal; mudanças no que as pessoas pensam e desejam para sua família em relação à saúde; sentimentos de fraqueza, de falta de apoio moral e de apoio profissional e solidão profissional.

Essas respostas parecem afastar a enfermeira do paciente, culminando com fragilidades no seu atendimento. Segundo Ferrell (2006), duas situações podem surgir para a enfermeira frente a uma situação de Sofrimento Moral: uma resposta muito comum de defesa do paciente (podendo gerar frustrações para a enfermeira) ou respostas ligadas à impotência, desmoralização, desamparo, desespero, raiva, aflição e culpa por fracasso frente ao que dela parece ser esperado. A enfermeira, ao afastar-se do paciente e de seus cuidados primários, pode negar-lhe importantes benefícios, culminando em problemas de relacionamento na instituição que o abriga, além de uma comunicação ineficaz com a equipe que lhe dispensa cuidados muito fragmentados. Mesmo que conduzidas por práticas baseadas em códigos morais individuais, as pressões ambientais levam ao conformismo por parte das enfermeiras que gradualmente se tornam mais distantes dos pacientes (KELLY, 1998).

Chambliss (1996) traz a questão organizacional como a de maior influência no cotidiano profissional, questionando a organização hospitalar e apontando-a como

uma das responsáveis pela crise de qualidade no atendimento, destacando que: os problemas éticos de enfermagem são sistemáticos, não sendo eventos fortuitos, surgindo, portanto, com uma previsibilidade temporal; os problemas não são responsabilidades das pessoas, mas sim do sistema; geralmente as enfermeiras enfrentam problemas práticos sobre como realizar uma tarefa frente à oposição de outras pessoas ou a regras estabelecidas, descaracterizando-se dessa forma como um dilema ético. Por sua vez, os problemas de cuidado em saúde refletem problemas organizacionais e estruturais, e não apenas, de raciocínio pessoal. Dessa maneira, as profissionais de enfermagem geralmente não vivenciam dilemas morais, mas, sim, Sofrimento Moral.

As características institucionais e as características individuais são de extrema importância para o enfrentamento das situações de difícil escolha. A partir da visão da psicopatologia do trabalho⁴, verificamos que o trabalhador não se apresenta ao seu local de serviço como um indivíduo que irá apenas se juntar ao sistema, sem nada lhe acrescentar de positivo ou negativo. Diferentemente, cada ser possui uma história pessoal repleta de aspirações, desejos, motivações e de necessidades psicológicas que interferem em todas situações que vivencia. Quando as negociações no campo do trabalho são levadas ao seu limite e as relações homem-organização mostram-se bloqueadas, surgem o sofrimento e a luta contra o trabalho, traduzidos principalmente em sentimentos de desprazer e tensão (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Cohen-Mansfield e Noelker (2000) afirmam que o desconhecimento das profissionais acerca das questões éticas e tensões profissionais conduzem as trabalhadoras de enfermagem ao Sofrimento Moral, com impactos negativos na qualidade dos cuidados prestados. A tensão é um fator que tem influências negativas na percepção ética das pessoas, provocando sentimentos que levam à percepção do não cumprimento das obrigações morais (SEVERINSSON, 2003). Embora a tensão possa ser uma influência positiva e motivadora de mudanças, o

⁴ Psicopatologia do trabalho refere-se à análise dos processos psíquicos de forma dinâmica, confrontando a realidade do trabalho e o próprio sujeito. "Dinâmica" significa a investigação dos sujeitos como portadores de uma história única e de seus conflitos singulares que podem modificar o indivíduo através da supressão da sua subjetividade e da alienação (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Sofrimento Moral desencadeia a ocorrência de respostas negativas no ambiente de trabalho⁵ (CORLEY *et al.*, 2005).

A qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar dos pacientes têm relação importante com o nível de tensão e satisfação das profissionais de enfermagem (COHEN-MANSFIELD; NOELKER, 2000). Montoro-Rodriguez e Small (2006), através do uso de um questionário “ego-administrativo⁶”, puderam medir o nível de satisfação das profissionais de enfermagem a partir do processo de decisão pessoal de enfermeiras e de suas interações com a equipe médica. Os achados demonstraram que as enfermeiras apresentam satisfação no cargo principalmente através da resolução dos conflitos morais, psicológicos e profissionais, sendo as características individuais determinantes para um controle pessoal do Sofrimento Moral.

Após um estudo sobre tensão profissional, Teresi *et al.*, (1998) desenvolveram um modelo para mensurar tensões da equipe de enfermagem que trouxe como resultados cinco categorias: as relações de trabalho (levando em conta a satisfação no cargo e o Sofrimento Moral); influências das demandas de trabalho e outros estressores (relacionando o número de tarefas desempenhadas, sua frequência, a carga de trabalho, o ambiente de trabalho e as tensões raciais e éticas); recursos no/do trabalho (destacando treinamento das profissionais, supervisão e apoio); recursos individuais (evidenciando a experiência de trabalho). Foi possível perceber que as diferentes formas de desenvolver o trabalho e suas demandas foram relacionadas com o gerenciamento da equipe e com a satisfação no cargo.

Assim, as soluções para a maior parte dos dilemas profissionais estão muito além do estudo da bioética, requerendo a modificação dos ambientes que

⁵ O ambiente da prática de enfermagem é definido por características organizacionais que possibilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem. Uma instituição que apóie a enfermagem provê um ambiente de trabalho ético. Os ambientes de trabalho apresentam-se como fortes fontes de sofrimento moral para a enfermeira em virtude dos seguidos conflitos éticos decorrentes de políticas hospitalares incongruentes que, muitas vezes, não desenvolvem estratégias para administrar os conflitos entre equipes de saúde, familiares e pacientes (COHEN-MANSFIELD; NOELKER, 2000).

⁶ O questionário incluiu questões dos seguintes domínios: (a) características individuais (idade, gênero, nível educacional, descrição de cargo, tempo de serviço na unidade), (b) demandas de trabalho: (número comum de médicos por turno, nível de cuidado dispensado, número de enfermeiras por turno, relações entre médicos e enfermeiras na unidade), (c) recursos de trabalho: (frequência de reuniões, planejamento de cuidados, treinamentos profissionais em horas, nível dos recursos materiais para o pessoal), (d) estilos de resolução de conflito: (cooperativo, confrontacional, etc.), e (e) manejo pessoal de problemas morais, *burnout* e satisfação no cargo de enfermeira.

necessitam se tornar mais consistentes no que tange à prática ética (HARDINGHAM, 2004).

Uma solução para o enfrentamento dos problemas que conduzem ao Sofrimento Moral é o desenvolvimento de programas de educação e ética para a enfermagem, discutindo uma variedade de assuntos, de acordo com a necessidade da instituição e os componentes éticos envolvidos no cuidado aos pacientes. Esses programas deveriam conter os seguintes tópicos: identificação de valores da profissão enfermagem; identificação do social frente à moralidade privada; preservação da integridade moral; percepção de advocacia do paciente; cuidado como função primordial da enfermagem; julgamento moral em enfermagem; poder das enfermeiras frente às decisões médicas (HAM, 2004).

Para minimizar os efeitos do Sofrimento Moral, é importante promover discussões de temas relacionados à ética entre estudantes e profissionais de enfermagem e medicina, utilizando casos clínicos como forma de melhor introduzir os envolvidos nas questões bioéticas. Para beneficiar as ações, é fundamental, também, criar diretrizes de cuidado paliativo para as práticas profissionais, teoricamente minimizando o Sofrimento Moral através da adoção, por parte dos hospitais, de protocolos de decisão ética (GUTIERREZ, 2005).

Diante das vivências hospitalares, verificamos que as práticas multidisciplinares parecem ser uma importante alternativa para minimizar os efeitos do Sofrimento Moral (AUSTIN *et al.*, 2005). Parece indispensável o apoio psicológico, emocional e informativo aos familiares para uma possível redução de conflitos (GUTIERREZ, 2005). A verdade deve ser sempre abordada como estratégia para fornecer melhores recursos para a decisão participativa entre equipe e familiares. Uma aproximação das equipes médica e de enfermagem requer a construção de uma comunidade moral nos ambientes hospitalares, através de um forte trabalho de equipe multiprofissional que apóie a integridade moral dos envolvidos, acatando suas decisões e discutindo os possíveis problemas (HARDINGHAM, 2004).

A interdisciplinariedade poderá ajudar a definir o caminho a seguir que reduza os impactos do Sofrimento Moral sobre o cuidado dos pacientes (McCAFFREE, 2006). As instituições de saúde necessitam ampliar a disponibilidade das comissões de ética para discutir os problemas institucionais surgidos nas rotinas diárias e,

também, para apoiar os problemas que em grande parte surgem em decorrência de fragilidades na formação profissional (CORLEY *et al.*, 2005).

São fatores fundamentais para o exercício saudável da enfermagem: diálogo aberto entre chefias e enfermeiras no sentido de buscar medidas para evitar frustrações, prevendo mudanças; maior envolvimento das enfermeiras no desenvolvimento de políticas organizacionais que visem nutrir melhores valores pessoais; encorajamento para participar das comissões de ética; educação permanente que fortaleça as escolhas éticas; clarificação contínua de valores pessoais a partir de uma ego-reflexão ou atividades grupais que visem à manutenção de ideais pessoais vivenciados no princípio das carreiras de enfermagem (HAM, 2004).

O capítulo a seguir apresenta o Método que foi seguido ao longo deste estudo para analisar a percepção do Sofrimento Moral pelas enfermeiras, relacionando a sua frequência e intensidade.

3. MÉTODO

3.1 DELIMITAÇÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO

Esta pesquisa teve caráter quantitativo, exploratório-descritivo; exploratório porque é utilizada como uma base para desenvolver conceitos, não possuindo ainda um modelo referencial. Essa estratégia é empregada quando estão sendo iniciadas as investigações sobre um determinado assunto; procura determinar quais conceitos analisar e como analisá-los melhor. É descritivo porque procura descobrir que situações, atitudes ou opiniões estão ocorrendo na população estudada (PINSONNEAULT; KRAEMER, 1993).

3.1.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo *survey*, caracterizando-se por ser um método empírico de verificação que envolve a coleta e quantificação de dados que servem como permanente fonte de informações sobre opiniões, ações ou características de um determinado grupo de pessoas, indicadas como representantes de uma população específica. *Surveys* são enquetes que buscam compreender o comportamento dessa população, analisando um recorte dela (a amostra), utilizadas para compreender os fenômenos de uma população que serviu de matriz para a amostra selecionada, requerendo, para isso, instrumentos de coleta que geralmente se apresentam na forma de questionários (BABBIE, 2003).

Três características distintas definem a pesquisa *survey* (PINSONNEAULT; KRAEMER, 1993):

1. seu propósito é produzir descrições de certos aspectos de uma população determinada;
2. a principal forma de coleta de dados são os questionários com questões predefinidas e estruturadas;

3. as informações são coletadas a partir de uma parte da população, de forma a possibilitar generalizações sobre a população.

Uma pesquisa do tipo *survey* torna-se apropriada quando o pesquisador tenta responder questões do tipo *o quê?, como?, por quê?, quanto?*, ou seja, quando o interesse é descobrir *o que está acontecendo e como e por que algo está acontecendo*. Ainda, não existe o interesse ou mesmo é impossível controlar as variáveis envolvidas no fenômeno estudado que geralmente está acontecendo no presente ou em um passado recente, utilizando-se, para uma melhor compreensão, o estudo do objeto de interesse em seu ambiente natural (PINSONNEAULT; KRAEMER, 1993).

Para chegar a resultados precisos, um pesquisador atento deseja saber qual o grau de confiabilidade de seus resultados, utilizando-se para isso de um rigor estatístico que garanta a confiabilidade do estudo. Dessa forma:

O papel da estatística na investigação científica vai além de indicar a seqüência de cálculos a serem realizados com os dados obtidos. No planejamento, ela auxilia na escolha das situações experimentais e na determinação da quantidade de indivíduos a serem examinados. Na análise dos dados, indica técnicas para resumir e apresentar informações, bem como para comparar as situações experimentais. Na elaboração das conclusões, os vários métodos estatísticos permitem generalizar a partir dos resultados obtidos. De um modo geral, não existe certeza sobre a correção das conclusões científicas; no entanto, os métodos estatísticos permitem determinar a margem de erro associada às conclusões, com base no conhecimento da variabilidade observada nos resultados (CALLEGARI-JACQUES, 2003, p.13).

3.1.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido simultaneamente em dois municípios, “M1” e “M2”; em quatro instituições de saúde, “H1”, “H2”, “H3” e “H4”, sendo uma pública, duas filantrópicas e uma instituição privada, todas localizadas no extremo sul do Rio Grande do Sul/Brasil.

O município “M1”, sede desta pesquisa, possui aproximadamente 195 mil habitantes, é caracterizado por ser um pólo naval, possuindo um porto que movimentava grande parte das exportações e importações do extremo sul do Brasil. O

fluxo de viajantes é significativo, seja pelo porto ou por caminhões que escoam as safras que serão levadas pelos cargueiros. O município conta ainda com uma universidade federal e outra particular, ambas com diversos cursos e atraindo estudantes de muitos municípios. Toda essa diversidade populacional pode gerar impactos nos mais diversos setores, em especial no setor saúde, uma vez que a demanda de atendimento tende a crescer em algumas épocas do ano.

O número de atendimentos nos hospitais do município “M1” é bastante significativo, já que o município é centro de referência para alguns serviços como o de DST/AIDS e o de desintoxicação toxicológica; dessa forma, recebe diariamente diversos pacientes de outras localidades vizinhas que buscam atendimentos de maior complexidade. O panorama de lotação dos hospitais tornou-se pior, quando o município vivenciou a perda de um terceiro hospital de grande porte, fechado por problemas econômicos na década de noventa do século passado. Os cuidados relacionados à vigilância epidemiológica e portuária são de vital importância, visto que epidemias podem facilmente chegar a este município, oriundas de diferentes localidades, seja por via marítima, ou mesmo rodoviária. O município “M1” é sede dos hospitais “H1” e “H2”.

A primeira instituição, denominada “H1”, é caracterizada como um hospital universitário, público, com 186 leitos, em que atuam 59 enfermeiras, 52 técnicas de enfermagem e 203 auxiliares de enfermagem, com carga semanal de trabalho de 30h. Nesta instituição, trabalham servidores públicos concursados, com estabilidade garantida. Também são encontradas trabalhadoras com contratação temporária.

A segunda instituição, denominada “H2”, caracteriza-se por ser uma entidade filantrópica de ensino, possuindo um quadro de 82 enfermeiras, 307 técnicas de enfermagem e 61 auxiliares de enfermagem, em turno de trabalho de 36h semanais, divididas para atuarem em três unidades hospitalares distintas (uma de hospital geral, uma psiquiátrica e uma cardiológica). Este hospital conta com um total de 543 leitos, sendo 329 no hospital geral, 130 leitos no hospital psiquiátrico e 84 no hospital de cardiologia.

O segundo município, “M2”, tem uma população estimada de 350 mil pessoas. Assim como a primeira cidade, conta com hospitais de alta complexidade, atendendo a população de localidades vizinhas que constantemente buscam os seus serviços de saúde, o que aumenta muito a demanda de serviço destas instituições. O mesmo conta com uma universidade federal e duas particulares de

grande porte, trazendo um contingente maior de estudantes para o município. As instituições “H3” e “H4” estão localizadas no município “M2”.

A instituição denominada “H3” trata-se de um hospital-escola privado, pertencente a uma universidade particular. O hospital conta com um contingente de 40 enfermeiras, 236 técnicas de enfermagem e 139 auxiliares de enfermagem, atuando em diferentes unidades que totalizam 220 leitos. Sua carga semanal de trabalho é de 36h. Nesta instituição, trabalham funcionários contratados em regime da CLT.

A instituição “H4” é um hospital filantrópico, possuindo uma equipe de enfermagem composta por 42 enfermeiras, 183 técnicas de enfermagem e 139 auxiliares de enfermagem, trabalhando em regime de trabalho de 36h semanais. A equipe deste hospital presta serviços a um total de 363 leitos de internação. Os funcionários são contratados em regime da CLT.

Quadro 1 – Caracterização dos locais de trabalho dos participantes da pesquisa. Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Município	Hospital	Tipo	Enfermeiras	Técnicas de enfermagem	Auxiliares de enfermagem	Leitos	Horas/Semana
M1	H1	Filantrópica	82	307	61	543	36h
M1	H2	Público	59	52	203	186	30h
M2	H3	Privada	40	236	89	220	36h
M2	H4	Filantrópica	42	183	139	363	36h

3.1.3 Instrumento

Durante esta pesquisa, buscamos aplicar um instrumento reconhecido internacionalmente, que investigasse o Sofrimento Moral, tentando dessa forma não criar apenas mais um instrumento, mas, sim, validar e aplicar à nossa realidade um instrumento já reconhecido. Para a escolha deste instrumento, optamos por utilizar, após autorização da autora, o questionário desenvolvido por Corley *et al.*, (2001), que já foi replicado em outras realidades.

Foram elaboradas algumas questões de caracterização dos sujeitos, apresentadas antes do instrumento propriamente dito, abordando idade, ano de

conclusão da graduação, nível de formação, hospital, unidade de trabalho, tempo de atuação, tipo de unidade, realização de reuniões com a equipe de enfermagem, frequência da realização de reuniões com a equipe de enfermagem, realização de reuniões na unidade de trabalho e frequência da realização das reuniões na unidade de trabalho.

O questionário (ANEXO II), originalmente elaborado na língua inglesa, utilizou uma escala tipo Likert de sete pontos, variando de (0) para nunca ocorrer ou nenhuma frequência, a (6) para sofrimento muito intenso ou muito frequente. No final do instrumento, uma questão relacionada à vivência do Sofrimento Moral foi inserida, proporcionando verificar, de um modo geral se a percepção das situações vivenciadas no trabalho provoca Sofrimento Moral nas enfermeiras, relacionando também a frequência e a intensidade.

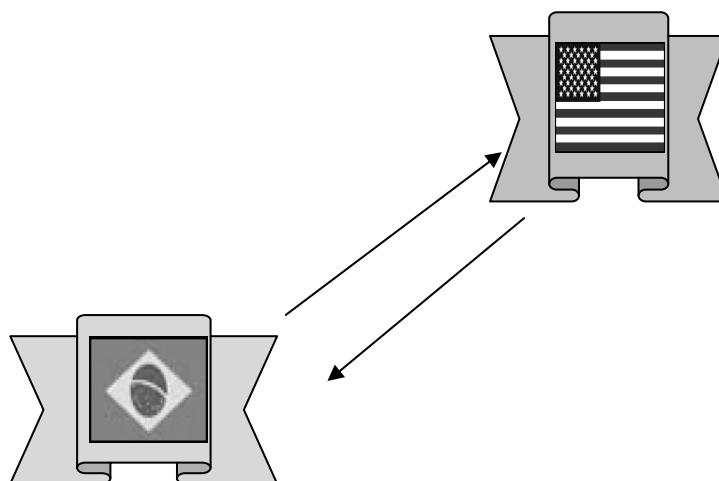
3.1.3.1 Tradução do instrumento

Com o propósito de obtermos uma versão mais aproximada possível da original e de diminuirmos o risco de possíveis vieses⁷, uma das alternativas propostas foi a adoção da tradução reversa, também denominada de *back translation* (ISHIMAN, 1996).

Neste processo, um grupo de especialistas em língua inglesa realizou a tradução do questionário original para o português; a versão em português foi, então, revertida por um segundo grupo de tradutores, para uma nova versão em inglês, que foi comparada com a original a fim de avaliar possíveis diferenças, sendo aprovada sua equivalência após distintas séries de validação do instrumento. O segundo grupo de tradutores foi composto por dois especialistas nativos de países de língua inglesa, como recomendado por Ishiman (1996).

⁷ O viés, de acordo com Fletcher e Fletcher (2006), pode ser classificado de três maneiras: viés de seleção: ocorre quando equivocadamente são feitas comparações entre grupos distintos entre si, com características diferentes dos grupos inicialmente estudados; viés de aferição: ocorre quando os métodos de aferição empregados são diferentes para os grupos pesquisados, causando possíveis diferenças de resultados; viés de confusão: ocorre quando dois fatores pesquisados andam conjuntamente, causando confusão pelo efeito de um sobre o outro fator.

Figura 1 – Processo de tradução reversa, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.



3.1.4 Validação do Instrumento

Segundo Malhotra (2001), um questionário contendo multi-itens (representados por diferentes questões), como é o caso do instrumento validado nesta pesquisa, deve ser avaliado quanto à sua precisão e aplicabilidade, o que envolve uma avaliação da confiabilidade, da validade e da sua possibilidade de generalização, ainda mais quando o instrumento foi elaborado, aplicado e validado em outro contexto. Assim, a validação do instrumento utilizado neste estudo se fez em três momentos:

a) *Validade de face*: em que verificamos se as questões do instrumento de coleta de dados de Corley *et al.*, (2001) se apresentavam com forma e vocabulário adequados ao propósito da mensuração; para tanto, realizamos a aplicação do questionário e discussão do mesmo com dois professores doutores em enfermagem e outro professor mestre em enfermagem.

b) *Validade de conteúdo*: em que verificamos, através de um pré-teste com a participação de vinte mestrandos e dez ex-mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG e com experiência na área hospitalar, se os itens do questionário representavam o conteúdo que desejávamos analisar.

c) *Validade de traço ou construto*: em que procuramos, após a aplicação do questionário, delimitar as características dos construtos⁸ que interessaram à pesquisa, testando a consistência interna de cada item (ou seja, a confiabilidade das escalas), sua consistência sob diferentes enunciados (validade convergente) e sua diferença em relação aos outros itens de construtos diferentes (validade discriminante); de modo a fazer uma ligação entre a teoria ou construto (nível conceitual) com os itens avaliados (nível operacional). Em outras palavras, o nível conceitual permitiu especificar a natureza do construto estudado, e o nível operacional tratou da lista dos enunciados (questões) que permitiram medir os construtos. Cabe lembrar que somente esta validação foi realizada com a ajuda de testes estatísticos; as duas primeiras foram subjetivas, mas imprescindíveis para garantir a aplicabilidade e precisão do instrumento utilizado.

Após serem aplicados os questionários na amostra selecionada, dois testes estatísticos foram realizados para garantir a validade de construto: a análise fatorial e o *alfa de Cronbach*. A análise fatorial consiste numa técnica multivariada que se aplica na busca de identificação de fatores num conjunto de medidas realizadas (PEREIRA, 1999). É uma estatística “destinada essencialmente à redução e sumarização dos dados” (MALHOTRA, 2001, p. 504), formando, assim, grupos de variáveis associadas entre si.

Já o alfa de Cronbach (ou coeficiente alfa) testa a confiabilidade do instrumento ao verificar se diferentes características de cada um destes grupos, medidas através de questões do instrumento, ou de indicadores dispostos no questionário foram consistentes (MALHOTRA, 2001). Este teste foi realizado com a finalidade de comprovar a fidedignidade das escalas utilizadas, ou seja, para avaliar se as questões incluídas no questionário realmente estavam medindo o seu grupo (construto) de indicadores.

A idéia inicial, durante a validação, era utilizar as mesmas questões do instrumento original proposto por Corley *et al.*, (2001). No entanto, após a realização da análise fatorial, diversas questões não se agruparam de acordo com a

⁸ Validade do Construto é um tipo de validade que indica que construto ou característica está sendo medido pela escala. Procura responder a questões teóricas quanto aos motivos pelos quais uma escala funciona e que deduções podem ser feitas em relação à teoria subjacente à escala (MALHOTRA, 2001). Os construtos são modelos supostos, com uma estrutura e funções, com base nos quais se pretende explicar determinados fenômenos. Os construtos hipotéticos são considerados como variáveis latentes, não observáveis diretamente pelo pesquisador (BISQUERRA; SARRIERA;

classificação sugerida por Corley *et al.* (2001), formando grupos isolados ou mesmo grupos cuja estrutura interna não apresentava consistência temática. Essas questões que se agruparam isoladamente ou que não apresentaram a consistência temática necessária foram sendo eliminadas uma a uma, tentando ao máximo preservar o maior número de questões possíveis, sem afetar a consistência do questionário. Baixas comunalidades⁹ também foram responsáveis pela exclusão de algumas questões que em seu bloco destoavam pelo baixo valor numérico (menor que 0,50).

A análise fatorial formou quatro diferentes fatores, agrupados em virtude do elevado grau de associação entre as questões distribuídas no questionário e sua coerência conceitual. As elevadas cargas fatoriais (acima de 0,50) apresentadas pelas questões em seus respectivos fatores garantem a validade discriminante do instrumento. Como forma de garantir a validade convergente, realizou-se a análise fatorial no bloco, observando-se a unidimensionalidade dos grupos formados. A unidimensionalidade foi a característica que garantiu a cada constructo uniformidade e convergência única de agrupamento, não permitindo que uma série de questões se agrupasse em mais de uma categoria, dificultando assim a análise. Os quatro fatores obtidos apresentaram um elevado percentual de explicação da variância (66,71%), indicando um alto nível de representação dos dados.

A tabela 1 apresenta a análise fatorial do instrumento, com as questões que formaram os quatro grupos de análise.

MARTÍNEZ, 2004). Nestes casos, utilizamos variáveis observáveis para funcionarem como indicadores desses fenômenos não observáveis.

⁹ Designa-se por comunalidade a proporção da variância de cada variável explicada pelos fatores comuns. As comunalidades são apresentadas antes e depois da extração do número de fatores, sendo atribuído inicialmente o valor 1. Após a extração, as comunalidades variam entre 0 e 1, sendo 0 quando os fatores comuns não explicam nenhuma variância e 1 quando explicam toda a sua variância (HAIR, 1995).

Tabela 1 - Análise fatorial do instrumento, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Fatores	Bloco	F1	F2	F3	F4
Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente					
q09. Evitar tomar providência ao constatar que um membro da equipe de enfermagem aplica medicação equivocada e deixa de reportá-lo.	,755	,566			
q10. Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades.	,833	,704			
q11. Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.	,782	,774			
q13. Trabalhar com equipe de enfermagem com um nível que considera inseguro.	,813	,632			
q16. Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente.	,808	,709			
q17. Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.	,805	,684			
q18. Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente.	,766	,677			
q30. Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer.	,761	,614			
Falta de competência na equipe de trabalho.					
q32. Trabalhar com enfermeiras que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	,865		,726		
q33. Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	,849		,735		
q34. Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	,815		,846		
q35. Trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	,858		,790		
q36. Trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	,796		,615		
q38. Ser requisitado para cuidar de pacientes, não se sentindo preparado para cuidar.	,674		,581		
Desrespeito à autonomia do paciente.					
q04. Prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar.	,739			,661	
q07. Ignorar situações em que não foram dadas ao paciente as informações adequadas para assegurar o seu consentimento informado.	,744			,622	
q25. Acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca.	,869			,832	
q26. Acatar o pedido do médico de não discutir, com a família, a reanimação do paciente em caso de parada cardíaca, quando o paciente se encontra desprovido de discernimento.	,877			,818	
Obstinação Terapêutica (OT).					
q02. Seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele.	,793				,716
q05. Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte.	,793				,863
q12. Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais.	,759				,545

(CONTINUA)

Initial Eigenvalue		9,57	1,70	1,45	1,28
% variância explicada – rotated (66,71%)		45,57	8,13	6,91	6,11
KMO medida de adequação da amostra (KMO = 0,92)					
Teste de Bartlett: qui-quadrado = 3087,167					

A fidedignidade dos quatro fatores foi apontada pelos coeficientes do alfa de Cronbach (quadro 2). Os coeficientes dos fatores se situaram entre 0,681 e 0,913, enquanto o coeficiente alfa do instrumento apresentou valor igual a 0,935 – indicando alta fidedignidade do instrumento. Cabe lembrar que quanto mais próximo de 1 for o valor do alfa, maior será a consistência interna do instrumento que pode variar de 0 a 1.

Quadro 2 – Alfa de Cronbach dos fatores do instrumento, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Fatores	Número de questões	Coefficiente alfa
Fator 1 – Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente	8	,913
Fator 2 – Falta de competência na equipe de trabalho	6	,886
Fator 3 – Desrespeito à autonomia do paciente	4	,819
Fator 4 – Obstinação Terapêutica	3	,681
Instrumento	21	,935

3.1.5 Informantes do Estudo

Os critérios para a seleção dos sujeitos restringiram-se a ser enfermeira, atuante nos respectivos hospitais e ter disponibilidade para responder ao questionário. Da população total de enfermeiras atuantes nas quatro instituições, foi obtida uma amostra de 136 enfermeiras. Os critérios para exclusão dos sujeitos foram a falta de disponibilidade ou interesse em participar da pesquisa, não devolução dos questionários, devolução em branco e marcação de escala dicotômica de nenhum sofrimento (valor 0) ou máximo sofrimento (valor 6) em todas questões do questionário aplicado.

Do número total de questionários preenchidos e devolvidos (136), 124 fizeram parte da pesquisa por cumprirem as exigências de manter uma escala de respostas diversificada e a correta marcação das respostas, seguindo as orientações previstas pelo próprio instrumento.

A tabela 2 apresenta a frequência e o percentual de questionários respondidos nos hospitais envolvidos na pesquisa, formando o grupo dos sujeitos da pesquisa.

Tabela 2 – Taxa de retorno dos questionários distribuídos, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Hospital	Total de Sujeitos	Questionários entregues aos sujeitos	Questionários devolvidos em branco	Questionários não válidos	Questionários não devolvidos	Questionários Válidos devolvidos
H1	59	53 (89,8%)	3 (5,6%)	5 (9,4%)	8 (15,1%)	37 (69,8%)
H2	82	69 (84,1%)	2 (2,9%)	4 (5,8%)	11 (16,0%)	52 (75,3%)
H3	40	36 (90,0%)	0 (0%)	3 (8,3%)	9 (25,0%)	24 (66,6%)
H4	42	35 (83,3%)	23 (65,7%)	0 (0%)	1 (2,8%)	11 (31,4%)
Total	223 (100%)	193 (86,5%)	28 (14,5%)	12 (6,2%)	29 (15,0%)	124 (64,2%)

Dos 124 sujeitos, 37 eram pertencentes ao quadro de enfermeiras do hospital H1; 52, do hospital H2; 24, do hospital H3 e 11, do hospital H4. Dos hospitais H1 e H2, do município M1, sede desta pesquisa, foram obtidos 89 questionários respondidos, após quatro tentativas sucessivas de coleta. Dos hospitais H3 e H4, do município M2, foi obtida uma amostra de 35 questionários válidos, número menos expressivo em decorrência tanto da significativa devolução de questionários em branco, quanto dos questionários não devolvidos em suas instituições.

3.1.6 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-CNS (BRASIL, 1996) que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos.

Primeiramente, foi encaminhado à direção de um dos hospitais, em que se realizou a pesquisa, um documento solicitando a permissão para a execução do projeto (APÊNDICE A), especificando a intencionalidade da pesquisa, que foi analisar a percepção das enfermeiras frente ao Sofrimento Moral vivenciado, explicitando verbalmente que os riscos envolvidos no estudo eram relacionados à não adesão dos sujeitos; no entanto, os possíveis benefícios seriam muito mais

amplos, como a reflexão por parte da equipe frente às situações de seu cotidiano, possibilitando ganho de qualidade na equipe, na instituição e no atendimento ao cliente.

Ficou clara a intenção de não exposição da instituição e de suas funcionárias através da garantia do caráter confidencial das informações e de que tanto a instituição como as profissionais poderiam retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou dano.

O projeto foi antecipadamente analisado e julgado por um Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aguardado o trâmite processual com parecer positivo para o início da pesquisa. Foi aprovado com parecer número 012/2008 – ata 65/2008 (ANEXO 1), tendo sido endossado pelos hospitais em que trabalhavam as enfermeiras em que foram aplicados os instrumentos .

Os pesquisadores se comprometeram com os sujeitos da pesquisa em fornecer, a qualquer momento, esclarecimentos solicitados, explicitando sua liberdade de obter quaisquer informações sobre sua participação no projeto e de aclarar quaisquer dúvidas, sendo lhes entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), contendo as explicações necessárias, além de telefones e e-mail de contato dos pesquisadores.

Foi garantida a isenção de influências no vínculo empregatício dos sujeitos, de qualquer ação coercitiva e/ou de vinculação hierárquica, garantindo que as informações coletadas somente seriam utilizadas para os fins dessa pesquisa.

Os resultados obtidos serão devolvidos aos entrevistados através de relatórios afixados nos hospitais envolvidos, deixando uma cópia dos artigos científicos resultantes da pesquisa junto às chefias de enfermagem. Há o compromisso de produzir artigo científico a ser encaminhado a um periódico de reconhecimento e relevância internacional.

Após a pesquisa, os questionários e demais materiais utilizados serão guardados com os pesquisadores, em arquivos específicos para esse fim, por um período mínimo de cinco anos após a publicação dos resultados.

3.1.7 Coleta dos dados

Após procedimentos relacionados aos aspectos éticos, os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em um envelope de papel pardo, sem identificação. Durante a entrega, foram explicitados os objetivos da pesquisa e a possibilidade de o indivíduo participar ou não, de acordo com a sua vontade, podendo, também, retirar sua permissão de participação a qualquer momento, sem nenhuma necessidade de justificativa. Após os devidos esclarecimentos, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi entregue aos sujeitos e assinado por eles, caso concordassem em participar do trabalho, em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o informante.

A inserção nos campos de coleta ocorreu de forma gradual, com um primeiro momento de identificação e conhecimento da área física das instituições, para depois ocorrer a entrega e a coleta propriamente dita. A distribuição ocorreu por conveniência, garantindo às enfermeiras liberdade de adesão ou não ao estudo. A coleta dos dados ocorreu no período de maio a setembro de 2008, totalizando cinco meses de coleta de dados.

A coleta inicial foi realizada no município M1, por ser a sede deste estudo, local em que ocorreram simultaneamente as coletas nos hospitais H1 e H2, em virtude do acesso mais fácil às duas instituições. Dois meses após o início da coleta, em julho de 2008, iniciamos, simultaneamente, a aplicação dos questionários nos hospitais H3 e H4, ambos localizados no município M2.

Adotamos como procedimento de entrega, a visita às unidades, realizando a apresentação pessoal do entrevistador que descrevia resumidamente os objetivos da pesquisa, lendo a primeira folha do instrumento e explicando a sua forma de preenchimento, utilizando como exemplo a questão q-06 do instrumento ("Ignorar situações em que há suspeita de maus-tratos ao paciente por cuidadores"). Foi informado que qualquer dúvida poderia ser sanada pessoalmente, ou por telefone ou mesmo por e-mail, sendo esclarecidos todos esses dados no TCLE.

Sessenta e nove enfermeiras se negaram a participar do estudo, tanto na fase de apresentação do instrumento, não aceitando respondê-lo, como posteriormente na fase de recolhimento do questionário, apesar de sua aceitação inicial, mas não devolvendo o questionário respondido. Os principais motivos alegados foram: falta

de tempo para o preenchimento, dificuldade, desconhecimento ou desinteresse pela temática e a extensão do instrumento, requerendo um tempo muito grande para o seu preenchimento.

Após a distribuição dos questionários, procedemos ao seu recolhimento. Nessa etapa, foi definido um máximo de quatro visitas aos diferentes locais para o recolhimento dos instrumentos previamente entregues.

Foram confeccionados 200 questionários para serem entregues nos quatro hospitais, dos quais foram entregues 193 aos participantes, sendo recolhidos 136 instrumentos, o que representou uma taxa de retorno de 70,4%¹⁰. Dos questionários coletados, 136 retornaram corretamente preenchidos, sendo considerados, a princípio, aptos para serem utilizados no estudo. Desses questionários, doze foram excluídos na etapa da análise, pois suas respostas apresentavam marcação dicotômica de dois valores extremos (0 ou 6) nas questões, evidenciando pouca reflexão ou sensibilidade atenuada/aguçada durante as respostas, quanto à análise do Sofrimento Moral enfrentado nas instituições investigadas¹¹.

Os questionários foram recolhidos em envelopes lacrados, o que impossibilitou a identificação dos instrumentos devolvidos em branco (28 questionários), antes de serem abertos para a tabulação dos dados. O maior número de questionários em branco (23) foi proveniente do hospital H4.

3.1.8 Análise dos Dados

Os resultados referentes à amostra estudada foram obtidos através de três diferentes análises: 1) estatística descritiva, mediante a utilização de médias e

¹⁰ “A população são todas as pessoas em um cenário definido [...] ou com certas características definidas. [...] Uma amostra é um subconjunto de pessoas em uma população definida (FLETCHER; FLETCHER, 2006. p.24-5)”. Há um interesse de estudo em uma determinada característica de uma população específica. Para tanto, por questões práticas, realizamos usualmente estimativas através de características observadas em indivíduos de uma amostra. Neste ponto realizamos uma inferência sobre os dados, ou seja, um julgamento racional, com base nos dados obtidos, de que as características obtidas assemelham-se às da população original. O viés é um processo de qualquer estágio da inferência que produza resultados equivocados que se afastem da realidade encontrada na população. É também uma tendência que durante a coleta, análise, interpretação, revisão ou publicação dos dados nos leve a interpretações equivocadas da realidade (FLETCHER; FLETCHER, 2006).

¹¹ Pinsonneault e Kraemer (1993) sugerem para que um estudo quantitativo seja representativo do universo estudado, a taxa de resposta deve ser superior a 70% da amostra.

distribuição de frequência dos construtos e seus indicadores (de modo a identificar a intensidade e a frequência com que vivenciam o Sofrimento Moral); 2) análises de variância (ANOVA) entre os diferentes grupos de respondentes, de acordo com características da amostra, para verificar possíveis diferenças significativas entre os grupos de sujeitos respondentes (instituição, idade, tempo de formado, tempo de atuação na instituição, dentre outras); e 3) análise de regressão múltipla, buscando avaliar quais fatores têm maior efeito na percepção das enfermeiras acerca de seu Sofrimento Moral.

Foi utilizado o software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 13.0, na etapa de análise dos dados, facilitando o processo de organização dos dados obtidos em tabelas que permitiram uma melhor visualização dos resultados e a interpretação dos dados.

3.1.9 Variáveis que retratam o Sofrimento Moral no instrumento validado

A análise fatorial permitiu identificar quatro grupos com diferentes situações vivenciadas que proporcionam Sofrimento Moral às enfermeiras, assim nomeadas: “Negação da enfermeira como advogada do paciente”, com as questões q09, q10, q11, q13, q16, q17, q18 e q30; “falta de competência na equipe de trabalho”, com as questões q32, q33, q34, q35, q36 e q38; “desrespeito à autonomia do paciente”, com as questões q04, q07, q25 e q26; e “obstinação terapêutica”, com as questões q02, q05 e q12.

O quadro 3 apresenta as definições das quatro variáveis adotadas nesta pesquisa, com os respectivos autores que embasaram a sustentação destes conceitos.

Quadro- 3 Definições das variáveis utilizadas na análise dos dados, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Variável	Definição	Fonte
Negação da enfermeira como advogada do paciente	Potencial não utilizado pela enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes.	Gadow, (1980); Grace, (2001); Hamric, (2000);
Falta de competência na equipe de trabalho	Ausência de habilidade ou competência técnica que deveria existir ao executar uma ação específica de cada categoria profissional	Oguisso, (2006); Corley, (2005).
Desrespeito à autonomia do paciente	Desrespeito ao auto-governo, à liberdade, privacidade, escolha individual e liberdade de vontade do paciente.	Beauchamp; Childress, (2002); Corley, (2002)
Obstinação terapêutica	Tratamento que não mais beneficia o paciente em condições críticas, sendo considerado fútil, inútil.	Pessini, (2001); Mobley <i>et al.</i> , (2007).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Em relação à idade dos informantes, esta variou dos 21 aos 54 anos, com média de 33 anos. Pode-se observar, de acordo com a tabela 3, que a maior concentração de idade dos respondentes encontra-se dos 21 aos 30 anos, com 64 sujeitos, representando 51,6%.

Tabela 3 – Distribuição dos respondentes por idade, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Idade	N	%
21-25	32	25,8
26-30	32	25,8
31-35	19	15,3
36-40	12	9,7
41-45	12	9,7
46-50	12	9,7
51-54	05	4,0
Total	124	100,0

A tabela 4 mostra a distribuição dos respondentes quanto ao ano de formação.

Tabela 4 – Distribuição dos respondentes por ano de formação, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Ano de formação	N	%
Abaixo 1981	2	1,6
1981-1985	8	6,5
1986-1990	7	5,6
1991-1995	8	6,5
1996-2000	23	18,5
2001-2005	32	25,8
Acima 2005	44	35,5
Total	124	100,0

Podemos perceber, após leitura da tabela 4, que o ano de graduação dos sujeitos respondentes variou de 1980 até 2008. O grupo formado por sujeitos com ano de conclusão de graduação anterior a 1996 foi constituído por 25 sujeitos, representando 20,2% da amostra. Já o grupo dos formados acima de 2005 correspondeu a 44 indivíduos (35,5), uma grande parcela de respondentes deste estudo, demonstrando que um grupo expressivo de profissionais nesta pesquisa, possui pouca experiência profissional.

A tabela 5 apresenta o nível de formação apresentado pelos sujeitos participantes da pesquisa.

Tabela 5 – Nível de formação dos sujeitos, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Formação	N	%
Graduação	64	51,6
Especialização	47	37,9
Mestrado	13	10,5
Total	124	100,0

Pode-se perceber que 64 sujeitos da amostra apresentavam como titulação máxima a graduação, representando um percentual superior a 50% da amostra.

O tempo de atuação nas instituições variou de 1 mês a 22 anos, com uma média de trabalho aproximada de 5 anos. Já o tempo de atuação na unidade de trabalho variou de 1 mês a 21 anos, com uma média de atuação de 3 anos e meio. A tabela 6 apresenta a distribuição dos respondentes quanto ao tempo de atuação na instituição e na unidade de trabalho por hospitais analisados.

Tabela 6 – Distribuição dos respondentes por tempo de atuação, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Hospital n	Tempo de atuação instituição			Tempo de atuação na unidade		
	Mín. (meses)	Máx. (meses)	Média (meses)	Mín. (meses)	Máx. (meses)	Média (meses)
H1 (52)	1	264	45,7	1	96	26,2
H2 (37)	1	264	93,8	1	216	69,2
H3 (24)	1	120	31,6	1	84	23,7
H4 (11)	1	252	67,7	1	252	61,0

Pode-se observar que os respondentes do hospital H2 apresentam as maiores médias em meses, em relação ao tempo de atuação no hospital (93,8) e na unidade de trabalho (69,2). O Hospital H4 foi o segundo maior, com média de 67,7 meses de atuação na instituição e 61,0 meses na unidade de trabalho. Neste hospital, assim como no hospital H2, caracterizados como filantrópicos, o tempo de atuação na instituição é muito próximo ao tempo de atuação na unidade, evidenciando pouca rotatividade dos indivíduos nas unidades de trabalho, fato que pode estar associado à adaptação das enfermeiras ao trabalho nestas unidades.

A tabela 7 apresenta a distribuição dos sujeitos por unidades pesquisadas.

Tabela 7 - Distribuição dos respondentes por unidade de trabalho, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Unidade	n	%
CME	2	1,61
Diálise	6	4,83
Substituição de folgas	7	5,64
Materno-infantil	11	8,87
Pronto Socorro	12	9,67
Chefia	15	12,09
UTI	23	18,54
Médico-cirúrgica	44	35,48
Outras	4	3,22
Total	124	100,0

A tabela 7 demonstra que a concentração máxima de indivíduos da amostra foi de sujeitos das unidades médico-cirúrgicas (44), seguidos da UTI (23), Chefia (15), Pronto socorro (12) e Materno infantil (11). As unidades de menor concentração de sujeitos em ordem decrescente foram: a diálise (6) e o CME (2). Outras unidades apareceram com quatro informantes e sete enfermeiras trabalhavam em diversos setores simultaneamente, como substitutas de folga.

A tabela 8 apresenta a unidade em relação ao tipo de atendimento prestado.

Tabela 8 – Tipo de atendimento prestado nas unidades de atendimento, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Unidade de atendimento SUS	Unidade de atendimento Privada	Unidade de atendimento Mista
70 (56,5%)	8 (6,5%)	46 (37%)

Podemos observar, a partir da tabela 8, que, em relação ao tipo de unidade, 70 enfermeiras afirmaram trabalhar em unidades de atendimento via Sistema Único de Saúde (SUS), representando 56,5% dos casos; 46 enfermeiras afirmaram trabalhar em unidades mistas que, apesar de consideradas mistas, apresentavam maior concentração de atendimentos SUS, representando 37,0% da amostra. Esses dados evidenciam a maior concentração de atendimentos SUS.

A Tabela 9 apresenta a frequência de ocorrência de reuniões.

Tabela 9 - Realização de reuniões pela equipe de enfermagem e na unidade e frequência de realização, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

	Reunião equipe enfermagem		Reunião Unidade	
	n	%	n	%
Realiza	90	72,6	87	70,2
Não Realiza	34	27,4	37	29,8
Total	124	100,0	124	100,0
	Frequência reunião equipe		Frequência reunião unidade	
	n	%	n	%
Não realiza	34	27,4	36	29,0
Semanal	7	5,6	8	6,5
Quinzenal	9	7,3	10	8,1
Mensal	36	29,0	30	24,2
Semestral	12	9,7	13	10,5
Anual	2	1,6	3	2,4
Quando Necessário	24	19,4	24	19,4
Total	124	100,0	124	100,0

De acordo com a tabela 9, pode-se perceber que 34 enfermeiras afirmam não realizar reuniões com suas equipes de enfermagem, enquanto que 90 (72,6%), diferentemente, afirmam realizar. A maioria das reuniões ocorre mensalmente (36), poucos são os respondentes que afirmaram fazer reuniões semanais (7) ou quinzenais (9). Em relação a reuniões na unidade de trabalho, 87 enfermeiras (70,2%) afirmaram realizar reuniões dessa natureza. Pode-se perceber que a frequência geral dessas reuniões está concentrada em períodos mensais ou mais espaçados ainda, demonstrando que as reuniões de trabalho podem não estar recebendo a devida atenção por parte das equipes, possivelmente não sendo valorizadas como uma importante ferramenta para a organização do trabalho e para o enfrentamento das dificuldades do ambiente de trabalho.

4.2 ANÁLISES DESCRITIVAS

Do ponto de vista descritivo, as análises permitiram identificar a percepção das enfermeiras quanto ao seu Sofrimento Moral vivenciado em diferentes situações de trabalho. Cada um dos quatro construtos identificados e validados na pesquisa, representando grupos de diferentes situações (falta de competência na equipe de trabalho, negação do papel da enfermeira como advogada do paciente, obstinação terapêutica e desrespeito à autonomia do paciente), foi operacionalizado através de um valor numérico, que representa a média aritmética das questões que o compuseram individualmente – agrupados previamente pela análise fatorial. As médias dos construtos são apresentadas em ordem decrescente na tabela 10.

Tabela 10 – Percepção das enfermeiras quanto ao seu Sofrimento Moral vivenciado, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Variáveis	Média	Desvio padrão
Falta de competência na equipe de trabalho	4,55	1,36
Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente	4,30	1,50
Obstinação Terapêutica	3,60	1,52
Desrespeito à autonomia do paciente	3,57	1,66

n=124

A Tabela 10 mostra que a maior vivência de Sofrimento Moral das enfermeiras é provocada por situações relacionadas “à falta de competência na equipe de trabalho” (4,55), seguida da “negação do papel da enfermeira como advogada do paciente”, esta com média igual a 4,30. Todas variáveis foram observadas a partir da utilização de uma escala Likert que admitia como possibilidade de marcação um entre os sete pontos estabelecidos (0 a 6).

De posse dos resultados, que indicam a “falta de competência na equipe de trabalho” como a variável com situações vivenciadas que provocam a percepção de maior sofrimento nas enfermeiras, é possível destacar que, em muitos hospitais, pode não existir políticas de qualificação efetivas de seus recursos humanos, nem investimentos na sua capacitação, o que pode estar associado ao comprometimento da qualidade do atendimento. Quando as instituições de saúde não guiam as

práticas profissionais através de preceitos éticos, o Sofrimento Moral surge como resultado para as enfermeiras (THIBAUT-Prevost; Jensen; Hodgins, 2000).

A competência profissional está atrelada a uma qualificação constante e contínua da equipe de trabalho, o que extrapola a aquisição e investimento em tecnologias, equivocadamente associada em muitas instituições à qualidade do cuidado (Peres; Leite; Gonçalves, 2005; Migott, 2001).

Destacamos, também, que “uma força de trabalho estável e qualificada, além de sustentar o processo de cuidar, cria também possibilidades efetivas de garantia da qualidade dos serviços ofertados” (Alselmi; Duarte; Angerami, 2001, p.14). Situações verificadas rotineiramente, como a falta de recursos humanos qualificados e com aptidão técnica, assim como inúmeras situações de insuficiência de profissionais, podem ser percebidas como fatores de sobrecarga de trabalho físico e mental (Lunardi Filho, 1995; Nomura; Gaidzinski, 2005), o que pode estar associado à percepção de Sofrimento Moral das trabalhadoras frente à percepção de fragilidades na assistência oferecida aos pacientes.

O sofrimento das trabalhadoras pode ser exacerbado em sistemas em que a prática profissional é dificultada pela falta de recursos, conflitos profissionais e culturas organizacionais não encorajadoras ao desempenho da advocacia da enfermeira, que muitas vezes também tem como desafio o despreparo educacional e a falta de raciocínio ético, situações potencialmente não trabalhadas nas instituições, causando fortes constrangimentos (Zuzelo, 2007).

As profissionais de enfermagem podem apresentar Sofrimento Moral em decorrência de problemas de relacionamento e de comunicação com a equipe de saúde, em razão de discrepâncias no que se refere às decisões acerca do cuidado e da terapêutica adotada, o que, também, se relaciona à advocacia do paciente. Quando as trabalhadoras de enfermagem aceitam atuar, sem conseguir problematizar e discutir essas questões com as equipes, podem estar negando ao cliente o seu papel de “advogadas do paciente” por não conseguirem colocar em prática aquilo que acreditam, valorizam e aprenderam como correto, negando a si mesmas a oportunidade de assegurar respeito a si mesmas e a sua profissão, assim como possivelmente estejam falhando em assegurar respeito e dignidade aos seus pacientes (Lunardi *et al.*, 2004).

Destacamos, também, que o Sofrimento Moral pode estar intimamente relacionado com o ambiente e o contexto moral de cada indivíduo, fortemente

impregnado pelas culturas institucionais, influenciando inclusive a sensibilidade moral de cada profissional (AUSTIN *et al.*, 2005). Assim, cada sujeito e trabalhadora podem perceber de maneira diferente as situações que se apresentam em suas vidas, por ser um indivíduo singular, complexo e diferente dos demais. Assim, as situações repercutem de forma inverossímil em todas vidas, comportamentos ou trabalho (SIQUEIRA, 1998).

De modo a melhor compreender estes resultados, realizamos uma análise descritiva de cada dimensão avaliada, observando as questões utilizadas no instrumento. Esses valores são demonstrados através da tabela 11.

Podemos perceber que a intensidade de sofrimento vivenciado variou de 2,94 a 5,02, com média de 4,06, enquanto que a frequência variou de 0,86 a 3,07, com média de 1,72. Corley *et al.*, (2005), aplicando o mesmo instrumento utilizado nesta pesquisa, com 106 enfermeiras norte americanas, constataram que as intensidades de sofrimento vivenciado variaram entre 2,61 e 4,79, com média 3,64 sendo estes valores muito semelhantes aos identificados em nossa realidade; no entanto, as realidades se distanciam em seu teor e em diversos sentidos, como percebido através das categorias de análises, lá divididas em 3 grupos denominados “Responsabilidade individual”, com 20 itens, não unidimensional; “Não pelo melhor interesse do paciente”, com sete itens, unidimensional; e “Decepção”, com três itens, unidimensional.

A frequência neste estudo também foi bastante semelhante, apresentando valores entre 0,08 e 3,05 e média 1,45. Apesar dos valores muito próximos, podemos perceber uma intensidade maior de sofrimento e uma maior frequência em nossa realidade, enfatizando que as diferentes culturas do ambiente de trabalho relacionadas à organização do trabalho e a outras características, contribuem para diferentes formas de percepção do Sofrimento Moral.

Tabela 11 - Índices de intensidade e frequência de Sofrimento Moral vivenciado pelas situações representadas nas questões do instrumento validado. Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Variáveis	Média do grupo	
	Intensidade	Frequência
Falta de competência na equipe de trabalho	(4,55)	(2,42)
q-32 Trabalhar com enfermeiras que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	4,40	2,11
q-33 Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	4,71	2,52
q-34 Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	4,35	2,76
q-35 Trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	5,02	2,94
q-36 Trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	4,70	3,07
q-38 Ser requisitado para cuidar de pacientes, não se sentindo preparado para cuidar.	4,14	1,13
Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente	(4,30)	(1,71)
q-09 Evitar tomar providência ao constatar que um membro da equipe de enfermagem aplica medicação equivocada e deixa de reportá-lo.	4,24	1,17
q-10 Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades.	4,65	2,25
q-11 Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.	3,65	1,41
q-13 Trabalhar com equipe de enfermagem com um nível que considera inseguro.	4,68	2,26
q-16 Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente.	4,15	1,94
q-17 Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.	4,39	1,66
q-18 Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente.	4,74	2,29
q-30 Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer.	3,92	0,86
Obstinação Terapêutica (OT)	(3,60)	(2,26)
q-02 Seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele.	2,94	1,87
q-05 Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte.	3,73	2,74
q-12 Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais.	4,15	2,16
Desrespeito à autonomia do paciente	(3,57)	(1,42)
q-04 Prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar.	2,94	1,80
q-07 Ignorar situações em que não foram dadas ao paciente as informações adequadas para assegurar o seu consentimento informado.	3,73	1,99
q-25 Acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca.	4,15	0,86
q-26 Acatar o pedido do médico de não discutir, com a família, a reanimação do paciente em caso de parada cardíaca, quando o paciente se encontra desprovido de discernimento.	2,94	1,04

Outro estudo que também utilizou o instrumento proposto por Corley *et al.*, (2001), realizado com 44 enfermeiras de cuidados críticos nos Estados Unidos, analisou as 38 questões do instrumento em categorias unidimensionais, aproximando-se um pouco mais dos resultados de nossa pesquisa por identificar a futilidade terapêutica, como categoria de análise. Nessa pesquisa, as categorias foram denominadas: “prática médica”; “prática de enfermagem”; “fatores institucionais”; “cuidados fúteis”; “decepção”; “eutanásia”, enfocando o Sofrimento Moral e sua relação com as equipes médica, de enfermagem e ao processo de organização do trabalho nas instituições, enfocando situações de decepção no cotidiano do trabalho e situações de difícil compreensão e análise como nos casos de futilidade terapêutica e eutanásia. (MOBLEY *et al.*, 2007).

Na variável “falta de competência na equipe de trabalho”, apresentada em nosso estudo, foram apresentadas as situações que provocam maior Sofrimento Moral às enfermeiras, como “trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer”, questão q-35, a situação de maior sofrimento percebida pelas enfermeiras investigadas (5,02).

Assim, em nossa realidade, a percepção do sofrimento das enfermeiras está mais associada ao enfrentamento de situações diretamente relacionadas ao modo de agir de alguns médicos. Selli (2005, p. 101) já havia constatado manifestações negativas de trabalhadoras de enfermagem relacionadas à atuação de médicos com quem atuavam, como o seu aparente descaso e indiferença frente às queixas e manifestações referidas pelos pacientes, sua demora nos atendimentos às solicitações das enfermeiras, suas ausências e falta de comprometimento com a integralidade da atenção, prescrições médicas incompletas, com erros, atrasadas, configurando-se na percepção de situações de negligências médicas, que pode se entender como “um ato omissivo, uma falta de atenção e observação aos deveres profissionais”. Configurado como um trabalho coletivo, demandando cooperação, coordenação e supervisão constantes, o cuidado de enfermagem sofre grande influência da competência profissional de todos os agentes de saúde, por se tratar, também, da manifestação de um compromisso com o paciente de forma responsável e comprometida, caracterizada também pela constante presença necessária (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005). Assim, a integração e o diálogo entre as equipes médica e de enfermagem torna-se indispensável e imprescindível para a adequada assistência ao paciente (SELLI, 2005).

A variável “falta de competência na equipe de trabalho”, se confirma como a categoria associada à maior intensidade de Sofrimento Moral quando apresenta as questões q-33 “trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer” (4,71) e a questão q-36 “trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer” (4,70), com a terceira e quarta maiores médias de intensidade de sofrimento do instrumento, confirmando, dessa forma, a percepção, por parte das enfermeiras, da importância da atuação das demais trabalhadoras de enfermagem e de outros agentes de saúde para o atendimento dos pacientes.

A “falta de competência na equipe de trabalho”, como variável causadora de Sofrimento Moral, pode contribuir para um afastamento por parte da enfermeira deste paciente, uma vez que diversas enfermeiras utilizam técnicas de fuga e distanciamento dos pacientes quando o Sofrimento Moral se faz presente (RAINES, 2000), na tentativa de reduzir o sofrimento pessoal, causando abandono e possíveis estados de descomprometimento, o que pode intensificar a “negação do papel da enfermeira como advogada do paciente”. Ao cuidar de um paciente, a enfermagem necessita expressar um modo de ser e de fazer que demonstre seu comprometimento e respeito à vida de quem cuida (SELLI, 2005), o que implica a tarefa de simultaneamente defender os direitos e interesses do paciente.

Neste sentido, a variável “negação do papel da enfermeira como advogada do paciente” apresentou a segunda questão de maior intensidade de sofrimento em todo o instrumento, q-18: “prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente (4,74). Ainda, nesta variável, outras situações merecem destaque em relação à equipe médica, como a evidenciada na questão q-10: “permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades” (4,65), cuja média se destacou como a sexta de maior valor.

Apesar de estas questões estarem presentes na variável relacionada à “negação do papel da enfermeira como advogada do paciente”, também se relacionam à competência da equipe de trabalho, mais especificamente, ao trabalho com os médicos ou futuros médicos, aos seus modos de agirem com o paciente, sua competência e respeito ao paciente. Questões relacionadas à hegemonia médica na equipe de saúde podem contribuir para o sofrimento das enfermeiras, uma vez que o

reconhecimento do poder dos médicos e, até, dos futuros médicos nos ambientes de trabalho pode desestimular a implementação de ações de resistência e enfrentamento da enfermeira, em especial a advocacia.

Ainda, das 21 questões do instrumento construído por Corley *et al.*, (2001) e validado nesse estudo, onze (52,38) dizem respeito ao cotidiano de trabalho da enfermeira junto à equipe médica, apontando para possíveis dificuldades em trabalhar com profissionais cujas condutas, quando consideradas impróprias e inadequadas, podem causar Sofrimento Moral às enfermeiras.

As profissionais da saúde, em especial as enfermeiras, necessitam constantemente comprometer-se e responsabilizar-se pelo paciente, disponibilizando seus conhecimentos técnico-científicos e responsabilizando-se por suas ações (LUNARDI, 1999). Dessa forma, a sua dificuldade em assumir a responsabilidade frente ao paciente pode causar-lhe Sofrimento Moral, visto que na condição de advogada do paciente, a enfermeira tem o dever moral de questionar, refletir, defender o paciente e, se necessário, denunciar as práticas de outras profissionais que podem estar agindo negativamente em relação ao cuidado do paciente (SCOTT, 1998). Como vimos no presente estudo, por diversas vezes, em diferentes questões, parece haver a percepção de que os interesses dos pacientes não estão sendo satisfeitos, assim como evidências de problemas com a equipe médica e com outras equipes são manifestadas. Todas essas questões trazem em seu cerne a importância do paciente e do modo como é cuidado, muitas vezes afetado negativamente por essas situações.

Nas situações cotidianas que implicam assumir responsabilidades com o paciente, as enfermeiras parecem apresentar dificuldades para por em ação o agenciamento moral. Dessa forma, o Sofrimento Moral decorrente envolve uma intensa gama de valores relacionados as ações moralmente corretas, mas que não são implementadas. Esse agenciamento moral possui seis características essenciais: escolha, advocacia, autonomia, dor e sofrimento, valores e relação. A experiência de escolha foi reconhecida por Corley (2002) como a característica essencial do agenciamento moral, possivelmente pela sua relação com a autonomia, um dos pré-requisitos da ética; no entanto, o Sofrimento Moral foi fortemente reconhecido como uma situação que contribui para o abandono do paciente e a falta de advocacia do mesmo.

Para a prática da advocacia em saúde, a presença de valores éticos sólidos torna-se um fator de grande importância, uma vez que interferem no processo decisório e na própria personalidade individual. Assim, “o próprio agir humano é uma forma de expressar valores” (FERNANDES; FREITAS, 2006, p.33), os quais constantemente podem sofrer constrangimentos, seja por imposição institucional ou de seus membros, implicando em práticas não coerentes eticamente.

Os constrangimentos institucionais constituem-se em um componente importante e principal para a ocorrência do Sofrimento Moral e para o aumento do sofrimento, uma vez que também pode haver deficiências educacionais em enfermeiras, cuja aprendizagem formal tenha sido deficiente, no que se refere ao raciocínio ético e ao confronto com dilemas éticos que requerem advocacia (ZUZELO, 2007).

As categorias “Obstinação terapêutica” (3,60) e “Desrespeito à autonomia do paciente” (3,57), que apresentam os valores muito próximos e com a menor média de sofrimento, apresentam também as questões de menores médias de intensidade de sofrimento do instrumento: a questão q-02: “seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele”, a questão q-04: “prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar” e a questão q-26: “acatar o pedido do médico de não discutir, com a família, a reanimação do paciente em caso de parada cardíaca, quando o paciente se encontra desprovido de discernimento”, todas com média (2,94).

Esses valores mais inferiores podem ser resultado de uma cultura profissional que não parece reconhecer o paciente como sujeito, como “dono” do seu corpo e, portanto, a quem cabe a última decisão do que será ou não realizado em seu tratamento, a partir dos esclarecimentos e possíveis orientações das trabalhadoras da saúde, assim como de sua família, quando o paciente não apresentar mais condições de se manifestar sobre si. A autonomia do paciente e, na sua incapacidade, a autonomia dos familiares e sua vontade podem não ser suficientemente reconhecidas pelas profissionais, o que pode estar associado ao menor Sofrimento Moral provocado nas enfermeiras frente à falta de solicitação de consentimento do paciente como fator indispensável para realização de qualquer procedimento.

Entendemos que a palavra autonomia pode assumir diversos significados, como “auto-governo, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade de vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.137), percebendo também, a relação estreita da autonomia com a responsabilidade, uma vez que consideramos agente autônomo, aquele responsável por suas ações (SCOTT, 1998).

Verificamos, através deste estudo, que o descomprometimento com o paciente em relação a sua autonomia pode ter como origem o fato de as enfermeiras poderem ter dificuldade de lidar com a liberdade e as escolhas individuais de cada indivíduo, bem como com as respostas emocionais pertinentes a cada escolha, quer sejam as do paciente ou as próprias respostas emocionais da enfermeira. Esta autonomia pode, também, estar sendo negada em decorrência do exercício de poder e de autoritarismo médico, ainda comumente centralizador e tido como inquestionável.

Podemos considerar que a autonomia se amplia juntamente com os desenvolvimentos emocional, físico e intelectual dos indivíduos, quer sejam pacientes, enfermeiras ou médicos, podendo ser impossibilitada ou diminuída em decorrência de fatores externos ou internos. No entanto, salientamos que o indivíduo não pode ser considerado autônomo por viver suas próprias determinações, sendo indispensável a presença de uma autonomia moral entendida como um sub conjunto de escolhas morais que se baseiam no que cada um entende por certo e errado (SCOTT, 1998).

Ao perderem suas possibilidades de escolha, pacientes e familiares podem retroceder em sua liberdade, comprometendo o poder decisório sobre seu corpo. Essa perda se reflete nas próprias relações entre as profissionais e os pacientes/familiares, podendo gerar um distanciamento cada vez maior, repercutindo em sofrimento de ambos os lados.

Estas questões reforçam a aparente pouca importância atribuída à autonomia do paciente e da família no contexto hospitalar. Neste enfoque, acreditamos que a autonomia ainda represente um valor a ser conquistado, principalmente em nossa realidade, por se tratar de uma conquista emancipatória do sujeito ao respeitar a vida e a dignidade humana (NIETSCHE; BACKES, 2000).

Destacamos que o Sofrimento Moral pode levar as enfermeiras a trivializarem as situações, como o desrespeito à autonomia do outro, negando qualquer mal que

possa provocar no paciente e com isso os indivíduos podem abandonar seus princípios baseados no medo, em conveniências ou na auto-preservação (WEBSTER; BAYLIS, 2000).

No que tange à “obstinação terapêutica”, aqui entendida como um prolongamento exagerado e desnecessário à vida do paciente, por isso dito fútil e inútil, com consequências relacionadas ao seu sofrimento aumentado, com o seu processo de morrer estendido por um longo período (PESSINI, 2001), percebemos que o progresso técnico científico a favorece, na medida em que a medicina evolui rapidamente, sem que haja, muitas vezes, a devida reflexão sobre os avanços que têm possibilitado ao homem viver mais, mas nem sempre melhor.

Neste estudo, a variável “obstinação terapêutica”, com a terceira média do estudo em relação à percepção do Sofrimento Moral (3,60), mereceu destaque por parte das entrevistadas que apresentaram intenso sofrimento quando se defrontaram com situações como as evidenciadas nas questões q-02: “Seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele” (2,94); q-05: “Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte” (3,73); e q-12: “Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais” (4,15).

Atualmente, muitas situações de terminalidade transformaram a vida em um penoso processo de morrer (PESSINI, 2001). O morrer tornou-se uma difícil questão a ser enfrentada pelas profissionais da saúde, sendo o hospital um local de negação deste evento natural do ciclo vital, considerado por parte das equipes médicas um processo muitas vezes vergonhoso (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

O avanço biomédico tem possibilitado a discussão sobre a existência do direito de escolha do momento da morte, além do direito de investimento no paciente com tratamentos que podem estender indefinidamente a vida, de forma fútil e com grande sofrimento (DINIZ; COSTA, 2004). Em geral, essa futilidade ocorre em pacientes de condições clínicas limítrofes, em que somente as novas técnicas impedem a sua morte, impondo-lhes uma grande dependência dos meios técnicos empregados (GAVICAGOGEASCA, 2003).

Parece indispensável reconhecer que as questões técnicas não devem ser as únicas a serem consideradas no momento da morte, sendo necessária a ética e a defesa da esfera íntima das pessoas, buscando evitar a resistência comumente

enfrentada quando é iniciado qualquer debate formal sobre o direito de morrer (DINIZ; COSTA, 2004).

No que se refere à frequência de percepção de Sofrimento Moral por situações relacionadas à Obstinação terapêutica, foi constatada uma alta média de ocorrência (2,26), com a segunda maior frequência de acontecimento, frente às categorias “negação do papel da enfermeira como advogada do paciente” e “desrespeito à autonomia do paciente”, com médias respectivas de frequência de 1,71 e 1,42 e médias de intensidade de (4,55) e (4,30). No entanto, essa alta frequência, se comparada com as outras categorias, não resultou em alta intensidade de sofrimento (3,60).

Podemos concluir que a alta frequência possivelmente se relacione com o grande número de situações em que a vida do paciente é mantida a qualquer custo, sem que necessariamente sua opinião e/ou de sua família sejam ouvidas e respeitadas nas tomadas de decisão em relação à continuidade do tratamento, geralmente centradas única e exclusivamente na figura do médico (PINHEIRO, 2001; PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002). Dessa forma:

...estas decisões se refletem no trabalho da equipe de saúde como um todo e especificamente na equipe de enfermagem, que cuida do paciente, e que, ao cumprir terapêuticas com as quais não concorda, pode sofrer intensamente, questionando-se sobre os valores que fundamentam sua prática (CARVALHO, 2005. p.13).

No entanto, essas situações podem ser vivenciadas cotidiana e rotineiramente, sem que sua esfera moral seja reconhecida e destacada pelas trabalhadoras, causando, dessa forma, uma normalidade aparente que pode se refletir no cuidado que, além de uma atividade técnico-científica, também é uma prática moral (BLONDEAU, 2002). A obstinação terapêutica, apesar de vivenciada no ambiente de trabalho, no entanto, não é objeto de discussão aberta entre as equipes que podem, no sentido de auto-proteção, ignorar o componente moral atrelado a essa situação, o que afronta o significado do viver com qualidade de vida e do cuidado que deveria ser prestado.

Concepções opostas, da equipe médica e da enfermagem em relação ao cuidado do paciente, podem, de forma paradoxal, comprometer o próprio julgamento moral das enfermeiras, visto que o cuidado de enfermagem ao ser humano, ao possuir estreita relação com a vida, não pode ser abolido mesmo quando as possibilidades curativas de investimento realizadas pela equipe médica são

abandonadas do ponto de vista clínico (PAULETTI *et al.*, 2006). Um dos objetivos do cuidado é a própria manutenção da vida, além de sua promoção e desenvolvimento, podendo ser relacionado com a ação de ouvir o paciente, de refletir, avaliar e construir estratégias de reabilitação ou cura, junto dos personagens envolvidos, paciente e família, de acordo com suas culturas e hábitos (COLLIÈRE, 1989).

Ainda em relação à frequência de ocorrência, a categoria “Falta de competência na equipe de trabalho” (4,55) identificada como a de maior média de intensidade de sofrimento, também apresenta a maior média de frequência de sofrimento (2,42). As três questões de maior frequência de ocorrência, a q-36: “trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer” (3,07); a q-35: “trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer” (2,94); e a q-34: “trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer” (2,76); todas se relacionam ao trabalho com a equipe médica, reforçando a aparente dificuldade vivenciada pelas enfermeiras de atuar com trabalhadores da equipe médica, igualmente como com os estudantes de enfermagem e serviços de apoio, fatos já apresentados e discutidos anteriormente.

Quando as enfermeiras identificam que o paciente poderá ser desrespeitado e prejudicado por alguma decisão do médico, torna-se uma responsabilidade moral e profissional levar o assunto adiante, realizando uma efetiva defesa e esclarecimento do paciente, buscando alternativas que não o prejudiquem (SCOTT, 1998). Tais problemas podem, por sua vez, conduzir ao Sofrimento Moral por impedir que as profissionais ajam de acordo com seus princípios e valores (JAMETON, 1993; CORLEY *et al.*, 2001; KÄLVEMARK *et al.*, 2003).

Diferentemente das questões anteriores, as questões de menor frequência de acontecimento, todas com média (0,86), foram as questões q-25 “acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca” e q-30 “acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer”. Apesar da baixa frequência em comparação às outras questões, as questões q-25 e q-30 apresentaram intensidade de sofrimento bastante significativa, respectivamente (4,15) e (3,92).

Esses dados evidenciam o fato de que algumas situações vivenciadas cotidianamente no trabalho das enfermeiras, mesmo que com pouca frequência de

ocorrência, podem repercutir em grande sofrimento a essas trabalhadoras, necessitando ser mais bem compreendidas e trabalhadas.

As principais fontes de Sofrimento Moral para as enfermeiras, de acordo com estudos realizados em outros países, são: danos provocados nos pacientes sobre forma de dor ou sofrimento (RAINES, 2000); tratamento dos pacientes como objetos (WILKINSON, 1988); obstinação terapêutica (CORLEY *et al.*, 2001); definição de morte cerebral (RAINES, 1997); e cuidados inadequados (CORLEY *et al.*, 2005).

Em nossa pesquisa, realizada no extremo sul do Brasil, foi possível comparar a intensidade do efeito de cada uma das quatro variáveis na intensidade de Sofrimento Moral percebido pelas enfermeiras, verificando-se as principais fontes do Sofrimento Moral. Constatamos que a variável “falta de competência na equipe de trabalho” apresenta, de forma isolada, o melhor desempenho entre as variáveis obtidas (4,55), sendo percebida pelas enfermeiras como uma fonte relevante de intenso sofrimento. A variável “Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente” (4,30) foi a que apresentou o segundo maior desempenho isolado dentre as variáveis obtidas. Já as variáveis “obstinação terapêutica” (3,60) e “desrespeito à autonomia do paciente” (3,57), embora tenham apresentado médias diferentes, menores que as anteriores, não evidenciaram diferença estatística significativa (ao nível de 5%), o que as coloca em um grupo intermediário quanto aos efeitos do Sofrimento Moral que geram.

4.2 ANÁLISE DE VARIÂNCIA

Com o intuito de verificar a existência de possíveis diferenças na percepção das enfermeiras quanto ao Sofrimento Moral vivenciado, diferentes análises de variância foram realizadas, considerando as singularidades dos participantes da pesquisa, como: idade, ano de conclusão da graduação, pós-graduação, hospital, tempo de atuação no hospital, unidade de trabalho, tempo de atuação na unidade de trabalho, tipo de unidade, realização de reuniões com a equipe de enfermagem e sua frequência, realização de reuniões na unidade de trabalho e sua frequência.

Na existência de diferenças, foi realizado o teste de Duncan entre os subgrupos, de modo a identificar grupos homogêneos com cada uma das variáveis, cujas médias não apresentaram diferença estatística significativa.

Das análises de variância realizadas, apenas uma correlação importante foi encontrada, com índice de significância de 5%, ou seja, a “falta de competência na equipe de trabalho”, em relação as profissionais da UTI. É notória a complexidade dos equipamentos e a infinidade de medicamentos encontrados nas UTI's, sendo necessários e imprescindíveis os conhecimentos técnicos, permanentemente atualizados, e uma postura ética condizente para um exercício profissional adequado ao enfrentamento dos riscos de vida, de complicações, urgências, de possível terminalidade, além dos conflitos éticos ali existentes (PESSINI, 2001). Foi verificada, assim, menor percepção de Sofrimento Moral frente a variável “falta de competência na equipe de trabalho”, fato possivelmente atrelado as características particulares das equipes de enfermagem das UTIs, geralmente portadoras de grande competência profissional, relativa à necessidade deste ambiente tão complexo e mecanizado.

A competência profissional deve ser imprescindível nos ambientes de UTIs, como deveria ser nos demais. No entanto, além de conhecimentos relacionados ao humanismo e as técnicas de cuidar da enfermagem, nas UTIs, a aptidão técnica deve ser desenvolvida no sentido de possibilitar uma interação precisa e ágil com os diferentes e complexos aparatos tecnológicos utilizados para a manutenção da vida. Em outras unidades de trabalho, verificamos com maior frequência a ocorrência de situações em que as profissionais evidenciam poucos conhecimentos e uma competência relativa a essas situações.

Para dar maior suporte à discussão, a tabela 12 apresenta também a correlação de percepção do sofrimento das trabalhadoras de UTI com as quatro categorias obtidas, assim como das trabalhadoras que atuam nas demais unidades.

Tabela 12 - Sofrimento Moral manifestado por enfermeiras em relação às enfermeiras de UTI, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

	Unidade	Média	p
Desrespeito à autonomia do paciente	Demais (101)	3,71	0,056
	UTI (23)	2,97	
Obstinação terapêutica	Demais (101)	3,59	0,830
	UTI (23)	3,66	
Falta de competência na equipe de trabalho	Demais (101)	4,71	0,030
	UTI (23)	3,83	
Negação da enfermeira como advogada do paciente	Demais (101)	4,41	0,081
	UTI (23)	3,80	

n=124

Podemos observar, na tabela 12, que o sofrimento manifestado pelas 23 trabalhadoras de UTI é menor em relação às demais trabalhadoras nas categorias “desrespeito à autonomia”, respectivamente (2,97) e (3,71); “falta de competência” (3,83) e (4,71); e “falta de advocacia” (3,80) e (4,41). Somente na categoria “obstinação terapêutica”, as enfermeiras que atuam em UTI’s obtiveram média mais elevada (3,66) se comparada com a média das profissionais das demais unidades de trabalho (3,59). Este fato se justifica provavelmente pela maior ocorrência de situações de Obstinação terapêutica nessas unidades.

Já, neste ambiente, questões relacionadas à autonomia do paciente parecem ser culturalmente muito menos valorizadas pelas enfermeiras, do que em outras unidades, uma vez que nas UTIs, o paciente se torna dependente quase que totalmente da equipe de enfermagem. Ligados a uma infinidade de aparatos tecnológicos e em situações limite, os pacientes muitas vezes encontram-se sem possibilidades de escolha, até mesmo por suas condições, com extremas dificuldades de exercer poder sobre si.

Por outro lado, sabemos que há, também, situações vivenciadas, nestes ambientes, em que os pacientes e/ou seus familiares poderiam e deveriam ser consultados, seja em relação ao seu cuidado e conforto, ao modo de ser cuidado, assim como quanto a decisões diagnósticas e terapêuticas, reconhecendo e respeitando sua autonomia. Assim, Carvalho, (2005, p. 88) destaca:

Uma relação ética e que respeite a autonomia do paciente pode se estabelecer por pequenas atitudes, como decidir com o paciente o

momento mais conveniente para tomar seu banho de leito, aceitar sua recusa em ingerir alguma medicação, priorizar a sua privacidade na realização de procedimentos que exponham seu corpo, chamá-lo pelo nome, importar-se se algum procedimento lhe causa dor.

Ainda, nas UTIs, a advocacia por parte da enfermagem é menos percebida e exercida, uma vez que a condição do paciente parece, equivocadamente, dar uma total liberdade de ação por parte das equipes de saúde, que visam muitas vezes a manutenção da vida a qualquer custo, independentemente do desejo do paciente e de sua família. Neste sentido, também, comumente as famílias têm fragilizado o seu papel de zelar por seus familiares internados, uma vez que ficam fisicamente afastadas devido a normas e rotinas dessas unidades, com horários de visitas restritos, cujas justificativas também poderiam ser questionadas.

O fato das trabalhadoras das UTIs conviverem constantemente com a possibilidade de morte parece contrastar com o preparo acadêmico adquirido durante as graduações, de trabalhar mais “com o processo da vida do que com as possibilidades de sua interrupção ou mesmo de morte” (LUNARDI, 1999, p.103). A tentativa frustrante de aliviar o sofrimento dos pacientes, aliada a figura de um cuidado potencialmente fragilizado, parecem reforçar os sentimentos de impotência das enfermeiras, que podem ter aumentado o sofrimento profissional, reforçando situações despercebidas de “obstinação terapêutica”, resultando em Sofrimento Moral (BARLEM, 2006).

A profissional de enfermagem, ao trabalhar cotidianamente com a possibilidade de morte, apesar de poder ser uma situação comum às trabalhadoras da área da saúde, muitas vezes, enfrenta situações de sofrimento até mesmo não manifestadas claramente aos seus colegas de equipe. Esta intensidade de sofrimento ligada à perda, cujos signos influenciam na própria personalidade dos sujeitos envolvidos, requer um prévio trabalho das profissionais em relação ao cuidado e conhecimento de si próprias (LUNARDI, 1999).

Ainda, nas UTI's, o Sofrimento Moral pode estar associado à vivência de conflitos morais frente às regras institucionais que podem bloquear tentativas de um cuidado mais humanizado, pela vivência constante de procedimentos diagnósticos e tratamentos fúteis, decisões centralizadas em manter ou retirar tratamentos de suporte vital, tratamentos inadequados para a dor, falta de leitos e ausência de

consentimento informado prévio para a realização de procedimentos (KÄLVEMARK *et al.*, 2003; CORLEY *et al.*, 2001).

É notória a necessidade de humanização dos ambientes hospitalares, em especial aqui destacada, as UTI's, local onde as características do cuidado devem estar centradas entre os agentes cuidadores e os que recebem cuidados (SIMONI; SANTOS, 2003). Nestes ambientes, a humanização não pode ser vista como apressamento ou prolongamento indefinido da morte, mas sim, como a possibilidade de morrer com dignidade, sem sofrimentos dispensáveis, ao evitar procedimentos invasivos desnecessários, que causam ao paciente processos extremamente lentos de morrer (KOVÁCS, 2003), e na equipe de enfermagem um Sofrimento Moral muitas vezes despercebido, até que seja reconhecida a sua parcela individual de participação em tais ações (GUTIERREZ, 2005). A humanização do ambiente e da assistência à saúde não pode estar centrada individualmente nos usuários ou em processos motivacionais externos, devendo, sim, ser pautada na dignidade humana, quer seja do paciente, de sua família ou do próprio profissional (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006).

O teste *t* de *student* foi utilizado para apurar a existência de diferenças significativas entre os grupos de dados, tendo como critério para o agrupamento, a menor diferença de médias entre os grupos avaliados. Procuramos, com esta análise, identificar grupos homogêneos, cujas médias não apresentem diferença estatística entre seus componentes.

Ainda com relação ao sofrimento, foram realizadas análises *post-hoc* (análise posterior) através do teste de Duncan, possibilitando identificar grupos homogêneos com cada uma das variáveis, cujas médias não apresentaram significativa diferença estatística.

A tabela 13 mostra a comparação entre as enfermeiras dos quatro hospitais para o fator “Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente”, utilizando-se o teste de Duncan.

Tabela 13 - Comparação entre a percepção de Sofrimento Moral das enfermeiras, segundo seus locais de trabalho, para o fator Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Duncan

Instituição	N	alpha = .05	
		1	2
H4	11	2,71	
H2	52		4,41
H1	37		4,44
H3	24		4,56

n=124

Podemos perceber, pela tabela 13, que dois grupos isolados são formados quando levamos em conta o fator “Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente”. Um grupo constituído pelas enfermeiras das instituições H1, H2 e H3, apresenta percepção de maior, sendo a instituição H3 a que apresenta o maior valor (4,56), seguido das instituições H1 (4,44) e H2 (4,41). As enfermeiras da instituição H4 constituíram um grupo isolado, com menor valor atribuído à percepção do sofrimento (2,71), sendo um valor bastante abaixo do grupo anterior.

A tabela 14 apresenta a comparação entre as enfermeiras dos quatro hospitais frente à variável “Desrespeito à autonomia do paciente”.

Tabela 14 - Comparação entre a percepção de Sofrimento Moral das enfermeiras, segundo seus locais de trabalho, para o fator Desrespeito à autonomia do paciente, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Duncan

Instituição	N	alpha = .05	
		1	2
H4	11	2,16	
H3	24		3,60
H2	52		3,68
H1	37		3,82

n=124

Novamente ocorre uma mudança no que diz respeito à percepção do sofrimento vivenciado pelas enfermeiras nas quatro instituições. No hospital H1, aparece a percepção de maior sofrimento (3,82), seguido do hospital H2 (3,68) e do H3 (3,60). Estes três hospitais formam um grupo distinto, diferentes do grupo formado isoladamente pelo hospital H4 (2,16) que apresentou média de sofrimento ainda menor nesta categoria. Os dados, ao apresentarem esta variabilidade, demonstram que as diferenças contextuais de cada instituição podem ser significativas na percepção do Sofrimento Moral vivenciado pelas enfermeiras. Há que destacar que quando as enfermeiras das instituições afirmaram realizar um maior número de reuniões, o sofrimento foi manifestado em menor intensidade.

Na tabela 15, é apresentada a comparação dos índices atribuídos pelas enfermeiras das quatro instituições à variável “Obstinação Terapêutica”.

Tabela 15 - Comparação entre a percepção de Sofrimento Moral das enfermeiras, segundo seus locais de trabalho, para o fator Obstinação Terapêutica, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Duncan

Instituição	n	alpha = .05	
		1	2
H4	11	2,18	
H3	24		3,32
H1	37		3,80
H2	52		3,89

n=124

As enfermeiras do hospital H4 (2,18) mais uma vez formam um grupo isolado, com menor valor atribuído à percepção do sofrimento vivenciado frente à obstinação terapêutica, em relação às enfermeiras das outras instituições, hospitais H3 (3,32), H1 (3,80) e H2 (3,89), que constituem um grupo isolado. As enfermeiras do hospital H3 apresentam um valor menor se comparado às dos hospitais H1 e H2, no entanto, não constituem um grupo isolado.

Na tabela 16, é apresentada a comparação dos índices atribuídos pelas enfermeiras das quatro instituições à variável “falta de competência na equipe de trabalho”.

Tabela 16 - Comparação entre a percepção de Sofrimento Moral das enfermeiras, segundo seus locais de trabalho, para o fator Falta de competência na equipe de trabalho, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Duncan

Instituição	n	alpha = .05	
		1	2
H4	11	3,23	
H3	24		4,55
H1	37		4,56
H2	52		4,81

n-124

Podemos perceber, a partir da tabela 16, que novamente as enfermeiras do hospital H4 demonstraram o menor índice de percepção de sofrimento vivenciado, formando um bloco isolado das demais categorias. As enfermeiras dos demais hospitais (H1, H2 e H3), constituem um grupo, demonstrando uma rotatividade de categorias em relação à percepção do sofrimento vivenciado pelas enfermeiras dessas instituições. As enfermeiras do hospital H2 aparecem com o maior índice de percepção de sofrimento (4,81), distanciando-se das dos hospitais H1 (4,56) e H3 (4,55) que não apresentam diferenças significativas entre si.

Podemos observar, ao considerar as tabelas 13, 14, 15 e 16, que existem diferenças significativas entre as enfermeiras dos quatro hospitais, fato evidenciado pelas alterações frente às variáveis observadas, ora mantendo valores elevados, ora mantendo valores mais baixos. Essas diferenças nos levam a pensar que não existe uma única forma de enfrentamento para o Sofrimento Moral vivenciado, visto a complexidade de situações peculiares a cada instituição cujos valores individuais decorrentes da percepção dos sujeitos atuantes nestes ambientes denotam a ocorrência de problemas éticos.

Os valores ambientais podem exercer forte influência em suas profissionais, frutos também das filosofias institucionais estabelecidas. Assim, os valores de uma pessoa, construídos a partir de inúmeras relações, são integrados à personalidade, expressando-se em suas escolhas e aceitação de princípios e valores (KELLY, 1998). Esses tendem a sofrer influências ao longo da vida e, dessa forma, as características peculiares de cada hospital podem repercutir em suas equipes, em

especial a de enfermagem, pelas características de seu trabalho, comumente com um vínculo muito grande com todas partes envolvidas na situação: instituição, pacientes, familiares e outras profissionais da saúde.

Tomando como base os índices de percepção de sofrimento anteriormente apresentados pelas enfermeiras do hospital H4 em relação às dos demais hospitais, vemos uma importante correlação de menor percepção de sofrimento associado à realização de reuniões.

A partir das tabelas 17 e 18 vemos a relação da ocorrência de reuniões de equipes de trabalho e da sua frequência.

Tabela 17 - Realização de reuniões, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

		R equipe		Total
		Sim	Não	
Instituição	H2	32	20	52
	H1	27	10	37
	H3	20	4	24
	H4	11	0	11
Total		90	34	124

Tabela 18 - Frequência das reuniões, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Instituição	FR equipe							Total
	Não Realiza	Semanal	Quinzenal	Mensal	Semestral	Anual	Quando Necessário	
H2	20	2	0	14	6	2	8	52
H1	10	1	1	9	3	0	13	37
H3	4	3	2	10	2	0	3	24
H4	0	1	6	3	1	0	0	11
Total	34	7	9	36	12	2	24	124

Podemos perceber, através da tabela 17, que todas enfermeiras atuantes no hospital H4 (100%) confirmam a realização de reuniões, diferentemente das informantes dos demais hospitais, que nem sempre afirmaram realizar reuniões com a equipe de enfermagem. Para reforçar a importância deste dado, a tabela 18 demonstra ainda que, no hospital H4, a frequência de reuniões com a equipe de

enfermagem está mais concentrada na peridiocidade quinzenal (6 casos) e mensal (3 casos).

Nos demais hospitais, as enfermeiras identificam a não realização de reuniões, principalmente as do hospital H2 (20 enfermeiras) e do hospital H1 (10 enfermeiras). Quando da sua ocorrência, referem uma frequência predominantemente mensal ou, ainda, com um espaçamento superior a seis meses aqui apresentada como “quando necessário”, sendo indicado por (13) enfermeiras do hospital H2 e (8) informantes do hospital H1. Esses dados demonstram a aparente dificuldade de realização desse importante recurso organizacional e, também, de comunicação que pode contribuir para atenuar as tensões e o sofrimento da equipe, uma vez que, na realização das reuniões, poderiam ser discutidas as situações cotidianamente vivenciadas nas unidades, bem como construídas coletivamente estratégias para o seu enfrentamento.

Ainda no que se refere à realização de reuniões, 24 enfermeiras do Hospital H3 referem realizá-las com a equipe de enfermagem, e somente quatro afirmam não fazê-lo. A peridiocidade também se encontra mais concentrada em uma frequência semanal, quinzenal e mensal, com apenas duas referências a reuniões realizadas semestralmente e três quando necessário.

A realização de reuniões, com uma peridiocidade mais curta de ocorrência, parece ser uma primeira estratégia importante para o enfrentamento dos problemas e conflitos morais e, conseqüentemente, para a redução da percepção do Sofrimento Moral. Como o trabalho de enfermagem se pauta na relação direta com chefias, outras profissionais, familiares e pacientes, envolvendo, além da relação humana, aspectos éticos indissociáveis, são constantemente necessárias a tomada de decisões e de posicionamentos, o que exige uma atitude de agenciamento moral por parte da enfermagem (CHAMBLISS, 1996).

Ao entendermos que as profissionais de enfermagem são agentes morais, reconhecemos também que a percepção do Sofrimento Moral pode ser um indicativo importante tanto de enfrentamento de problemas morais, quanto de dificuldades de implementação de uma prática ética. Por vezes, as enfermeiras sofrem, não por falta de sensibilidade ética em relação ao que vivenciam, mas justamente pelo Sofrimento Moral ser uma evidência de que algo não está bem no ambiente de trabalho, podendo se constituir em um sentimento mobilizador para uma tomada de outra ação, muitas vezes evasiva, no sentido de atenuar de alguma forma a vivência do

Sufrimento Moral. Dessa forma, tornam-se necessárias estratégias para o seu enfrentamento e para o reconhecimento do problema ético (HAMRIC, 2000), devendo ser visto não apenas como uma manifestação negativa, mas, sim, como um indicador relevante de que algo não está bem, podendo favorecer o enfrentamento tanto do Sofrimento Moral quanto das situações moralmente problemáticas que o provocam.

A prática de reuniões, então, como referido, pode ser uma poderosa ferramenta para a diminuição de conflitos e para a valorização das profissionais, que numa manifestação de exercício de poder, externem suas dificuldades, contribuindo para a construção de estratégias de enfrentamento dos problemas, podendo ter reduzido seu Sofrimento Moral.

As profissionais, ao se sentirem desvalorizadas pelas múltiplas situações apresentadas no seu cotidiano, podem desenvolver fortes sentimentos de baixa auto-estima, podendo comprometer ainda mais as relações com pacientes e outros membros da equipe (CHANEY, 1999). Na literatura mundial, é destacado o potencial não exercido pela enfermagem de reivindicar os direitos dos pacientes, o que requer, das suas trabalhadoras, essa defesa e o exercício da liberdade para bloquear as forças coercitivas que infringem esses direitos inalienáveis, reconhecendo e promovendo a autonomia do paciente, promovendo, assim, o melhor cuidado possível (GRACE, 2001).

No que se refere ao paciente, considerando a importância do exercício de sua autonomia, aqui entendida como o poder real de decisão sobre si, diante de situações imprevistas (ROSENFELD, 2003), destacamos a necessidade de maior defesa dos direitos do paciente frente à solicitação, permissão, e execução de procedimentos, possibilitando sua ocorrência após terem sido previamente discutidos e autorizados pelos pacientes. Como características, esse ato deve ser consciente, pois o sujeito deve ser competente psíquica e juridicamente; esclarecido, devendo compreender claramente as informações; e voluntário, pois a pessoa deve ser totalmente livre para decidir, a qualquer momento do processo (NEVES, 2003). Nesta concepção, toda pessoa é considerada digna de decidir sobre sua vida, devendo ser valorizada de forma única e exclusiva, destacando-se a autonomia pessoal (GAVICAGOGESCA, 2003).

O respeito pela autonomia individual não exprime unicamente a capacidade do indivíduo em se auto determinar, mas exige que a promoção das condições que

favoreçam seu exercício sejam cumpridas (NEVES, 2003). Somente revendo alguns paradigmas é que a relação profissional-paciente tornar-se-á solidária, pautada em um diálogo que permitirá o conhecimento dos desejos do paciente e de suas reais necessidades, garantindo o enfrentamento coletivo dos desafios, quer para a equipe, quer para o paciente, conferindo-lhe o *status* de cuidado humanizado (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002).

Para dar suporte relacional entre as questões do instrumento, a questão q-39: “de um modo geral, as situações vivenciadas no trabalho me provocam Sofrimento Moral” foi inserida, correlacionando as situações vivenciadas no trabalho com a vivência do Sofrimento Moral, sendo de um modo geral apresentada a intensidade e a frequência da percepção do Sofrimento Moral, como exposto na Tabela 19.

Tabela 19- Intensidade e Frequência de percepção de Sofrimento Moral atribuído pelas enfermeiras à questão 39, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

Questão	Intensidade/ Frequência	Valor mínimo Atribuído	Valor máximo atribuído	Média
39- De um modo geral, as situações vivenciadas no trabalho me provocam Sofrimento Moral?	Intensidade de sofrimento	0	6	3,94
	Frequência do sofrimento	0	6	3,23

n=124

Na tabela 19, podemos observar que as médias finais ficaram em (3,94) para a intensidade da percepção de sofrimento vivenciado e (3,23) para a frequência de situações que provocam a percepção do sofrimento. São médias com valores elevados e a frequência de ocorrência de situações que provocam Sofrimento Moral, mesmo com uma média menor que a média atribuída à intensidade, mostra-se ainda elevada. Esse fato pode representar situações que, mesmo com pouca frequência de ocorrência, podem provocar intenso sofrimento, possivelmente, em virtude da dificuldade das profissionais conseguirem lidar com essas situações.

Podemos considerar, ao observar estes valores elevados, que a percepção do Sofrimento Moral vivenciado pode repercutir negativamente no cotidiano das enfermeiras. Ainda, o exercício profissional da enfermagem não se limita

exclusivamente ao conhecimento técnico-científico ou a fatores relacionados à doença e ao doente, indo além, abrangendo o doente como indivíduo único e como sujeito (SELLI, 2005), além de sua família, fato aparentemente insuficientemente percebido, pelas profissionais, em sua esfera moral.

Neste contexto moral, as dimensões subjetivas das enfermeiras são fundamentais no estabelecimento da relação com o paciente, destacando-se que, para a humanização da assistência, é necessário um encontro verdadeiro entre profissional e paciente (HOGA, 2004), realizando, dessa maneira, uma efetiva advocacia pelos direitos do paciente, assim como a promoção do exercício de sua cidadania.

4.3 ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA

Como último teste realizado, avaliamos os efeitos das quatro variáveis obtidas em relação ao Sofrimento Moral percebido. Foi utilizado o modelo de regressão múltipla, envolvendo as variáveis estudadas, fixando-se como variável dependente a questão q-39 “De um modo geral, as situações vivenciadas no trabalho me provocam Sofrimento Moral?”; e como variáveis independentes os quatro fatores analisados. Os resultados apontaram a relação de significância entre todas variáveis analisadas ao nível de 5%. O teste obteve como coeficiente de determinação ajustado (R^2) valor 0,40, o que representa um valor moderado (40%) de explicação do Sofrimento Moral obtido a partir do instrumento utilizado.

A tabela 20 demonstra a percepção do Sofrimento Moral referido frente às quatro categorias obtidas, tendo como variável dependente a questão q-39.

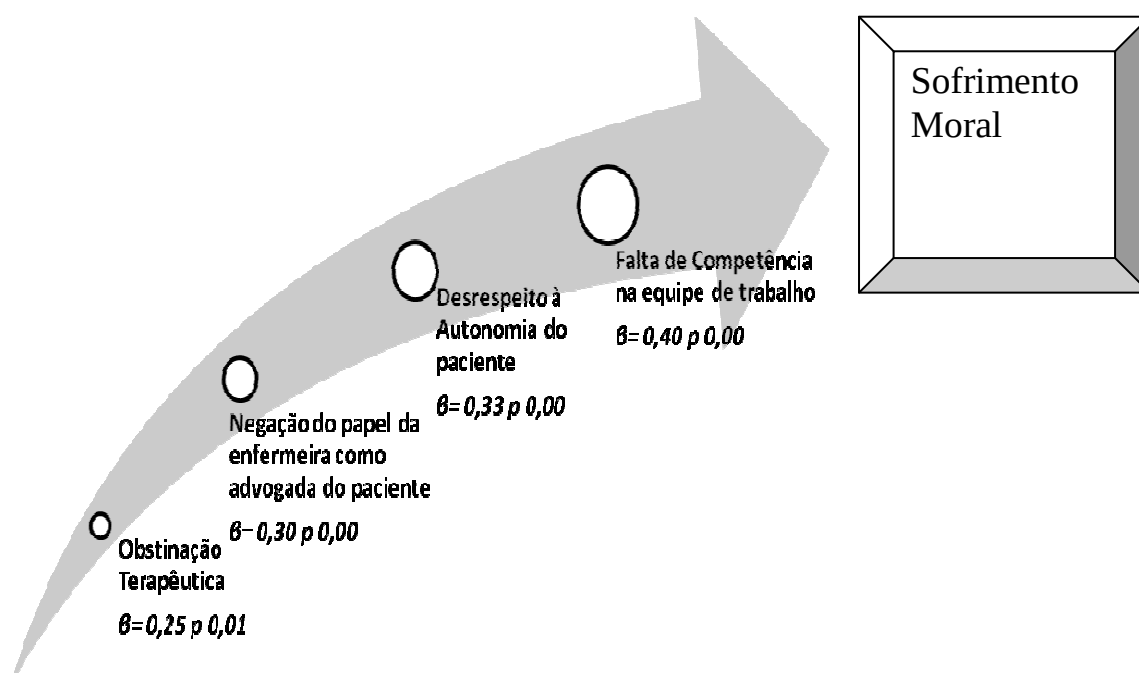
Tabela 20 - Análise de Regressão para as variáveis, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.

		B	β	T	Sig.
1	(Constante)	3,935		42,807	,000
	Falta de Competência na equipe de trabalho	,522	,400	5,652	,000
	Desrespeito à Autonomia do paciente	,430	,330	4,658	,000
	Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente	,395	,300	4,277	,000
	Obstinação Terapêutica	,330	,250	3,571	,001

Com os resultados apresentados na tabela 20, podemos perceber um índice de significância sempre menor a 5% ($p < 0,05$), demonstrando que todas variáveis encontradas possuem significância estatística. A ordem de influência para o sofrimento foi apresentada pelo índice β , demonstrando que a variável “Falta de competência na equipe de trabalho” é a que gera a percepção de maior sofrimento (0,40), seguida pelo “desrespeito à autonomia do paciente” (0,33), “negação do papel da enfermeira como advogada do paciente” (0,30) e por fim, a variável que remete à percepção do menor sofrimento é a referente às questões de “obstinação terapêutica” com índice β de (0,25).

A figura 2 apresenta o modelo de regressão apresentado no estudo, mostrando o impacto das variáveis e sua significância frente à percepção do Sofrimento Moral.

Figura 2- Modelo de Regressão, Rio Grande, RS, Brasil, 2009.



Observando o modelo, percebemos que, mais uma vez, a competência da equipe de trabalho destaca-se quando relacionada com o Sofrimento Moral. Como discutido inicialmente, essa competência assume, nesta pesquisa, uma grande influência da equipe médica, fato destacado pelas questões q-34 “trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer” e q-35 “trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que o paciente requer”.

Culturalmente, na área da saúde e na sociedade em geral, ainda, grande poder é atribuído ao médico sobre as decisões relacionadas à saúde, dentre elas, as de vida ou morte do paciente. Este poder, ao mesmo tempo que seduz, pesa e repercute na relação com as enfermeiras, sendo uma categoria profissional frequentemente excluída das decisões terapêuticas. Assim, muitos conflitos podem ser gerados, uma vez que a maior parte dos procedimentos são exercidos pelas profissionais de enfermagem (ESSLINGER, 2004). Nesta perspectiva, um profissional da saúde, em especial o médico, é considerado:

...como um pai dedicado que tem filhos dependentes e, com frequência, ignorantes e cheios de medo. O paternalismo sempre envolve alguma forma de interferência ou de recusa em aceitar as

preferências de uma outra pessoa acerca de seu próprio bem. Os atos paternalistas geralmente envolvem força ou coerção, por um lado, ou mentiras e manipulação ou ocultamento de informações, por outro (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.298).

Neste jogo de poderes, exercido desproporcionalmente entre equipe médica e equipe de enfermagem, é necessário equilibrar as forças no intuito de melhorar a qualidade de vida tanto dos pacientes como das profissionais. Esses conflitos, de forma negativa, podem influenciar nas percepções individuais, visto que as experiências pregressas de enfrentamento de conflitos e dilemas morais são possivelmente incorporadas no ato de decidir, em ambas categorias profissionais. Quanto mais ampla a base de experiências, mais facilmente serão identificados os problemas (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Considerando todos aspectos discutidos ao longo desta pesquisa, destacamos que diversos estudos sobre Sofrimento Moral tentaram, ao longo dos anos, explorar as experiências vividas por enfermeiras que trabalhavam em unidades de cuidados críticos ou semi-críticos. Esses estudos indicaram que as situações que comumente davam origem ao Sofrimento Moral estavam ligadas a tratamentos agressivos de pacientes terminais, exames desnecessários, decepção, tratamento inadequado por colegas, incompetência profissional, desequilíbrios de poder entre as profissionais da saúde e falta de apoio institucional (MCCARTHY; DEADY, 2008).

De forma positiva, estudos apontam que muitas enfermeiras utilizam estratégias para resistir ao impacto negativo do Sofrimento Moral, como o fato de compensar os pacientes após a percepção de algum mal. Entre as estratégias para resistir ao Sofrimento Moral, encontram-se: o auto-cuidado (com a percepção das limitações pessoais, a diminuição da carga diária de trabalho); visões mais positivas (suprimindo relações impróprias com colegas e pacientes); ações coletivas; retenção de valores éticos, utilizando como referência seus ideais originais do início da carreira (PETER; LUNARDI; MACFARLANE, 2004).

Ainda, o Sofrimento Moral pode ser visto também como um fator energizante, no sentido de visualizar as situações como a possibilidade de alcançar as metas profissionais satisfatoriamente, podendo contribuir para deixar os indivíduos mais atentos, reflexivos sobre a sua própria conduta moral, tentando em situações futuras sempre fazer o melhor do que já foi experienciado (LÜTZÉN *et al.*, 2003).

O Sofrimento Moral pode induzir a um processo de aprendizagem, também, quando as enfermeiras se tornam mais sensíveis moralmente e ficam mais atentas às dificuldades pessoais e institucionais para uma boa prática, repercutindo também na melhora da qualidade do cuidado prestado (CORLEY, 2002).

A capacitação dos indivíduos, tida como um procedimento cotidiano e institucional, parece um caminho viável para o despertar para a esfera moral dos problemas diários. Esta teria como finalidade ampliar os conhecimentos teóricos e práticos, capacitando a realização do trabalho de uma forma mais eficiente, além de objetivar desenvolver as competências profissionais e pessoais, como reflexão crítica e a construção de estratégias para melhorar a qualidade (PERES; LEITE; GOÇALVES, 2005).

Assim, o Sofrimento Moral necessita ser amplamente investigado para podermos compreender com maior amplitude este tema, uma vez que as pesquisas atualmente retratam apenas o componente moral dos problemas vivenciados pelas enfermeiras, esquecendo de voltar-se para as respostas psicológicas apresentadas pelas enfermeiras, além dos estilos de resolução e enfrentamento das situações. (CORLEY, 2002).

Quando as enfermeiras direcionam suas ações em direção à qualidade do cuidado dispensado ao paciente, executando o exercício real da advocacia pelos interesses deste e de sua autonomia, elas tornam-se mais protegidas em suas convicções e resoluções, podendo resguardar a si e ao próprio paciente. Neste enfoque, reforçar a competência profissional com discussão e reflexão sistematizada de temas éticos e bioéticos, referentes principalmente aos problemas morais vivenciados, quer sejam dilemas morais, incertezas morais ou Sofrimento Moral, pode capacitar de melhor maneira as enfermeiras para o enfrentamento de situações cotidianas em suas vidas profissionais, tidas como de difícil compreensão e posicionamento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, de caráter quantitativo, buscamos conhecer a intensidade e a frequência do Sofrimento Moral vivenciado pelas 124 profissionais enfermeiras respondentes, atuantes em quatro hospitais com diferentes características: dois filantrópicos, um público e um privado, utilizando-se de um instrumento criado por Corley *et al.*, (2001), composto por 38 questões fechadas relacionadas ao Sofrimento Moral, que permitia uma variação de zero a seis, numa escala de Likert. Elaboramos uma parte inicial de caracterização dos sujeitos e, ao final, uma questão fechada foi inserida, de modo a verificar o quanto de Sofrimento Moral era percebido no dia a dia da profissão, perguntando se “de um modo geral, as situações vivenciadas no trabalho me provocam Sofrimento Moral?”

A análise ocorreu em três momentos distintos: 1) análise descritiva; 2) análise de variância; 3) análise de regressão linear múltipla. Das questões resultantes após o período de análise, dezessete foram excluídas (muitas por não fazerem parte de nossa realidade) e 21 formaram as quatro variáveis apresentadas: **negação do papel da enfermeira como advogada do paciente; falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente; obstinação terapêutica.** Todas variáveis obtiveram unidimensionalidade.

Como principais achados, no que diz respeito a variável “falta de competência na equipe de trabalho”, percebida nesta pesquisa como a de maior intensidade de sofrimento e também com a maior frequência de ocorrência manifestada, o fato de trabalhar com alguns médicos que evidenciam pouca competência profissional é apontado como a fonte de intenso sofrimento para as enfermeiras.

Essa situação aparenta ter relação intrínseca com o fato de o médico ser ainda reconhecido como quem representa o maior poder em relação à terapêutica e ao diagnóstico, além do equivoco da equipe de enfermagem, que centraliza muitos cuidados de enfermagem em situação de dependência da ação médica, num modelo predominantemente biomédico. Assim, um profissional dotado de pouca competência pode ser capaz de provocar situações em que o paciente é exposto a riscos, ou mesmo prejudicado, desencadeando uma alta intensidade de percepção Sofrimento Moral nas enfermeiras frente a essas vivências.

Nesta variável, ainda, destacamos a percepção de Sofrimento Moral provocado pela vivência de situações relacionadas ao trabalho com técnicos e auxiliares de enfermagem que não possuem a competência que o paciente requer, assim como serviços de apoio em condições de fragilidade semelhantes, como a segunda e terceira maiores causas de Sofrimento Moral. Outras situações são referenciadas, como a de trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem sem a competência necessária e também o fato da enfermeira ser requisitada para cuidar de pacientes em que a própria profissional não se considera preparada para cuidar.

No que tange à variável “negação do papel da enfermeira como advogada do paciente”, as enfermeiras manifestaram suas frustrações frente ao fato do paciente ser abandonado em muitos momentos, sem que assumam a defesa de seus direitos, na negação de um papel de quem tem sido reconhecida como sua “advogada”: a enfermeira. Nesta variável, ajudar o médico que age de maneira incompetente com o paciente é apontado como a dimensão de maior sofrimento, uma vez que esses atos podem colocar em risco e comprometer a própria vida do paciente. Logo a seguir, em terceiro lugar nesta variável, mais uma questão relativa à equipe médica é apresentada, como o fato de permitir que estudantes de medicina executem procedimentos nos pacientes com a finalidade de aprimorar suas habilidades.

Essa situação provoca a percepção de grande Sofrimento Moral, uma vez que um conflito de interesses emerge, exigindo que a enfermeira tome providências. Se de um lado o estudante de medicina necessita aprimorar suas técnicas para uma melhor prática profissional, de outro, o paciente necessita de um tratamento humano e digno, sem exposição pessoal ou a situações de risco. Nestes casos, o Consentimento Livre e Esclarecido parece ser negligenciado, não sendo oferecidas informações fundamentais que proporcionem ao paciente decidir sobre o que pode ou não ser realizado no seu corpo.

Trabalhar com uma equipe de enfermagem que considera insegura, obedecer a ordens médicas de não dizer a verdade ao paciente, não reportar situações de fornecimento de medicação equivocada, acatar o pedido médico de não falar sobre morte com o paciente, não respeitar a privacidade do paciente e auxiliar ao médico após um procedimento de recuperação cardiorrespiratória não satisfatória também são apontados como fontes de Sofrimento Moral, nesta variável que apresentou o maior número de questões.

Podemos perceber que são múltiplas as situações em que a enfermeira deveria defender os direitos do paciente, realizando uma de suas funções fundamentais, no entanto, as situações cotidianas do ambiente de trabalho parecem oprimir em grande parte suas ações defensivas em relação ao paciente. A cada situação em que a enfermeira se abstém de defender o paciente, parece aumentar o distanciamento entre ambos, criando relações cada vez mais tênues e frágeis.

Na variável “obstinação terapêutica”, verificamos que as atuais práticas profissionais parecem contribuir para a existência de Sofrimento Moral. Nesta variável, são abordadas questões como seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele; dar início a procedimentos invasivos para salvar a vida quando se acredita que eles apenas protelarão a morte; executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais. Assim, a morte parece ser uma das barreiras mais temidas no ambiente hospitalar.

Se, por um lado, paciente e família temem muitas vezes comentar sobre o tema, dificultando o processo de morte e morrer, por outro, para a equipe médica e de saúde parece um fracasso quando ela ocorre. Esconder, negar e protelar ao máximo a morte são características atuais da ciência médica, que tornam o ser humano uma criatura cada vez mais fragilizada, não preparada minimamente para enfrentar a terminalidade.

Por fim, na variável “Desrespeito à autonomia do paciente”, são destacadas questões como: prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento em um paciente sem o seu consentimento informado ou de seu familiar, ignorar situações em que não foram dadas ao paciente informações adequadas para garantir o seu consentimento e acatar o pedido do médico de não discutir a reanimação do paciente em caso de parada, com sua família ou com ele próprio quando o mesmo possui discernimento. Nesta variável, mais uma vez percebemos que os interesses dos pacientes podem não estar sendo respeitados em sua totalidade, indo contra os princípios éticos vigentes.

Como a ética aponta para o exercício da autonomia, contribuindo, portanto, para a libertação e o empoderamento das pessoas, opor-se a esses valores pode ser um conflito de graves proporções. Atualmente, o conceito de liberdade parece ser aplicado fundamentalmente à implementação de possibilidades terapêuticas e não necessariamente ao paciente e a sua participação nas decisões.

Cada vez mais a obstinação se torna mais frequente; diariamente muitos pacientes perdem ainda mais suas autonomias e o direito de decidir sobre seus corpos, podendo ser abandonados até mesmo pelas enfermeiras que deveriam assumir a condição essencial de advogadas do paciente, mas muitas vezes não exercem até mesmo por suas perceptíveis faltas de competências, uma vez que são formadas para lidar com vida e não com a morte, mesmo que seja uma vida sem qualidade, mantida a qualquer custo.

É importante destacar que o Sofrimento Moral pode repercutir positivamente quando a profissional consegue reverter o sofrimento em atitudes em prol do paciente, fato já destacado pela literatura internacional. Quando a responsabilidade, advocacia e compromisso estão presentes nas enfermeiras, que aprendem com suas situações cotidianas e possuem uma maior maturidade ética, suas formas de enfrentamento do Sofrimento Moral as conduzem a melhores ações em relação ao seu papel frente os pacientes. Quando as profissionais pautam suas ações na ética, parecem estar mais esclarecidas em suas resoluções, adotando posturas mais coerentes. Neste sentido, destaca-se a relevância das Comissões de Ética institucionais, como um espaço para o qual podem ser canalizadas muitas das situações vivenciadas que provocam sofrimento moral nas trabalhadoras, tendo em vista a necessidade do seu enfrentamento e possível superação.

Em situações especiais, como as vivenciadas em unidades de UTI, atenção maior deve ser empregada, tanto pela equipe médica como pela de enfermagem, ao paciente e seus familiares, verificando com mais atenção as necessidades desses pacientes que ali se encontram desprovidos de sua autonomia. Nestes casos, a família deve ser o elo principal em relação às decisões, tentando aproximar os cuidados, os procedimentos terapêuticos e a qualidade de vida.

Podemos perceber, durante a análise, que há menor percepção de Sofrimento Moral por enfermeiras que realizam reuniões com suas equipes e com maior frequência. Ainda, podemos perceber diferenças estatísticas com índice de significância de 5%, nas UTIs, quando relacionado à situação da obstinação terapêutica, fato percebido nestas unidades com maior intensidade de Sofrimento Moral.

As circunstâncias de vida e morte, relacionadas ao processo de morte e morrer prolongado pelos avanços tecnológicos, nestes ambientes tornam-se ainda mais repletas de situações de incerteza moral, dilemas e também de Sofrimento

Moral; são situações de uma frequência de ocorrência bastante elevadas, merecendo melhor atenção e futuros estudos. Nestes ambientes, diferentemente, a percepção de Sofrimento Moral pela falta de competência profissional na equipe de trabalho não parece ocorrer, possivelmente, pela exigência de que profissionais que atuem em UTIS tenham a competência necessária e exigida.

Como limitações do estudo, apontamos a dificuldade em obter a devolução dos questionários entregues durante a fase de coleta deste estudo, especialmente em alguns hospitais que obtiveram menor taxa de retorno. Associado a esta limitação, destacamos ter realizado a validação de conteúdo apenas com mestrandas e ex-mestrandas do Programa de Pós-Graduação, que apesar de terem experiência hospitalar, podem não ter identificado incompreensões no instrumento, no conteúdo abordado, na linguagem adotada, o que poderia ter acontecido se validado com enfermeiras com diferente nível de formação, exigindo sua respectiva necessária adequação.

Neste sentido, ainda, apontamos possíveis diferenças culturais entre a realidade de saúde e de enfermagem do país em que o questionário foi originalmente desenvolvido e a nossa realidade, uma vez que algumas questões apresentadas no instrumento não parecem comuns em nosso meio, podendo ser consideradas complexas para análise das enfermeiras, dificultando o preenchimento do questionário. Em contra partida, possivelmente, outras situações mais próximas às vivências das enfermeiras não foram privilegiadas, caracterizando algumas situações moralmente relevantes não exploradas e já destacadas em outras pesquisas realizadas no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde – NEPES FURG.

A partir desse estudo, em que adentramos na realidade profissional das enfermeiras, verificando as situações vivenciadas cotidianamente que despertam a percepção do Sofrimento Moral, acreditamos que de forma mais ampla foi possível conhecer esse contexto, produzindo conhecimentos que podem ser utilizados em nossa realidade, contribuindo para reverter as dificuldades encontradas em possíveis transformações ou alternativas de mudanças.

Assim, consideramos relevante o desenvolvimento de um instrumento para medir o Sofrimento Moral, que contemple situações mais próximas à nossa realidade, identificadas a partir de achados de outros estudos qualitativos que também enfocaram problemas morais e Sofrimento Moral e principalmente dos

estudos já realizados em nossa realidade. Percebemos a necessidade de desenvolver um questionário voltado às profissionais de enfermagem, melhor adaptado às nossas características, medindo a percepção do Sofrimento Moral em suas múltiplas facetas e dimensões.

O trabalho demonstra a necessidade e a importância de realizar outros estudos sobre a ética, problemas morais e, em especial, Sofrimento Moral na enfermagem e na saúde, de modo a contribuir para a transformação da realidade, mediante o enfrentamento de situações do ambiente de trabalho, reconhecidas como aceitáveis, apesar de se caracterizarem como moralmente inadequadas por atentarem contra os direitos das pessoas, usuários e trabalhadoras.

REFERÊNCIAS

- AHLERT, A. **A eticidade da educação**: o discurso de uma práxis solidária/universal. Ijuí: Unijuí. 2003.
- ANSELM, M.L.; DUARTE, G.G.; ANGERAMI, E.L.S. Sobrevivência no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.4, p. 13-18, jul. 2001.
- ASSMAN, S.J. Crise ética e crise da ética a partir da pergunta pela ética profissional. In: COSTA, F.C.B.; BIANCHETTI, L.; EVANGELISTA, O. **Escola viva**: a construção do projeto político pedagógico do colégio de aplicação da UFSC. Florianópolis: NUP/CED/UFSC. 2003. p. 103-117.
- AUSTIN, W. *et al.* Moral distress in healthcare practice: the situation of nurses. **HEC Forum**, v.17, n.1, p.33-48, 2005.
- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG. 2003.
- BACKES, D.S. ; LUNARDI FILHO, W.D. ; LUNARDI, V.L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.2, p. 221-227, mar. 2006.
- BARLEM, E.L.D. *et al.* Percepções, sentimentos e dificuldades da equipe de enfermagem no cuidado a pacientes terminais idosos. **Enfermagem Brasil**, v.5, n.1, p.289-298, jan./fev. 2006.
- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F.; **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola. 2002.
- BISQUERRA, R.; SARRIERA, J.C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à estatística**: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed. 2004.
- BLONDEAU, D. Nursing art as practical art: the necessary relationship between nursing art and nursing ethics. **Nursing Philosophy**, v.3, n3, p.252-259, Oct. 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de ética em pesquisa. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- BULHOSA, M.S. **Sofrimento moral no trabalho da enfermagem**. Rio Grande: FURG, 2006. 82p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande 2006.
- CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed. 2003.
- CARVALHO, K.K. **A obstinação terapêutica como uma questão ética**. Rio Grande: FURG, 2005. 100p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de

Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2005.

CHAMBLISS, D.F.; **Beyond caring**: hospital nurses, and the social organization of ethics. Chicago: The University of Chicago Press. 1996.

CHANEY, J.A. Autoconceito. In: POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**: conceitos, processos e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 335-375.

COHEN-MANSFIELD, J.; NOELKER, L. Nursing staff satisfaction in long-term care: an over-view. In: COHEN-MANSFIELD, J.; EJAZ, F.K.; WERNER, P. (editors). **Satisfaction surveys in long-term care**. New York: Springer, 2000. p.52-75.

COHEN, J.S.; ERICKSON, J.M. Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v.10, n.6, p.775-782, Dec. 2006.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: LIDEL. 1999.

CORLEY, M.C. *et al.* Development and evaluation of moral distress scale. **Journal of Advanced Nursing**, v.33, n.2, p.250-256, 2001.

CORLEY, M.C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. **Nursing Ethics**, v.9, n.6, p. 636-650, 2002.

CORLEY, M.C. *et al.* Nurse moral distress and ethical work environment. **Nursing Ethics**, v.12, n.4, p.381-390, 2005.

DALMOLIN, G.L.; LUNARDI, V.L. **O sofrimento moral para os trabalhadores de enfermagem no desempenho profissional**: aproximações e distanciamentos de duas realidades. Rio Grande: FURG, 2007. Monografia (Conclusão de Curso) - Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2007.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas. 1994.

DINIZ, D.; COSTA, S. **Morrer com dignidade**: um direito fundamental. Brasília: Letras Livres. 2004.

ELPERN, E.H.; COVERT, B.; KLEINPELL, R. Moral distress of staff Nurses in a medical intensive care unit. **American Journal of Critical Care**, v.14, n.6, p.523-530, Nov. 2005.

ESSLINGER, I. **De quem é a vida afinal?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FERNANDES, M.F.P.; FREITAS, G.F. Fundamentos da ética. In: OGUISO, T.; ZOBOLI, E. (Org.). **Ética e Bioética**: desafios para a enfermagem e a saúde. São Paulo: Manole, 2006. p. 27-44.

FERREL, B.R. Understanding Moral Distress of Nurses witnessing Medically Futile Care. **Oncology Nursing Forum**, v.33, n.5, p. 922-930, 2006.

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. Porto Alegre: Artmed. 2006.

GADOW, S. Existential advocacy: Philosophical foundation of nursing. In S. Spicker & S. Gadow (org.) **Images and ideals**: Opening dialogue with the humanities. New York: Springer. 1980. p. 79-101.

GARRAFA, V. **A dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública-USP. 1995.

GAVICAGOGEOASCOA, M. I. Futilidade Terapêutica. In: URBAN, C.A. **Bioética Clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 506– 523.

GORDON, S. Thinking like a nurse: you have to be a nurse to do it. **Nursing inquir**, v.9, n.1, p. 57-61, Mar. 2002.

GRACE, P.J. Professional advocacy: widening the scope of accountability. **Nursing Philosophy**, v.2, n.2, p. 151-162, Jul. 2001.

GUTIERREZ, K.M. Critical care Nurses' perceptions of and responses to moral distress. **Dimensions of critical care Nursing**, v.24, n.5, p.229-241, Sep./oct. 2005.

HAIR, J.F. **Multivariate data analysis**. New Jersey: Prentice-Hall. 1995.

HAM, K. Principled thinking: a comparison of nursing students and experienced nurses. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, v.35, n.2, p.66-73, Mar./Apr. 2004.

HAMRIC, A.B. What is happening to advocacy? **Nursing Outlook**, v.48, n.3, p.103-104, May. 2000.

HAMRIC, A.B.; BLACKHALL, L.J. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. **Crit Care Med**. V.35, N.2. p. 422-429. 2007

HARDINGHAM, L.B.; Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community. **Nursing Philosophy**, v.5, n.1, p.127-134, 2004.

HOGA, L.A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.38, n.1, p. 13-20, jan/mar. 2004.

HOLMES, D., GASTALDO, D. Nursing as means of governmentality. **Journal of Advanced Nursing**, v.38, n.6, p. 557- 565, Jun. 2002.

ISHMAN, M. Measuring information success at the individual level in cross-cultural environments. **Information Resources Management Journal**, v.9, n.4, p. 16- 28. 1996.

JAMETON, A. **Nursing Practice: The Ethical Issues**. Prentice-Hall: Englewood Cliffs. 1984.

JAMETON, A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **Clinical Issues**, v.4, n.4, p.542-551, 1993.

KÄLVEMARK, S. *et al.* Living with conflicts- ethical dilemmas and moral distress in the health care system. **Social Science & Medicine**, v.58, n.6, p. 1075-1084, Mar. 2004.

KELLY, B. Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v.28, n.1, p.1134-1145, 1998.

KOPALA, B.; BURKHART, L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v.16, n.1, p.3-13, Jan./Mar. 2005.

KOVÁCS, M.J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia**, v.14, n.2, p.115-116, 2003.

LUNARDI, V.L. *et al.* O Cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.6, p. 933-939, 2004.

LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho**: contribuições a organização do processo de trabalho da enfermagem. Porto Alegre: UFRGS, 1995. 287 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

_____. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Florianópolis: UFSC, 1998. 343 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

LUNARDI FILHO, W.D.; LEOPARDI, M.T. **O trabalho da enfermagem**: sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio Grande: EDGRAFURG. 1999.

LÜTZÉN, K. *et al.* Moral stress: synthesis of a concept. **Nurs Ethics**, v.10, n.1, p. 312- 322, 2003.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman. 2001.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MASIP, V. **Ética, caráter e personalidade: consciência individual e compromisso social**. São Paulo: EPU. 2002.

McCAFFREE, D. Moral distress and the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, v.34, n.12, p.3049-3050, Dec. 2006.

McCARTHY, J.; DEADY, R. Moral Distress reconsidered. **Nurs Ethics**, v.15, n.2, p. 254-262, 2008.

MIGOTT, A.M.B. **Cuidado construtivo: desvelando questões essenciais entre o agir ético e o técnico**. Passo Fundo: UPF, 2001.

MOBLEY, M.J. *et al.* The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. **Intensive and Critical Care Nursing**, v.23, n.1, p. 256-263, 2007.

MONTORO-RODRIGUEZ, J.; SMALL, J.A. The role of conflict resolution styles on nursing staff morale, burnout, and job satisfaction in long term-care. **Journal of Aging and Health**, v.18, n.3, p.385-406, Jun. 2006.

NEVES, M.P. Contexto Cultural e consentimento: uma perspectiva antropológica. In: PESSINI, L.; GARRAFA, V. (Org.). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 487– 498.

NIETSCHKE, E.A.; BACKES, V.M.S. A autonomia como um dos componentes básicos para o processo emancipatório do profissional enfermeiro. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v.9, n.3, p.133-152, ago./dez. 2000.

NOMURA, F.H.; GAIDZINSKI, R.R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.5, p. 648-653, set./out. 2005.

OGUISSO, T. Responsabilidade ética e legal do Profissional de enfermagem. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. (Org.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. São Paulo: Manole, 2006. p. 68- 90.

PAULETTI, G. *et al.* Percepções/posturas da equipe multiprofissional de saúde sobre a participação da família nas tomadas de decisão na assistência ao paciente terminal. **Enfermagem Brasil**, v.5, n.1, p. 12-19, jan./fev. 2006.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M.H.T. Trabalho em Equipe e Processo grupal. In: KURGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 108-124.

PERES, H.H.C.; LEITE, M.M.; GONÇALVES, V.L.M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho

profissional. In: KURGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 138-156.

PEREIRA, J. **Análise de dados qualitativos**: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 1999.

PESSINI, L. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola. 2001.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C.P.; **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola. 2002.

PETER, E.; MACFARLANE, A.; O'BRIEN-PALLAS, L. Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. **J Adv Nurs**, v.47, n.1, p. 356-364, 2004.

PINHEIRO, C.T.S. O paciente e seu Atendimento em Terapia Intensiva. In: BARRETO, S.S.M.; VIEIRA, S.R.R.; PINHEIRO, C.T.S. (Orgs.). **Rotinas em terapia intensiva**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 25- 30.

PINSONNEAULT, A.; KRAEMER, K.L. Survey Research in Management Informations Systems: An Assesment, **Journal of Management Information Systems**, v.36, n.1, p. 76- 91, Autumn. 1993.

RAINES, D. Values influencing nursing practice: responses from neonatal nurses. **J Soc Pediatr Nurs**, v.2, n.1, p. 20-41, 1997.

RAINES, M. Ethical decision making in nurses. **J Nurs Admin Healthc Law Ethics Reg**, v.2, n.1, p. 29-41, 2000.

ROSA, A.F. *et al*, Percepção das enfermeiras frente aos sentimentos de quem vivencia o processo de morrer e morte. **Rev. Ciência Cuidado e Saúde**, v.5, n.2, p. 204- 211, mai./ago. 2006.

ROSENFELD, C.L. Autonomia outorgada e relação com o trabalho: liberdade e resistência no trabalho na indústria de processo. **Sociologias**, v.5, n.10, p. 350-378, jul./dez. 2003.

SCOTT, A.P. Morally autonomous practice? **Advances in Nursing Science**, v.21, n.2, p.69- 79, Dec. 1998.

SEGRE, M.; COHEN, C. (org). **Bioética**. São Paulo: Edusp. 2002.

SELLI, L. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: Ed. da Unisinos. 2005.

SEVERINSSON, E. Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. **Nursing and Health Sciences**, v.5, n.1, p.59-66, 2003.

SILVEIRA, R.S. **A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético**. Florianópolis: UFSC, 2006. 225 p. Tese (Doutorado em

Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SIMONI, M. SANTOS, M.L. Considerações sobre o cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem Plural sobre o processo de trabalho de Enfermagem. **Rev Psicologia da USP**, v.14, n.2, p. 169-194, 2003.

SIQUEIRA, H.C.H. **Construção de um processo educativo através do exercício da reflexão crítica sobre a Prática Assistencial integrativa com um grupo de Enfermeiros de um Hospital Universitário**. Florianópolis: UFSC, 1998. 218f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SPORRONG, S.K.; HÖGLUND, A.T.; ARNETZ, B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. **Nursing Ethics**, v.13, n.4, p.416- 427, 2006.

TERESI, J.A. *et al.* Staffing patterns, staff support, and training in special care units. **Journal of mental health an aging**, v.4, n.1, p.443-458, 1998.

THIBAUT-PREVOST, L.; JENSEN, L.; HODGINS, M. Critical care nurses' perceptions of DNR status Image. **J Nurs Sch**, v. 32, n.1, p. 259–265, 2000.

WILKINSON, J.M. Moral distress in nursing practice: experience and effect. **Nurs Forum**, v.23, n.1, p.16- 29, 1988.

WEBSTER, G.C.; BAYLIS, F. Moral residue. The thics of mistakes in the practice of medicine. **Hagerstown, MD**: University Publishing. 2000.

ZUZELO, R.P. Exploring the Moral Distress of Registered Nurses. **Nurs Ethics**, v.14, n.3, p.343- 359, 2007.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Prezados Senhores,

Como aluno do Mestrado em Enfermagem da FURG orientado pela Professora Dra. Valéria Lerch Lunardi, venho por meio deste solicitar a sua autorização para desenvolver uma pesquisa intitulada “O ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO DA ENFERMAGEM” junto às enfermeiras de sua instituição.

Tenho como objetivo principal analisar a vivência de Sofrimento Moral pelas enfermeiras, relacionando a sua frequência e intensidade.

Em nenhuma situação as enfermeiras(os) ou sua instituição serão submetidos (as) a situações constrangedoras ou serão expostos (as) desnecessariamente.

Comprometo-me a garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos sujeitos envolvidos, bem como aos dados confidenciais que envolverem a instituição.

Assumo o compromisso ético de devolver-lhes os resultados deste estudo, tão logo seja concluído.

Ressalto ainda, que estou e estarei disponível para qualquer esclarecimento que se fizer necessário. A participação de sua instituição em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem que isso possa causar-lhe algum prejuízo.

Na certeza de contar com o seu apoio, desde já agradeço por esta oportunidade, firmando os laços de amizade e colocando-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Cordialmente
Edison Luiz Devos Barlem
Valéria Lerch Lunardi

Ciente. De acordo
Data:

Chefe de enfermagem:

Contato
Valéria Lerch Lunardi
e-mail: vlunardi@terra.com.br
Fone: (53)32338855

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) Enfermeiro (a):

Meu nome é Edison Luiz Devos Barlem, sou aluno do Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Pretendo iniciar juntamente a minha orientadora, Valéria Lerch Lunardi, uma pesquisa intitulada “ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO DA ENFERMAGEM: VISÃO DO ENFERMEIRO”, objetivando compreender a intensidade e frequência da vivência do Sofrimento Moral no exercício da profissão.

As informações coletadas serão utilizadas unicamente para os fins desta pesquisa, tendo caráter confidencial. Em nenhum momento esta pesquisa irá exercer influência em seu local de trabalho, uma vez que os dados serão de uso restrito dos pesquisadores.

Em nenhuma situação você será submetido (a) a situações constrangedoras ou será exposto (a) desnecessariamente. Na apresentação dos resultados será mantido o seu anonimato. Ressalto ainda, que estou e estarei disponível para qualquer esclarecimento que se fizer necessário. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem que isso possa causar-lhes algum prejuízo.

Com essa pesquisa acredito poder contribuir para a melhoria da enfermagem como profissão, enfocando o cuidado integral e humanizado do profissional e do cliente.

Você concorda em participar desse estudo e responder ao questionário?

Declaro ter sido esclarecido (a) acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, bem como acerca da liberdade para interromper a participação a qualquer momento sem que isso possa causar prejuízo a mim. Assim, autorizo a minha participação na pesquisa cujo título é “ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO DA ENFERMAGEM: VISÃO DO ENFERMEIRO”, executada pelo mestrando Edison Luiz Devos Barlem, e por sua orientadora Valéria Lerch Lunardi, professora do Departamento de Enfermagem.

Assinatura

Data/...../.....

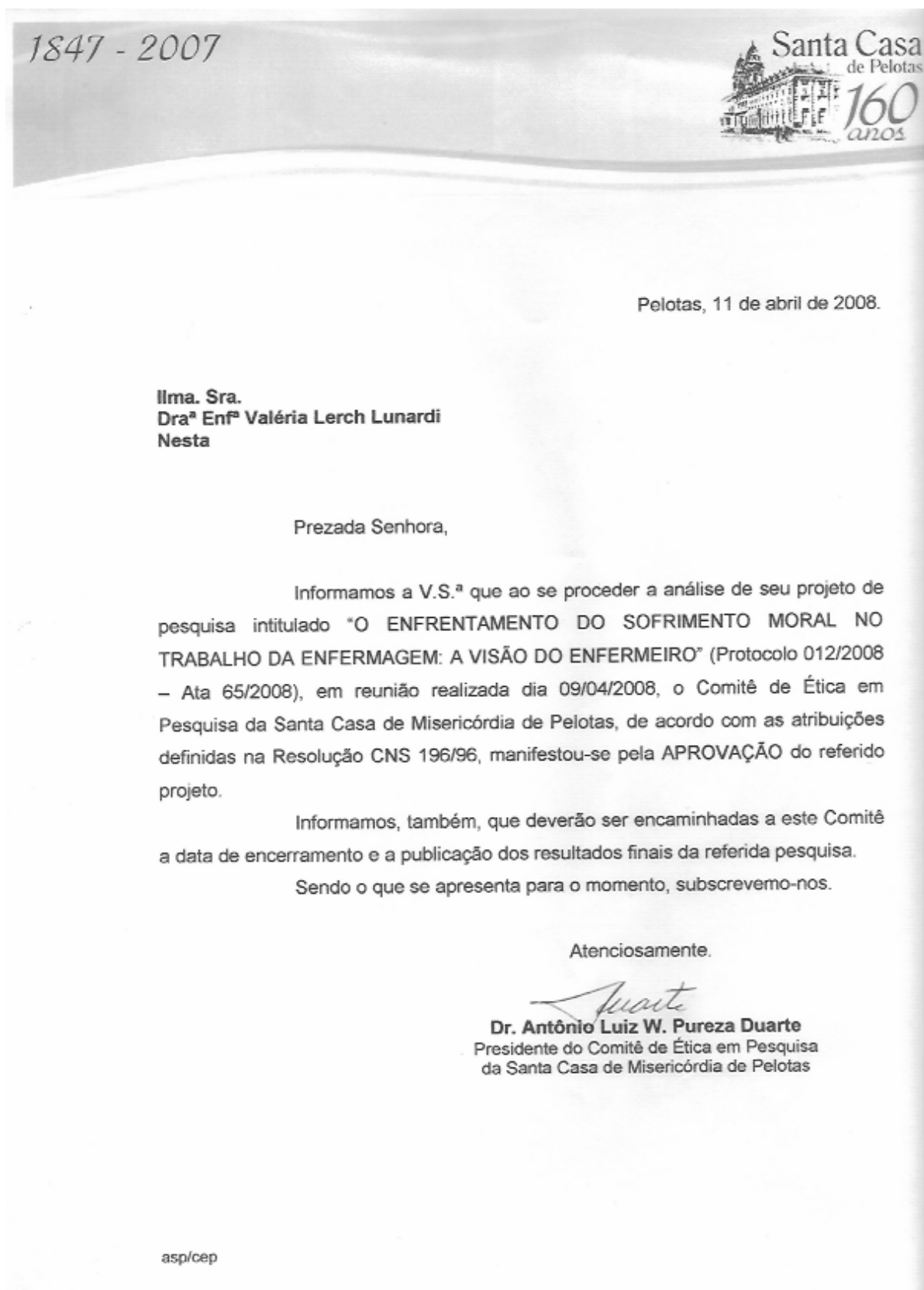
Contatos

Valéria Lerch Lunardi
e-mail: vlunardi@terra.com.br
Fone: (53)91087142/ 32338855

Edison Luiz Devos Barlem
e-mail: ebarlem@gmail.com
Fone: (53) 91648524

Anexo I

Ata de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Anexo II

ESCALA DE SOFRIMENTO MORAL

Instituição: _____ Tempo de atuação nesta instituição: _____

Unidade de trabalho: _____ Tempo de atuação nesta unidade: _____

Tipo de unidade: () SUS () Privada

Realização de reuniões na unidade de trabalho: () Sim () Não

Frequência: () Semanal () Quinzenal () Mensal () Semestral () Anual () Outra _____

Realização de reuniões com a equipe de enfermagem: () Sim () Não

Frequência: () Semanal () Quinzenal () Mensal () Semestral () Anual () Outra _____

Idade: _____ Ano de conclusão graduação: _____

Pós-graduação: Doutorado () Sim () Não
 Mestrado () Sim () Não
 Especialização () Sim () Não

Sofrimento Moral: define-se como uma sensação dolorosa e/ou desequilíbrio psicológico causados por uma situação em que:

- 1) você acredita que sabe qual a atitude **eticamente** apropriada a tomar, e
- 2) você acredita que não pode tomar tal atitude em razão de obstáculos institucionalizados, tais como falta de tempo, desinteresse da chefia, poder dos médicos, política da instituição ou limitações legais.

Esta escala, abaixo apresentada, mede suas percepções em duas dimensões:

- 1) intensidade de Sofrimento Moral e
- 2) frequência em que esta situação ocorre

As seguintes situações ocorrem na prática clínica. Estas situações **podem** ou **não** causar Sofrimento Moral a você.

Por favor, indique para cada uma das situações a seguir, a INTENSIDADE e a FREQUÊNCIA com que você vivencia **SOFRIMENTO MORAL**. *Por favor, responda marcando a coluna apropriada para cada dimensão:*

Sofrimento Moral & Frequência

