



EDISON LUIZ DEVOS BARLEM

**RECONFIGURANDO O SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM: UMA VISÃO
FOUCAULTIANA**

RIO GRANDE

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
RECONFIGURANDO O SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM: UMA VISÃO
FOUCAULTIANA

EDISON LUIZ DEVOS BARLEM

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

Orientadora: Dr^a. Valéria Lerch Lunardi

Co-orientador: Dr. Guilherme Lerch Lunardi

RIO GRANDE

2012

B257r Barlem, Edison Luiz Devos

**Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem:
uma visão foucaultiana / Edison Luiz Devos Barlem. –
2012.**

202 f.

Orientadora: Valéria Lerch Lunardi
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande,
Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Rio Grande, 2012.

1. Enfermagem. 2. Ética. I. Título. II. Lunardi, Valéria Lerch.

CDU: 616-083:174

EDISON LUIZ DEVOS BARLEM

**RECONFIGURANDO O SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM: UMA VISÃO
FOUCAULTIANA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 02 de março de 2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Helena Heidtmann Vaghetti

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

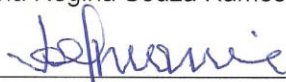
BANCA EXAMINADORA



Dra. Valéria Lerch Lunardi – Presidente (FURG)



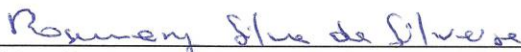
Dra. Flávia Regina Souza Ramos – Membro Externo (UFSC)



Dr. Joel Rolim Mancia – Membro Externo (IPA)



Dra. Helena Heidtmann Vaghetti – Membro Interno (FURG)



Dra. Rosemary Silva da Silveira – Membro Interno (FURG)

Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira - Suplente Interno (FURG)

DEDICATÓRIA

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 esposa, verdadeiro amor de minha vida, **Jamila**, companheira certa em todos momentos, repartindo as longas jornadas de estudo com comprometimento, alegria e amor.

Aos meus dignos pais e avós, **Lerci e Raul, Maria e Nelson**. Sem vocês eu não haveria de ter conquistado cada etapa, sem o amor de vocês eu não seria quem sou.

A minha eterna orientadora, amiga e madrinha de casamento **Valéria**, um exemplo único de inteligência, competência e dedicação que procurarei seguir para sempre. Da graduação ao mestrado e por fim doutorado, foi sempre a luz que me orientou e me permitiu ir sempre mais além.

AGRADECIMENTOS

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.

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 tese.

À Universidade Federal do Rio Grande – FURG, por me acolher não só na graduação, mestrado e doutorado, mas também pela oportunidade de hoje ser docente dessa instituição que considero como parte de mim.

A minha mãe, incansável conselheira, 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.

Ao meu pai, Raul, pela dedicação, amor e conselhos, por me auxiliar incondicionalmente nas horas mais conturbadas, quando tudo parecia ainda mais difícil. Meu amor e eterna gratidão.

A meus avós, 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, a paciência, o amor, a esperança, a dedicação e sobre o esforço. Hoje sou um reflexo de suas marcantes personalidades.

A minha esposa Jamila, por dividir sua existência junto a mim, trilhando os mesmos rumos, dividindo os sonhos e esperanças, construindo em conjunto a nossa trajetória pessoal e profissional. Teu amor me faz ir além.

A minha nova família, Ingolf, Elania e Jonathan, por compreenderem a distância e as horas de cansaço, por me darem alegria, paz e conforto sempre que precisei.

Aos meus familiares, estejam eles aqui ou em planos superiores, cada um teve importância vital em minha personalidade. O curso de minha vida em muitos momentos esteve nas mãos de cada um deles.

Em especial aos Professores e agora colegas da Escola de Enfermagem da FURG. Meu agradecimento e homenagem.

Aos ilustres professores Doutores Joel Mancia, Flávia Ramos, Helena Vaggetti, Rosemary Silveira, Ceres Arejano e Adriane Oliveira, pelas imprescindíveis contribuições ao longo do percurso.

A minha colega de graduação, mestrado, doutorado e por último, colega de trabalho na Escola de Enfermagem da FURG, Bárbara Tarouco, pelos conselhos e alegre convivência em todos momentos dessa longa jornada.

Aos meus colegas de Doutorado, por trocarem comigo seus conhecimentos.

Aos membros do NEPES, muito mais que um Grupo de pesquisa, uma verdadeira família.

Ao Anderson Almeida, Danielle Vidal, Luciana Botelho e Bianca Freitas pela disponibilidade de auxiliar nas coletas e tabulações desta Tese.

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

“Deus nos concede, a cada dia, uma página de vida nova no livro do tempo. Aquilo que colocarmos nela, corre por nossa conta”. *Chico Xavier*.

(...) o essencial é que o pensamento seja, por si mesmo e na espessura de seu trabalho, ao mesmo tempo saber e modificação do que ele sabe, reflexão e transformação do modo de ser daquilo sobre o que ele reflete. Ele põe em movimento, desde logo, aquilo que toca: não pode descobrir o impensado, ou ao menos ir em sua direção, sem logo aproximá-lo de si – ou talvez ainda, sem afastá-lo, sem que o ser do homem, em todo caso, uma vez que ele se desenrola nessa distância, não se ache, por isso mesmo, alterado.

Michel Foucault (1981, p. 343).

RESUMO

BARLEM, Edison Luiz Devos. Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana. 2012. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Sofrimento moral pode ser entendido como dor ou angústia que pode afetar a mente, o corpo ou as relações interpessoais no ambiente de trabalho, em resposta a situações nas quais a pessoa reconhece sua responsabilidade moral diante dos conflitos, faz um julgamento moral sobre a conduta correta, porém sente-se impotente para executá-la por constrangimentos, forças opositivas, reconhecendo como inadequada sua participação moral. Partindo do contexto atual da enfermagem brasileira, mediante utilização do referencial teórico-filosófico foucaultiano, foi defendida a seguinte tese: *os trabalhadores de enfermagem vivenciam situações que lhes provocam sofrimento moral e adotam estratégias de resistência para o seu enfrentamento*. Foram objetivos deste estudo: *elaborar e validar um instrumento que permita analisar a frequência e intensidade de sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem, contemplando elementos do seu cotidiano profissional; conhecer as estratégias de resistência adotadas pelos trabalhadores de enfermagem, diante de situações de enfrentamento do sofrimento moral, numa perspectiva ética*. O estudo foi desenvolvido em duas etapas, uma quantitativa e outra qualitativa. Na etapa quantitativa, a amostra constituiu-se de 247 profissionais das equipes de enfermagem de dois hospitais do sul do Brasil, um público e um filantrópico, aplicando-se a adaptação de um instrumento para verificar as situações que conduzem ao sofrimento moral. A análise obedeceu a três etapas: 1) análises descritivas; 2) análises de variância; 3) análises de regressão. Os resultados demonstram que o instrumento aplicado é válido e fidedigno, apresentando os requisitos necessários quanto a validade fatorial e consistência interna para ser utilizada em profissionais de enfermagem. Foram validados cinco constructos relacionados ao sofrimento moral, assim denominados: *falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente; condições de trabalho insuficientes; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente*. Identificou-se que a percepção de situações que conduzem ao sofrimento moral é intensificada em enfermeiros; em trabalhadores de enfermagem que atuam em instituições com maior abertura ao diálogo, que realizam reuniões de equipe, atuantes em unidades de atendimento SUS, com menores jornadas de trabalho e maior número de trabalhadores por pacientes. Na etapa qualitativa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com quinze profissionais de enfermagem de uma unidade de clínica médica do hospital público, escolhidos intencionalmente. Mediante Análise Textual Discursiva, foram construídas duas categorias: 1) *negação de si e do outro* – em que se percebe que os trabalhadores de enfermagem podem executar ações que se pautam predominantemente por imobilismo e conformismo, evitando enfrentamentos de quem representa o poder nas situações vivenciadas que lhes provocam sofrimento moral; 2) *possibilidade de cuidado de si e do outro* – em que os trabalhadores de enfermagem diante de situações que lhes provocam sofrimento moral exercem poder e resistência, seja com ações individuais, seja

coletivas. A enfermagem necessita ultrapassar as dimensões de imobilismo que, por vezes, se encontra, buscando formas concretas de modificação dos ambientes de trabalho resultantes do exercício de relações de poder e resistência, numa perspectiva ética e de relações construídas no coletivo.

Descritores: estudos de validação; poder; esgotamento profissional; ética de enfermagem; enfermagem.

ABSTRACT

BARLEM, Edison Luiz Devos. Reshaping moral distress in nursing: a foucaultian view. 2012. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Moral distress may be understood as pain or despair affecting mind, body or interpersonal relationships in the workplace, as a response to situations where in the face of conflicts one acknowledges his moral responsibility, makes a moral judgment on the correct approach but feels unable to carry it out, due to embarrassments and oppositional forces, so recognizing his moral participation as inadequate. From the Brazilian nursing current context and using Foucault's theoretic and philosophical reference frame, the following thesis has been defended: *nursing personnel experience situations leading the moral distress and to deal with this they adopt resistance strategies*. This study aimed: *to develop and validate an instrument to analyze the frequency and intensity of moral distress in nursing, considering factors of their professional routine; to understand on an ethical perspective, the resistance strategies adopted by the nursing staff, while facing situations of moral distress*. The study was conducted in the quantitative and the qualitative stage. In the quantitative one, the sample consisted of 247 professionals from the nursing staff of two hospitals in southern Brazil, a public and a philanthropist, introducing an adapted instrument to ascertain situations leading to moral distress. The analysis followed three steps: 1) descriptive analysis, 2) analyzes of variance, 3) regression analysis. Results show that the instrument used is valid and reliable, thus meeting the factorial validity and internal consistency requirements, to be used on nursing professionals. Five constructs related to moral distress were validated: *lack of competence in the work team; disregard for patient autonomy, inadequate working conditions, denial of the nursing role as patient's lawyer in end-of-life situations; denial of the nursing role as the patient's lawyer*. It was found that the perception of situations leading to moral distress is enhanced in nursing specialists; nursing staff working in institutions with greater openness to dialogue, which carry out team meetings, working at SUS (unified healthcare system) attendance units, with lower working hours and greater number of workers per patient. In the qualitative stage, semi-structured interviews were conducted with fifteen intentionally chosen nursing professionals, from an internal medicine unit of a public hospital. Through Textual Discourse Analysis, two categories were established: 1) *denial of self and other* – where we realized that, in situations leading to moral distress, nursing staff may carry out actions characterized mainly by inertia and conformism, avoiding confrontation with those in power; 2) *ability to care for oneself and for others* - in which, nursing staff in situations leading to moral distress, exercise power and strength, either through individual or collective actions. Nursing needs to overcome such levels of immobility, seeking practical methods to change work environments resulting from power and resistance exert, on an ethical and collective based relationships perspective.

Keywords: validation studies; power; burnout; nursing ethics; nursing.

RESUMEN

BARLEM, Edison Luiz Devos. Reconfiguración del sufrimiento moral en Enfermería: una visión foucaultiana. 2012. 202f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Sufrimiento moral puede ser entendido como el dolor o la angustia que puede afectar la mente, el cuerpo o las relaciones interpersonales en el ambiente de trabajo, en respuesta a situaciones en las cuales la persona reconoce su responsabilidad moral frente a los conflictos, haz un juicio moral sobre la conducta correcta, pero se siente impotente para ejecutarlo por constreñimientos, fuerzas de oposición, reconociendo como inadecuada su participación moral. Basado en el contexto actual de enfermería brasileña, a través de la utilización del referencial teórico-filosófico foucaultiano, fue defendida la siguiente tesis: los trabajadores de enfermería viven situaciones que le provocan sufrimiento moral y adoptan estrategias de resistencia para su enfrentamiento. Fue objetivo de este estudio: desarrollar y validar un instrumento para analizar la frecuencia y la intensidad del sufrimiento en trabajadores de enfermería, que comprende los elementos de su cotidiano profesional; conocer las estrategias de resistencia adoptadas por los trabajadores de enfermería, frente a situaciones de enfrentamiento del sufrimiento moral, en una perspectiva ética. El estudio fue desarrollado en dos etapas, una cuantitativa y otra cualitativa. En la fase cuantitativa, la muestra se constituyó de 247 profesionales de equipos de enfermería en dos hospitales del sur de Brasil, un hospital público y otro filantrópico, se aplicó la adaptación de un instrumento para comprobar las situaciones que llevan al sufrimiento moral. El análisis siguió tres etapas: 1) análisis descriptivos; 2) análisis de la varianza; 3) análisis de regresión. Los resultados revelan que el instrumento utilizado es válido y fiable, presentando los requisitos necesarios cuanto la validez factorial y consistencia interna para ser utilizada en profesionales de enfermería. Se validaron cinco construcciones relacionadas al sufrimiento moral, así denominadas: falta de competencia en el equipo de trabajo; desprecio por la autonomía del paciente; condiciones de trabajo inadecuadas; negación del papel del enfermero como abogado del paciente. Se ha identificado que la percepción de situaciones que conducen al sufrimiento moral se intensifica en enfermeros; en trabajadores de enfermería que trabajan en instituciones con mayor apertura al diálogo, que realizan reuniones de equipo, actuantes en unidades de cuidado SUS, con menos horas de trabajo y un mayor número de trabajadores por pacientes. En la etapa cualitativa, fueron realizadas encuestas semi-estructuradas con quince profesionales de enfermería de una unidad de clínica médica del hospital público, elegido intencionalmente. A través de análisis textual discursiva, se construyeron dos categorías: 1) negación del yo y del otro – en que se percibe que los trabajadores de enfermería pueden ejecutar acciones que rigen principalmente por la inercia y el conformismo, evitando choques de quien representa el poder en las situaciones vividas que le causan sufrimiento moral, 2) posibilidad de cuidar de sí y del otro – en que los trabajadores de enfermería frente a situaciones que les causan sufrimiento moral ejercen poder y resistencia, sea con acciones individuales, sea colectivas. La enfermería necesita transponer las dimensiones de la inmovilidad que, por veces, se encuentra buscando

formas concretas de modificación en el ambiente de trabajo resultantes del ejercicio de las relaciones de poder y resistencia, desde una perspectiva ética y de relaciones construidas en el colectivo.

Descriptores: estudios de validación, poder, agotamiento profesional, ética de enfermería, enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Caracterização dos locais de trabalho dos participantes da pesquisa.....	68
Quadro 2 - Relação de trabalhadores em relação ao número de leitos nos locais de trabalho dos participantes da pesquisa.....	69
Quadro 3 - Definições das variáveis utilizadas na análise dos dados.....	79
Quadro 4 - Definições das variáveis utilizadas na análise dos dados.....	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Análise textual discursiva - unidades e níveis de categorização. 90

Figura 2 - Análise textual discursiva -unidades e níveis de categorização. 132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características dos sujeitos do estudo.....	75
Tabela 2 - Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax).....	79
Tabela 3 - Questões do MDS adaptadas ao contexto brasileiro.....	82
Tabela 4 - Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax).....	102
Tabela 5 - Média, desvio padrão e valores de correlação para os cinco constructos de sofrimento moral.....	103
Tabela 6 - Questões do MDS adaptadas ao contexto brasileiro.....	104
Tabela 7 - Índices de intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciado pelas situações representadas nas questões do instrumento validado.....	118
Tabela 8 - Comparação da percepção do SM segundo os tipos de unidade, hospital, realização de reuniões e categoria profissional.....	120
Tabela 9 - Análise de variância entre os constructos.....	121

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	19
1 IDENTIFICANDO AS ORIGENS DA TEMÁTICA PROPOSTA	22
1.1 POR QUE FOUCAULT?	22
2 CONCEPÇÕES TEÓRICAS.....	31
2.1 NASCE UM NOVO REGIME DAS RELAÇÕES DE PODER.....	31
2.2 GOVERNO DE SI E GOVERNO DOS OUTROS.....	37
2.3 RESISTÊNCIA: face permanente do poder.....	41
2.4 DISCURSO EM FOUCAULT.....	42
2.5 A INDISSOCIABILIDADE PODER/LIBERDADE: moral e ética para Foucault.....	45
2.6 CUIDADO DE SI E CONHECIMENTO DE SI: da antiguidade ao período cristão.....	49
2.7 MORTIFICAÇÃO DO EU: possível gênese do sofrimento moral na Enfermagem.....	52
2.8 SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM: desafios constantes para uma prática profissional ética.....	54
3 METODO.....	64
3.1 DELIMITAÇÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO.....	64
3.1.1 Etapa quantitativa.....	64
3.1.1.1 Tipo de estudo.....	65
3.1.1.2 Local do estudo.....	67
3.1.1.3 Informantes do estudo.....	69
3.1.1.4 Instrumento de coleta de dados.....	70
3.1.1.5 Coleta dos dados.....	73
3.1.1.6 Validação dos instrumentos.....	75
3.1.1.7 Análise dos dados.....	84
3.2 ETAPA QUALITATIVA.....	85
3.2.1 Tipo de estudo.....	85

3.2.2 Local do estudo.....	85
3.2.3 Informantes do estudo.....	86
3.2.4 Instrumento de coleta dos dados.....	86
3.2.5 Coleta dos dados.....	87
3.2.6 Análise dos dados.....	87
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	90
 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	 92
4.1 Artigo 1 - Características psicométricas do Moral Distress Scale (MDS) em profissionais de enfermagem brasileiros.....	93
4.2 Artigo 2 - Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem do sul do Brasil	111
4.3 Artigo 3 - Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência	128
 5 CONSIDERAÇÕES QUE NÃO SÃO FINAIS.....	 143
 REFERÊNCIAS.....	 149
ANEXOS	
APÊNDICES	

APRESENTAÇÃO

Vimos neste momento resgatar uma busca iniciada durante o período do mestrado, objetivando ampliar o conhecimento sobre o sofrimento moral no contexto brasileiro. Iniciamos refletindo acerca das principais dificuldades enfrentadas pela enfermagem brasileira no período atual, considerando que algumas situações cotidianas se constituem em problemas associados não apenas ao presente, mas, sim, que as mesmas se repetiram, adaptaram-se a mudanças históricas do contexto em saúde, e assim, vem se mostrando constantes ao longo do tempo.

Na sua construção histórica, evoluindo de atividade leiga e caritativa a uma prática científico-profissional, a enfermagem pode ser analisada e compreendida a partir de sua intensa ligação com a moral cristã em suas origens pregressas, reconhecida como marco fundamental de sua identidade. Dessa identificação, decorrem características importantes, tais como a necessidade de doação, atribuindo aos trabalhadores de enfermagem um legado histórico de docilidade, obediência, resignação, necessidade de salvação, por meio de um trabalho altruísta voltado ao cuidado dos seres humanos que pudessem estar vivenciando processos de doença (LUNARDI, 2004).

Na realização da dissertação de mestrado, pudemos perceber que diversas situações do cotidiano do trabalho pareciam repercutir em sofrimento e angústia para as equipes de enfermagem, merecendo destaque os conflitos de interesses e divergências entre pacientes, equipe médica e de enfermagem, as fragilidades para realizar um atendimento de qualidade, os atritos nas relações profissionais com as chefias, a insuficiência de trabalhadores de enfermagem, a precariedade de recursos materiais e a própria organização hospitalar predominantemente burocratizada, fria e desumana (BARLEM, 2009). Identificamos, ainda, que atrelado a tais situações, muitas vezes, é propagado um discurso de “falta de poder” da enfermagem como justificativa para a vivência desses eventos citados anteriormente.

Enfrentamentos diversos são exigidos aos profissionais de enfermagem, desde os referentes ao exercício da advocacia dos pacientes, dos interesses das instituições de saúde, até os relacionados aos próprios desejos e necessidades pessoais, muitas vezes esquecidos ou banalizados, relacionados ao exercício da

autonomia e das relações de poder nem sempre explícitos ou perceptíveis a olhos desatentos. A recorrência dessas situações leva à necessidade de repensar a enfermagem e suas práticas sob um prisma do poder, revendo relações e nossas ações em uma perspectiva ético-estética.

Olhando para trás, como quem busca entender a caminhada desenvolvida até o presente momento, da graduação ao mestrado e doutorado em enfermagem, verificamos a manutenção da chama viva dos princípios dessa profissão, que acreditamos existir desde o início da nossa formação. Diferentemente do que muitos profissionais de enfermagem afirmam, acreditamos que a enfermagem possa ser exercida com muito mais autonomia profissional, o que nos permite e estimula a empreender essa caminhada, buscando compreender o fenômeno do sofrimento moral (SM) na profissão e, ainda, de que forma os profissionais de enfermagem vem realizando, ou não, enfrentamentos numa perspectiva ética que culminem em potenciais benefícios aos pacientes.

As páginas a seguir apresentam o trabalho pautado, predominantemente em Foucault, correlacionando algumas de suas concepções ao SM. No **capítulo I, Identificando as origens da temática proposta**, apresentamos o tema SM e sua correlação com a perspectiva foucaultiana, evidenciando a tese proposta e os objetivos desse estudo. No **Capítulo II, Referencial Teórico**, apresentamos a concepção foucaultiana de Poder, Governabilidade, Resistência, Discurso, Moral e Ética, Cuidado de si e Mortificação do eu, além do SM e de suas implicações para a enfermagem. No **Capítulo III, Método**, descrevemos os caminhos metodológicos utilizados, demonstrando as técnicas empregadas para realização das etapas quantitativa e qualitativa desta tese.

No **Capítulo IV, Análise e discussão dos resultados**, são apresentados e discutidos os resultados no formato de três artigos. O primeiro, denominado “Características psicométricas do Moral Distress Scale (MDS) em profissionais de enfermagem brasileiros”, apresenta as características psicométricas do instrumento utilizado na etapa quantitativa desta tese, demonstrando os passos realizados durante o processo de validação de conteúdo e de constructo do instrumento. O segundo, intitulado “Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem do sul do Brasil”, apresenta a intensidade e frequência de ocorrência de SM na amostra de profissionais de enfermagem pesquisada. O terceiro e último artigo, cujo título é “Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e

resistência” apresenta a etapa qualitativa dessa pesquisa, que buscou analisar as formas de resistência utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem diante de situações que conduzem ao SM, em uma perspectiva ética.

O **Capítulo V**, denominado **Considerações que não são finais**, apresenta a síntese desta tese, destacando os principais achados e limitações das etapas quantitativa e qualitativa deste estudo. Encerramos com a confirmação da tese e da necessidade e importância de prosseguirmos realizando estudos sobre ética, relações de poder na enfermagem/saúde, problemas morais e, em especial, SM, de modo a contribuir para a transformação da realidade, mediante formas éticas de resistência a problemas morais do ambiente de trabalho, reconhecidos como aceitáveis, apesar de se caracterizarem como moralmente inadequados.

1. IDENTIFICANDO AS ORIGENS DA TEMÁTICA PROPOSTA

1.1 POR QUE FOUCAULT?

Como filósofo e historiador da realidade, Foucault demonstrou que o papel da filosofia, e por consequência do filósofo, era o de expor as situações cotidianas, de forma a problematizar a realidade e não de realizar, de maneira prescritiva, orientações focadas em determinados contextos. Problematizar, estranhar-se com fatos diários, com relações instituídas, intrigar-se com o que consideramos natural, uma vez que o perigo se encontra nas situações mais evidentes e banais; o autor defende a necessidade de revermos as racionalidades impostas pela sociedade e pela cultura (RABINOW; DREYFUS, 1995).

Seu recuo histórico a períodos da antiguidade não se limitou a propor que métodos já empregados fossem resgatados e reativados na atualidade; diferentemente, colocou-os como instrumentos que poderiam servir de ponto de partida para “analisar e transformar o que hoje se passa em torno de nós” (PORTOCARRERO, 2009, p. 250). Utilizando-se da historicidade como um recurso fundamental de análise, demonstrou a necessidade de uma consciência histórica para compreender o presente a partir dos sujeitos (LUNARDI, 1999).

Sua obra pode ser compreendida como um projeto investigativo sobre o sujeito e a verdade, em que suas primeiras caminhadas investigativas, arqueologia e genealogia, pesquisaram os modos de objetivação dos sujeitos pelos saberes modernos, e a última etapa, a genealogia da ética, resgatou o conceito do “cuidado de si”, buscando compreender os modos de subjetivação do próprio indivíduo (PORTOCARRERO, 2009).

Ser “sujeito”, numa visão foucaultiana, na concepção mais ampla da palavra, significa estar preso a própria identidade nas atitudes que venhamos a tomar, explicitando uma forma de dependência, de sujeitar-se e assujeitar-se ao outro, agindo, mas também tornando-se alvo de ações e de reações humanas, constantes, diretas, difusas, mutáveis e que possuem em comum a instabilidade. Nesse enfoque, compreender nosso tempo requer o estudo do indivíduo a partir de suas relações de poder, não considerando um ponto específico de origem ou de

localização deste poder, que é transversal, sem delimitação geográfica e que possui por objetivo a própria relação de poder enquanto tal (RABINOW; DREYFUS, 1995).

O termo poder nos incita ao risco de cometermos diversos mal entendidos e inconvenientes, principalmente relacionados a sua “identidade, forma e unidade”. Ao trazer à tona o termo poder, Foucault não deseja aludir “o poder”, como uma entidade suprema que garanta a manutenção de um status social ou mesmo uma unidade global de dominação, perpetuada por normas, regras ou leis estabelecidas pela sociedade (FOUCAULT, 1988, p.102).

Afinal, o que é “poder” para Foucault? Qual sua relação com o indivíduo e com a sociedade? Por que resgatar seus conceitos neste momento? Em sua obra, Foucault (1995, p. 246) afirma que “viver em sociedade é, de qualquer maneira, viver de modo que seja possível a alguns agirem sobre a ação dos outros. Uma sociedade sem ‘relações de poder’ só pode ser uma abstração”.

Assim, pensando em ações e reações no contexto da enfermagem, uma profissão que estabelece para os que a exercem, modelos que possibilitam um exercício reconhecido como ético, cabe, então, perguntar: *como os trabalhadores de enfermagem vêm enfrentando as dificuldades para exercerem eticamente a profissão?*

Para Foucault, o poder não existe sob a forma de substância ou algo que possamos possuir para uso exclusivo, manipulando e dominando os demais, mas, sim, deve ser entendido em sua dimensão relacional, em sua ampla capacidade de correlações de potência desenvolvidas sob a forma de afrontamentos, de astúcias, de lutas incessantes, formando cadeias sequenciais de condutas ou reforço das mesmas, transformando, modificando ou, mesmo, reforçando um determinado contexto onde se exercem ações humanas (FOUCAULT, 1988).

Estas relações de poder possuem o imediatismo como característica marcante, uma vez que direcionam seus atos ao inimigo mais próximo, mais iminente, questionando o próprio estatuto do indivíduo. Ao mesmo passo que permitem e se sustentam nas diferenças, segregam tudo aquilo que torna o indivíduo um indivíduo, separando-o de suas relações com os outros, fragmentando o cotidiano e ligando-o a si mesmo, reforçando sua própria identidade (RABINOW; DREYFUS, 1995).

A pergunta fundamental em relação ao poder, não é sobre o que realmente é o poder, afinal, mas sim: *de que maneira ele funciona? Que sistemas de*

diferenciação permitem que uns atuem sobre as ações dos outros? Que objetivos são perseguidos por trás de toda teia de ações e reações? Que modalidades instrumentais são utilizadas de forma que garantam a manutenção do benefício a certas instituições ou grupos sociais? Que racionalidades se escondem sob o véu de uma normalidade aparente, fortalecendo determinadas condutas?

Assim, mais uma vez questiona-se, por que usar Foucault? Com que objetivo aprofundar leituras, realizar estudos e reflexões baseadas nesse filósofo? Serão seus conceitos ainda atuais e aplicáveis à sociedade contemporânea? Qual sua contribuição quando seu pensamento é associado à enfermagem e seus problemas atuais? Quem afinal foi Foucault? Como seu legado intelectual ainda mantém-se tão vivo e atual? Como suas noções de poder podem ser entendidas no contexto da saúde? O que ele quis transmitir com suas obras e cursos no College de France? Enfim, como um filósofo que não prescrevia receitas ou impunha determinadas ações pode auxiliar a compreender a enfermagem, seu cotidiano de trabalho, os conflitos que vivencia, suas vivências de SM e possíveis formas de resistência ética?

Foucault nos possibilita uma visão otimista da realidade, quebrando tabus e desmistificando situações banais que, de tão simples e cotidianas, tornam-se imperceptíveis, podendo guardar em si os maiores desafios para o sujeito. Buscando reconhecer a sanidade na loucura, a liberdade através da opressão e a construção do indivíduo a partir de práticas subjetivadoras, Foucault não nos mostra um caminho, não nos oferece uma resposta fechada, mas, muito além disso, nos provoca e ensina a fazer perguntas, a formular novas indagações que desafiem o *status* que insiste em se manter. Devemos nos intrigar; olhar o cotidiano como algo não usual, realizando um estranhamento em relação a nossas próprias condutas, ações, relações e principalmente sobre o que pensamos ser.

Foucault revela que gostaria de incitar-nos a uma nova economia nas relações de poder, na utilização da resistência como um catalisador químico frente a toda relação de poder pouco esclarecida, obscura, tendo como ponto de partida o reconhecimento das estratégias de sujeição (RABINOW; DREYFUS, 1995). Busca a descoberta e desvelamento de tudo que está em torno de nós, convidando-nos permanentemente para darmos a máxima atenção a tudo o que parece natural, pequeno, banal, desinteressante ou obscuro, tal como nossas práticas diárias, os pequenos gestos que passam sem perceber por nossas tramas cotidianas, falas enunciadas por autores desconhecidos, silêncios significativos (LUNARDI, 1998).

A aparente naturalidade destes fatos nos leva a crer que nada existe de importante neles, que nada possuem de significativo em nossa construção pessoal ou mesmo na formação da sociedade. Ledo engano desvelado por Foucault que nos diz que os problemas mais específicos de nossa sociedade encontram-se justamente embutidos nestas singelas banalidades, construindo e sustentando práticas sociais que caracterizam nosso período de existência e, quem sabe, até, o nosso próprio existir (LUNARDI, 1998).

Esta análise nos permite refletir acerca de nossa própria história, tentando libertar nosso pensamento daquilo que nos sujeita silenciosamente, que nos forma e conforma, dando-nos a possibilidade de entender quais jogos de verdade nos temos permitido jogar como profissionais de enfermagem, afetando nossas formas de cuidar, dos outros e de nós, de pensar, agir, refletir sobre si, muitas vezes sentindo-nos incapazes de determinados atos. Foucault nos indica possibilidades de atuarmos sobre nossas próprias identidades, de refazermos nossa história, de rompermos com a hegemonia de discursos até então reconhecidos como únicas verdades, demonstrando que a questão crucial consiste em rechaçar a individualidade que nos tem sido imposta, buscando a construção positiva de um novo eu (RABINOW; DREYFUS, 1995).

Corroboramos com a necessidade de problematizarmos nossos cotidianos profissionais, tentando desvelar como nos temos construído e reconhecido como sujeitos pautados predominantemente por uma moral heterônoma, ainda alicerçada na obediência à outrem, mortificando-nos, diariamente, nossos desejos, nossa própria individualidade sem questionarmos quanto aos motivos dessas opções e ações (LUNARDI, 1998). Afinal, o que vem sustentando a manutenção de uma postura pessoal de sacrifício e de obediência ainda predominante no cotidiano do trabalho da enfermagem? Que jogos de poder nos direcionam constantemente à falta de expressividade e de competência política? De que maneira sofremos silenciosamente por não executarmos o que acreditamos ser o correto e, diferentemente, quantas vezes somos levados a realizar o que não acreditamos sem expressar resistência? (LUNARDI, 1998).

Esses questionamentos parecem justificar a necessidade de ter utilizado Foucault como referencial teórico e filosófico. Comparando suas atividades a de um diagnosticador da realidade, preciso como um anatomista e agressivo como um

cirurgião, Foucault fala do olhar constituído pela clínica, o que pode ser pensado em relação ao olhar que devemos dirigir a nossa história:

O olhar não sobrevoa um campo: ele bate em um ponto, que tem privilégio de ser o ponto central e decisivo [...], o olhar vai direto: ele escolhe, e a linha contínua que ele traça opera, em um instante, a divisão do essencial; ele vai além do que vê; as formas imediatas do sensível não o enganam; pois ele sabe atravessá-las; ele é desmistificador por essência. [...] O olhar é mudo como um dedo apontado, e denuncia. (FOUCAULT, 2008, p.123).

Tentando encontrar respostas para os problemas da atualidade, Foucault acredita que antes de sabermos se é possível produzirmos novas políticas de verdade, que realmente transformem e libertem ainda mais os homens, não devemos tentar modificar o que há na mente das pessoas ou reformar suas consciências. Antes, é necessário sabermos distinguir o que acontece agora, diferenciando as redes produtivas e os níveis de pertencimento, compreendendo as estratégias, reagindo e reconstituindo os fios condutores da vida em uma nova teia, fazendo com que se engendrem, uns aos outros (FOUCAULT, 1995).

O problema atual, relacionado aos indivíduos, à sociedade e a própria enfermagem, não é a política existente ou a verdade apregoada. Não se trata da necessidade de fazer circular novos conteúdos ideológicos que libertem os indivíduos do status estabelecido, nem de fazer nascer uma ideologia mais justa. Não se trata de libertar a verdade do sistema de poder, mas de desvincular o poder de verdade de certas formas atuais de hegemonia, modificando, assim, “o regime político, econômico, institucional de produção da verdade” (FOUCAULT, 1995, p.14).

Para tanto, Foucault recomenda um constante e intenso esforço do pensamento, situação que nos permite crer que as pessoas são muito mais livres do que imaginam ser. Esse quadro parece de extrema relevância se desejarmos responder a algumas questões fundamentais a nossas existências, como: *quem somos nós no presente? Como nos tornamos o que somos?*

Sua reflexão histórica sobre a moral na antiguidade e no período cristão é de fundamental valor para a ética contemporânea, apontando valores que poderiam ser transpostos ao presente, como uma maneira determinante de questionar nosso status atual, nossas práticas instituídas. Sua obra nos leva à “ação”, ao “mobilismo”, à “inquietação” constante que nos conduz a formas de vida como uma obra de arte, como uma estética da existência (PORTOCARRERO, 2009).

Tentando aludir a situações de nosso presente, Foucault apresenta uma possibilidade de entendimento para o contexto atual, afirmando que, para compreendermos nossa realidade, é necessário questionar “quais são as relações de poder mais imediatas, mais locais, que estão em jogo?”, de que forma alguns discursos tornam-se possíveis em determinados contextos ou mesmo de que maneira servem de suporte para manter determinadas ações? (FOUCAULT, 1988, p.109).

Articulando essas questões ao seu trabalho como filósofo, podemos perceber que sua obra está ligada definitivamente à elaboração da ética de um sujeito ativo e de amplas possibilidades, definidas principalmente pelas relações consigo próprio. Essas questões nos levam à compreensão de que ao refletirmos sobre os problemas da profissão, estamos lidando com algo muito maior do que uma análise de como as relações de poder se constroem e desconstroem na enfermagem e na saúde, avançando para o modo como os profissionais da enfermagem se transformam em sujeitos, se subjetivam e se constroem como seres éticos, dotados predominantemente de uma moral heterônoma (LUNARDI, 1998).

No exercício da profissão, vemos muito proximamente manifestações de dor, sentimos intensas alegrias e também profundos tormentos. Somos profissionais de enfermagem, e assim nos construímos como tal, esquecendo-nos, muitas vezes, que podemos fazer diferença nos ambientes em que atuamos. Predominantemente, pautamo-nos pela capitalização do tempo e, às vezes, sentimo-nos fracassados. Realizamos um serviço reconhecido verbalmente como “impagável” e não aceitamos facilmente agradecimentos, possivelmente por reconhecermos que o que fazemos corresponde apenas a nossas obrigações profissionais. No entanto, gradativamente, podemos sentir-nos desgastados, falidos, impotentes e em sofrimento, passando a agir de maneira diferente, frequentemente, afastando-nos dos pacientes, de seus cuidados e interesses pessoais (BARLEM, 2009).

Essas situações podem conduzir à vivência do SM, compreendido como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando enfermeiros 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 (JAMETON, 1984).

Assim, SM 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).

Naquela ocasião, buscando compreender as tênues linhas que envolvem essas relações de poder, muitas vezes conduzindo os profissionais de enfermagem em seus microespaços a vivenciarem o SM, mesmo sem identificá-lo, durante a dissertação de mestrado, realizamos um estudo buscando desvendar a intensidade e frequência de ocorrência de SM em enfermeiros do sul do Brasil (BARLEM, 2009).

Ao aplicarmos a escala denominada Moral Distress Scale (MDS) (ANEXO I), proposta por Corley *et al.* (2001) para verificar a vivência de SM em enfermeiros, foram identificados e validados quatro constructos relacionados à percepção do SM, definidos como: **negação do papel da enfermeira como advogada do paciente; falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente; e obstinação terapêutica** (BARLEM, 2009).

A falta de competência na equipe de trabalho foi o constructo que mais influenciou a percepção de SM, seguido pela negação do papel da enfermeira como advogada do paciente. Ao término do estudo, foi possível interpretar que o instrumento não parecia ter explorado suficientemente o SM relacionado aos problemas vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem no seu ambiente de trabalho, muitos deles relacionados a questões organizacionais já identificadas no seu cotidiano profissional como a insuficiência de profissionais e a precariedade de recursos materiais, (BULHOSA, 2006; BARLEM *et al.*, 2006) e a falta de autonomia profissional (SILVEIRA, 2006).

Do mesmo modo, outros questionamentos emergiram, tais como: *como os demais membros da equipe de enfermagem vivenciam SM no seu cotidiano de trabalho? Suas vivência de SM se assemelham às dos enfermeiros? Que estratégias poderiam, ou não, estar sendo construídas pelos trabalhadores de enfermagem para o enfrentamento das situações que lhes provocam SM?*

Resultados de pesquisa com profissionais de enfermagem de contextos distintos permitiram concluir que influências culturais, étnicas e até mesmo religiosas (principalmente relacionadas à etnia europeia e à tradição católica) podem repercutir em vivência de menor intensidade de SM, assim como em menor

sensibilidade moral frente as situações cotidianas (RANGE; ROTHERHAM, 2010). Dessa maneira, sujeitos em *diferentes contextos, culturas e sociedades podem vivenciar de forma singular o SM*, fato que pode dificultar ainda mais a sua compreensão e enfrentamento.

Diante desse panorama, buscando ampliar a compreensão sobre o fenômeno SM na realidade da enfermagem brasileira e suas formas de enfrentamento numa perspectiva ética, entendemos como necessário prosseguir investindo nessa temática, tomando como ponto de partida o instrumento de Corley *et al.*, (2001), aplicado e validado por Barlem (2009), além do conhecimento produzido pelas demais pesquisas realizadas no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES) (SILVEIRA, 2000; CARVALHO, 2005; BARLEM *et al.*, 2006; BULHOSA, 2006; SILVEIRA, 2006; POLL, 2007; DALMOLIN, 2007; BARLEM, 2009; DALMOLIN, 2009), o que possibilitou a elaboração de novas questões a serem incorporadas ao instrumento anteriormente validado.

Desse modo, explicitamos as seguintes questões de pesquisa:

Como analisar a frequência e a intensidade do sofrimento moral vivenciado por trabalhadores de enfermagem, contemplando problemas do seu cotidiano profissional?

Que estratégias de resistência têm sido adotadas pelos trabalhadores de enfermagem para seu enfrentamento numa perspectiva ética?

São **objetivos gerais** deste estudo:

- *Analisar a frequência e intensidade de sofrimento moral vivenciado por trabalhadores de enfermagem do sul do Brasil contemplando elementos do seu cotidiano profissional;*

- *Conhecer as estratégias de resistência adotadas pelos trabalhadores de enfermagem, diante de situações de enfrentamento do sofrimento moral, numa perspectiva ética.*

E os **objetivos específicos**:

- *Elaborar e validar um instrumento que permita analisar a frequência e intensidade de sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem contemplando elementos do seu cotidiano profissional;*
- *Analisar as características psicométricas do MDS adaptadas para a enfermagem brasileira.*

Apresentamos a **tese** a ser defendida e sustentada neste estudo:

Os trabalhadores de enfermagem vivenciam situações que lhes provocam sofrimento moral e adotam estratégias de resistência para o seu enfrentamento.

2 CONCEPÇÕES TEÓRICAS

Neste capítulo, apresentamos as concepções teórico-filosóficas da presente tese, a partir de Foucault. A obra do filósofo contemporâneo Michel Foucault, destaca-se, como o próprio autor referia, como uma caixa de ferramentas, já que afirmava que nenhuma teoria apresentava valor em si própria, a não ser se relacionada com um contexto e realidade específicas. Foucault nos desafia a pensar, a olhar com os olhos de um anátomo-patologista a realidade, dissecando-a, desmistificando-a. Assim, são abordados, a seguir, os principais conceitos utilizados nesse trabalho: *Poder, Resistência, Governabilidade, Discurso, Moral e Ética, Cuidado de si e Mortificação do eu* e, em sequência, é apresentado o SM.

2.1 NASCE UM NOVO REGIME DAS RELAÇÕES DE PODER

Inicialmente, é preciso enfatizar que Foucault não escreveu em sua obra uma “Teoria do Poder”; o que podemos encontrar é uma série de análises sobre o poder, na maior parte, históricas, enfatizando seu caráter produtivo e relacional. Apesar disso, é possível construir uma articulação dessas análises, do funcionamento histórico do poder, demonstrando o que Foucault denominou sua “filosofia analítica do poder” (CASTRO, 2009, p. 323).

Utilizar o termo poder pode gerar uma série de mal entendidos, principalmente ligados a sua unidade, forma e identidade. Falar em poder não significa falar em algo estático, enfatizando uma propriedade pessoal de certos indivíduos ou grupos específicos, muito menos de uma soberania do estado, mediante um conjunto de dispositivos capazes de garantir a sujeição dos cidadãos através da lei ou, se necessário, da violência e da censura. Também não pode ser entendido como “um sistema geral de dominação exercida por um elemento ou grupo sobre outro e cujos efeitos, por derivações sucessivas, atravessem o corpo social inteiro” (FOUCAULT, 1988, p. 102).

A escolha pelo poder não ocorreu de forma vaga; ao analisar fenômenos políticos da modernidade, Foucault percebe que nunca na história houve uma relação tão próxima entre as relações de poder e os processos de racionalização da sociedade. Neste sentido, o poder aparece como “uma extensão asfixiante dos processos de racionalização” (CASTRO, 2009, p. 323).

Poder deve ser entendido, primeiramente, como a multiplicidade de relações de força presentes em todas as ações humanas e em todas as suas organizações sociais. Caracteriza-se como um jogo que “através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte”, apoiando-as ou contrapondo-as uma as outras, criando cadeias de reações ou isolando-as entre si (FOUCAULT, 1988, p.102).

Em essência, “o poder não é algo que se adquire, arrebate ou compartilhe, algo que se guarde ou deixe escapar; o poder se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis” (FOUCAULT, 1988, p. 105). As relações de poder, possuem um papel inteiramente produtor, não apresentando características de superestruturas ou de simples proibições ou ordenamentos. Se gerarem estados de dominação, apresentam-se como frutos de constantes enfrentamentos sustentados intensamente pela interligação de atos e afrontamentos locais, que se ligam entre si, redistribuem-se no tempo e espaço e intencionalmente buscam alcançar determinados objetivos (FOUCAULT, 1988).

Sua localização é instável, amplamente modificável e dinâmica. Não existe algo “do” poder especificamente, ele não garante aos indivíduos um privilégio hereditário. O poder encontra-se em toda parte, não por encobrir todas as coisas, mas, sim, por derivar de tudo, por produzir e reproduzir efeitos encadeados de conjunto (FOUCAULT, 1988).

No cotidiano, “o exercício de poder não é um fato bruto, um dado institucional, nem uma estrutura que se mantém ou se quebra: ele se desdobra, se transforma, se organiza, se dota de procedimentos [...] ajustados” (FOUCAULT, 1995, p. 247). De forma ampla, o poder se traduz em conectividade entre sujeitos que estabelecem entre si diferentes modos de ser e estar no mundo, atestando a auto-existência e aplicando-se:

a vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele. É uma forma de poder que faz dos indivíduos

sujeitos. Há dois significados para a palavra sujeito: sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito (FOUCAULT, 1995, p. 236).

O poder não é uma substância misteriosa frente a que nos perguntamos “como” ocorrem seus efeitos, sem relacionar causas e uma origem. Dessa forma, indissociável ao poder é o fato de que o mesmo é exercido, reunindo “um quê, um porquê, e um como” (RABINOW; DREYFUS, 1995, p. 240). O poder se exerce, modificando, utilizando ou consumindo as coisas, ligado a aptidões instrumentais, a técnicas específicas que são mediadas por dispositivos instrumentais que podem ser definidos como “capacidades” (RABINOW; DREYFUS, 1995, p. 240).

Em suas transformações constantes, o poder designa relações, não apenas mecanismos; dessa forma, compreendemos que ao criticar o “poder” ou “a falta de poder”, situação bastante comum aos profissionais de enfermagem, aludimos a ações exercidas ou não exercidas por pessoas concretas, que sofrem e exercem constantemente influências de/em seus parceiros, sendo “um modo de ação de alguns sobre outros”, demonstrando que não existe algo como “o poder” ou “do poder” que não possa ser modificado ou revertido (RABINOW; DREYFUS, 1995, p. 242).

Torna-se importante destacar que o poder não exige o consentimento, um consenso, nem tão pouco requer a renúncia a uma liberdade. O poder pode ser o resultado de um consentimento anterior, a manifestação de um consenso não facilmente explicitado e exige apenas dois elementos básicos: que o outro “seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como sujeito de ação” e que, diante de todas relações de poder, sejam abertos campos de respostas, reações, efeitos e novas invenções possíveis (RABINOW; DREYFUS, 1995, p. 243).

Entendemos, então, que o uso das relações de poder não requer violência ou consentimento manifesto, pode ser também resultado de instrumentos ou efeitos específicos de ações, umas sobre as outras, inscrevendo-se no comportamento dos sujeitos, coagindo, incitando, desviando, facilitando, operando sobre o campo das possibilidades; ampliando ou mesmo limitando as ações e as condutas (RABINOW; DREYFUS, 1995).

Possui a característica de ser onipresente, não por possuir um privilégio de agrupar tudo sobre si, por ser algo intransponível, mas, sim, por estar presente em

toda parte, sempre que exista uma ação ou reação, provindo de todos lugares. Os chamados estados de poder, apesar de parecerem intransponíveis em leituras superficiais de determinadas realidades, nada mais são do que um suporte móvel de relações desiguais, induzindo estados de poder instáveis, localizados e mutáveis (FOUCAULT, 1988):

E “o” poder, no que tem de permanente, de repetitivo, de inerte, de auto-reprodutor, é apenas efeito de conjunto, esboçado a partir de todas essas mobilidades, encadeamento que se apóia em cada uma delas e, em troca, procura fixá-las (FOUCAULT, 1988, p. 102).

Não sendo nem uma instituição ou uma estrutura pré-estabelecida, nem mesmo uma potência imanente a poucos indivíduos detentores de uma faculdade especial, o poder “é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada” (FOUCAULT, 1988, p. 103). Essa definição deixa claro que o poder não é algo que se adquire, que seja compartilhado ou tomado de um determinado grupo, que possa ser guardado ou que seja possível deixar escapar (FOUCAULT, 1988, p. 102).

Assim, a grande diferença das análises de Foucault, é ver o poder de maneira capilar, nos micro espaços onde se exercem as relações humanas. O poder não é visto ou entendido como um bem, uma superestrutura ou parte de um contrato previamente estabelecido, mas, sim, um exercício constante, realizado através de jogos de poder. O poder se exerce, se desdobra, constantemente, criando ações e resistências em toda parte (CASTRO, 2009).

Poder que intervém no nível da materialidade, atingindo a mais concreta realidade dos indivíduos, ou seja, seu próprio corpo, e que se estabelece ao nível do próprio corpo social, fixando-se na vida cotidiana, sendo caracterizado, assim, como um micro-poder (FOUCAULT, 1995).

Distante de uma visão negativista, o poder é visto como uma positividade inerente ao ser humano, criadora de individualidades e subjetividades, uma vez que o indivíduo é ao mesmo tempo receptor e emissor de poder, através de um mecanismo que podemos associar a uma rede ou teia. Para Foucault, o sujeito não é apenas aquele ser submetido ou sujeitado ao controle, vontade ou dependência dos outros, mas também, é aquele ligado a sua própria identidade, ao conhecimento de si, estando sujeito a suas práticas cotidianas e a ações que lhe são peculiares (CASTRO, 2009).

Quando percebemos a existência de relações de produção na sociedade moderna, também é possível reconhecer a produção de sujeitos e individualidades. Baseado no modelo de acumulação capitalista, as análises propostas por Foucault pressupõem o desejo constante de criação de um sujeito que tenha ampla capacidade produtiva e restrita capacidade política, de modo a adequar cada indivíduo ao controle físico e mental que proporcionem docilidade e rendimento (FOUCAULT, 1997).

Se o desejo é a formação de individualidades, concluímos que as relações de poder realmente existem em toda parte, quer sejam nos atos entre a mulher e o homem, a criança e o adulto, aquele que teoricamente domina o saber e aquele que aparenta a ignorância: “na sociedade, há milhares e milhares de relações de poder e, por conseguinte, relações de forças de pequenos enfrentamentos, microlutas” (FOUCAULT, 1994a, p.231), sem que haja um imobilismo ou um estado permanente de dominação.

Essas relações de poder se encontram no nível da intencionalidade plena, calculadas e estruturadas para alcançar um objetivo prévio. São intencionais e evidentes em sua racionalidade e táticas muito explícitas em seus locais de ações, definidas como o “cinismo local do poder”, formando conjuntos, dispositivos de apoio que permitam sua propagação a todo instante, criando novos regimes de verdade (FOUCAULT, 1988, p. 105).

A verdade está ligada ao conjunto de dispositivos e procedimentos reguladores da produção da lei, repartindo, fazendo circular e funcionar seus enunciados sob a forma de regimes de verdade, ligados indissociavelmente a regimes de poder em que se apóiam (FOUCAULT, 1995).

Sua produção é realizada sob forte controle de aparelhos políticos ou econômicos, como os meios de comunicação, as universidades, sendo por fim, objeto constante de afrontamentos, de confrontos políticos e sociais. Há um combate ao redor da verdade, não que se chame verdade o conjunto de coisas verdadeiras que devem se fazer aceitar, mas ao contrário, “o conjunto de regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro, efeitos específicos do poder” (FOUCAULT, 1995, p. 13).

Dessa forma, podemos entender que a verdade não existe fora do poder, ou mesmo sem poder. Ela é produzida a partir do poder, utilizando-se de uma série de coerções e regulamentações, restando a cada sociedade um regime particular de

verdade, sua política geral dos discursos, acolhidos e aceitos como verdadeiros. A verdade é centrada a partir do discurso científico e das instituições que originaram sua existência. Torna-se assim, objeto, de várias formas, difundindo-se pelo corpo social e sendo amplamente consumida (FOUCAULT, 1995).

Por essas características, não existe de um lado o discurso do poder, verdadeiro, soberano e dominante, em oposição a outro discurso contraposto. Os discursos apresentam-se como elementos de uma estratégia definida, podendo existir discursos diferentes e opostos dentro de uma mesma estratégia, ou “circular sem mudar de forma entre estratégias opostas” (FOUCAULT, 1988, p. 112-3). Seus efeitos não são exteriores, mas ao contrário, imanentes a todas relações, compartilhados em todos pontos de mobilidade e desigualdade existentes, efeitos de partilhas, de fragmentações, de desequilíbrios (CASTRO, 2009).

Ainda, possuem um papel diretamente produtor, assumindo muito mais do que uma simples proibição ou condução de estratégia, estando ligados a inúmeros afrontamentos locais que se interligam entre si e podem, de acordo com sua intensidade e continuidade, gerar ilusórias percepções de grandes hegemonias ou estados de dominação (FOUCAULT, 1988). Os efeitos de dominação não são frutos de uma apropriação direta, de um governo totalizador, mas de disposições, manobras específicas, técnicas e táticas que desenvolvem através do poder, uma rede sempre móvel, transitória, tensa e que atua perpetuamente (FOUCAULT, 1997).

Partindo desses efeitos, podemos entender as noções de governo para Foucault, incitando modos de ação amplamente refletidos e calculados, fadados a agir sobre o campo de possibilidades dos indivíduos, sem violência ou luta brutal, mas conduzindo, desafiando, convidando constantemente a um jogo que voluntariamente serve de instrumento de poder. No entanto, resgatando os conceitos de poder, indubitavelmente a dimensão de governo dos seres humanos está fadada a andar de braços dados com o elemento liberdade, “não há, portanto, um confronto entre poder e liberdade, numa relação de exclusão; mas um jogo muito mais complexo” (FOUCAULT, 1995, p. 244).

2.2 GOVERNO DE SI E GOVERNO DOS OUTROS

Ao problematizar as relações de Poder, Foucault nos permite analisar as formas de subjetivação através das ações dos seres, compreendendo-se que do constante jogo de ações e reações, nasce o que chamamos de “jogos de poder”. Em um nível mais amplo, partindo do local para o social, é possível perceber que esses jogos fazem parte de uma série de técnicas específicas de governo, quer seja o governo pessoal de nossas próprias ações, ou seja, o “governo de si”, ou o governo das grandes massas sociais, também denominado “governo dos outros”. Da articulação de manobras, técnicas e estratégias existentes entre o “governo de si” e o “governo dos outros”, podemos verificar a existência do conceito de *Governabilidade* (FOUCAULT, 1995; FOUCAULT, 2010b).

Mas afinal, o que é governar? De que se trata a Governabilidade? Governabilidade pode ser considerada como o conjunto de procedimentos e técnicas empregadas para conduzir os homens (permitindo-nos pensar na existência de um governo no sentido mais amplo, quer seja o de uma família, de uma instituição, de um país ou das almas) e também a si mesmo (PORTOCARRERO, 2009).

Entende-se a partir do conceito de governabilidade que o poder é menos da ordem do enfrentamento de dois adversários ou dos compromissos assumidos por eles do que da ordem do governo exercido sobre os mesmos. Dessa maneira o governo torna-se um modo de ação singular no qual alguns instrumentos como a repressão ou a violência podem ser utilizados voluntariamente (FOUCAULT, 1994a), sem que seja esquecido, no entanto, que cada indivíduo deve ser reconhecido como um sujeito portador de determinadas possibilidades de reação (CASTRO, 2009).

A governabilidade decorre da ação de sujeitos livres que tentam direcionar e induzir a ação de outros, limitando suas liberdades, utilizando para isso, determinadas técnicas ou instrumentos. É possível afirmar que a governabilidade “constitui a materialidade mesma da ética” (FOUCAULT, 2006, p.141). Segundo Foucault, o termo “conduta” é o que melhor define essas relações, indicando que as relações de poder sempre exigem que o outro seja reconhecido como sujeito de ação até o final. Dessa forma, as relações de poder não são apenas a manifestação da renúncia à liberdade ou de um consenso de desistência frente a mecanismos de opressão, mesmo podendo ser suposta a sua existência (CASTRO, 2009).

Consideramos importante destacar um ponto de análise: “uma coisa é uma regra de conduta; outra, a conduta que se pode medir a essa regra. Mas, outra coisa ainda é maneira pela qual é necessário ‘conduzir-se’”, ou seja, a forma pela qual cada um deve se constituir como sujeito moral, com competência para se conduzir em diferentes contextos, não apenas como um indivíduo que age, mas sim, como protagonista de sua história pessoal (FOUCAULT, 1984, p.27).

Ao incluirmos a palavra conduta, utilizando sua acepção dupla como maneira de se portar ou forma de se conduzir, devemos também salientar que o poder somente pode manifestar-se na possibilidade de existência de uma reatividade, de livre reação, condição primária para a existência dos jogos de poder (FOUCAULT, 1995).

As relações de poder tornam-se, assim, o conjunto de ações que torna outras ações possíveis, levando a dimensão do governo à capacidade de conduzir condutas em indivíduos que possuem um campo de possibilidades e liberdades. Não são relações estagnadas e unilaterais, mas, sim, consensuais, forjadas através de ações específicas e mecanismos sutis, podendo existir tanto no contexto das populações, através da biopolítica, quanto no governo dos corpos, no aumento da sua produtividade e eficácia, através das disciplinas (CASTRO, 2009).

A disciplina é um conceito fundamental na obra de Foucault, demonstrando ampla relação com o poder e com a produção de subjetividades. A “disciplina, ao sancionar os atos com exatidão, avalia os indivíduos ‘com verdade’; a penalidade que ela põe em execução se integra no ciclo de conhecimento dos indivíduos” (FOUCAULT, 1997, p.174).

Podemos denominar “disciplinas”, ao conjunto direcionado de aptidões técnicas, acrescido de comunicações específicas e das estratégias de poder, articulados a um processo de formação e condução de condutas. As atividades que asseguram a disciplina, a ordem e o aprendizado dirigido de um determinado comportamento, usualmente desenvolvem-se a partir de uma série de comunicações reguladas, na forma de ordens, questionamentos, lições, exortações, signos de obediência e, também, através de estratégias de poder, como vigilância, hierarquização, punições ou recompensas (FOUCAULT, 1995). Acerca da disciplina e dos reforços de conduta, podemos concluir que:

a “conduta” é, ao mesmo tempo, o ato de “conduzir” os outros (segundo mecanismos de coerção mais ou menos estritos) e a

maneira de se comportar num campo mais ou menos aberto de possibilidade. O exercício do poder consiste em “conduzir condutas” e em ordenar a probabilidade (FOUCAULT, 1995, p.236-7).

Foucault define o campo das disciplinas como tecnologias utilizadas na ordenação das singularidades humanas, traçando táticas de poder que sejam ao mesmo tempo pouco custosas econômica e politicamente, e que possuam a intensidade máxima de duração possível, fazendo crescer a utilidade e docilidade dos sujeitos envolvidos (PORTOCARRERO, 2009).

Podemos chamar de disciplinas esses blocos em que capacidades técnicas são desenvolvidas em consonância com um jogo de comunicações e de estratégias diretivas (RABINOW; DREYFUS, 1995). Dessa maneira, entendemos por disciplina uma forma de exercício de poder que se torna uma verdadeira arte, distribuindo os sujeitos de acordo com suas identidades no espaço que lhes é configurado, não exercendo um controle totalitário sobre seus resultados, mas, sim, sobre os procedimentos adotados a cada um deles, singularizando cada um através de um sistema constante de vigilância e até mesmo de auto vigilância se considerado o conceito de *normalização* (CASTRO, 2009).

Mediante a disciplina, surge a possibilidade de *normalização* dos indivíduos. Ela acrescenta, multiplica ou substitui graus de normalidade, forma signos de onipresença do corpo social ao qual pertencemos, homogeneizando os indivíduos ao mesmo passo que os diferencia, segrega e classifica em classes. A normalização determina status, níveis, estabelece distancias entre os seres e torna úteis as diferenças por ela estabelecidas (PORTOCARRERO, 2009).

O mesmo indivíduo que, pelos seus atos e reflexões individualiza-se, no contexto, pode tornar-se sujeito às normas e formas de pensamento de um coletivo que se dissolve na multiplicidade. Assim, cada profissão, como a enfermagem, veicula “um discurso que será o da regra, não da regra jurídica derivada da soberania, mas o da regra ‘natural’, quer dizer, da norma; ‘definindo’ um código que não é o da lei, mas o da normalização” (FOUCAULT, 1995, p.189). Esse discurso, muitas vezes não percebido ou entendido como potencialmente intencional e disciplinar, pode vir a ser a forma primária de sujeição dos seres.

Essas normas possuem a capacidade de afetar os indivíduos que não se situam apenas no contexto de poder exercer ou não aquilo que lhes é permitido ou proibido, mas, sim, caracterizam os seres como normais ou mesmo anormais de

acordo com sua adequação ao conjunto de regras. Através da norma, a criação do louco e do são, do doente e do sadio são formas modernas de governar os corpos, técnicas que permitem o aumento da docilidade e utilidade desses indivíduos (CASTRO, 2009).

Múltiplas instituições existentes e reconhecidas socialmente, como o estado, a escola, a universidade, o hospital, as fábricas, são consideradas por Foucault como instituições disciplinarizadoras por sua natureza, sendo as primeiras instâncias reguladoras da normalização, das conduções e criações de subjetividade, repartindo, classificando, diferenciando e até mesmo hierarquizando os indivíduos (CASTRO, 2009). O poder em suas características microfísicas e capilares permite determinar como a disciplinarização atravessa os corpos e deixa a norma de maneira indelével gravada na consciência (FOUCAULT, 1990).

Dessa maneira, a disciplinarização acarreta um contínuo registro do conhecimento, produzindo um saber, que não pode ser considerado neutro, mas sim, político. É aí que surge uma das principais questões relacionadas ao indivíduo: o poder é sempre produtor de individualidades e o indivíduo nada mais é do que uma produção contínua do poder e do saber (FOUCAULT, 1995).

Torna-se uma forma de exercício de poder pautada em técnicas específicas, utilizadas amplamente a fim de “gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo, e majorar o efeito útil de seu trabalho, sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los” (FOUCAULT, 1995, p. 105).

Tem, como dispositivos, a arte de distribuir espacialmente os indivíduos de acordo com suas habilidades, suas individualidades, sua utilidade e docilidade específica. Tem a finalidade de exercer o controle sobre o desenvolvimento de determinadas ações, não apenas dos resultados, implicando para esse fim, uma vigilância contínua e perpétua dos indivíduos (FOUCAULT, 1995). A disciplina, assim:

É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder (FOUCAULT, 1995, p. 107).

2.3 RESISTÊNCIA: face permanente do poder

Numa visão foucaultiana, não existe relação de poder sem resistência, sem instabilidade, sem fuga ou escapatória, sem a possibilidade de uma inversão eventual da intensidade das relações de forças. Toda relação de poder implica, ao menos, no desejo de luta, do afrontamento que sonha em tornar-se uma nova relação de poder, inclinando-se a seguir a sua própria linha de conduta e desenvolvimento para tornar-se efetivamente uma estratégia vencedora (RABINOW; DREYFUS, 1995).

Qualquer luta travada, sempre será do domínio das resistências na rede do poder, alastrando-se por todo corpo social, ao qual ninguém escapa, todos estão envolvidos: “ele é uma luta, afrontamento, relação de força, situação estratégica. Não é um lugar, que se ocupa, nem um objeto, que se possui. Ele se exerce, se disputa. E não é uma relação unívoca, unilateral”, o que ocorre no poder, é que sempre e constantemente em suas disputas, “ou se ganha ou se perde” (FOUCAULT, 1995, p.15).

Assim, possibilidades de mudança na ordem do poder são realidades se as formas de aceitação ou de renúncia forem suprimidas e enfrentadas por aqueles que são conduzidos. É necessário para isso, um nível de consciência pessoal que permita compreender as tênues linhas que o poder trama na vida de cada indivíduo em suas múltiplas relações com outros seres, permitindo aos mesmos uma postura moral mais condizente com a prática a ser exercida (FOUCAULT, 1995).

Ao mesmo tempo em que as relações de poder não são estáticas, mas dinâmicas, não existe a impossibilidade de transformação ou transposição do que parece uma barreira. Dessa maneira, no campo da ação e reação, evidentemente, “onde há poder há resistência”. (FOUCAULT, 1988, p.105). Assim:

resistências, no plural, que são casos únicos: possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício; por definição, não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder (FOUCAULT, 1988, p.106).

As relações de poder só podem ser entendidas em meio a uma multiplicidade de pontos de resistência, manifestando-se nos papéis de adversários, de alvos, saliências ou desafios constantes. São difundidas de maneira irregular, distribuindo-

se como nós, focos específicos e transitórios como o poder, disseminando-se com mais ou menos facilidade em determinados locais ou contextos, “às vezes provocando levantes de grupos ou indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos tipos de comportamento”, determinados discursos que desejam assumir o status de verdade (FOUCAULT, 1988, p.106).

O próprio discurso pode assumir forma de resistência e carregar consigo o poder, podendo produzi-lo, reforçá-lo, e simultaneamente podendo ser a maneira mais potente de debilitá-lo e barrá-lo. Assim, “da mesma forma, o silêncio e o segredo dão guarida ao poder, fixam suas interdições; mas, também, afrouxam os laços e dão margem a tolerâncias mais ou menos obscuras” (FOUCAULT, 1988, p.112).

Liberdade, estratégia e resistência, o jogo constante formado por afrontamentos múltiplos, específicos e locais, por minúcias desenvolvidas pelo cálculo das probabilidades, nunca se situando em posição de exterioridade, de determinação superior, são os condicionantes da existência do poder (FOUCAULT, 1988).

Neste sentido, é sugerida uma nova forma de economia nas relações de poder, mais empírica e ligada às situações presentes, baseada em uma forma resistiva contra as diferentes modalidades de poder, consistindo em “usar as formas de resistência contra as diferentes formas de poder como um ponto de partida”. Dessa maneira, a resistência é utilizada como um “catalisador químico” de modo a esclarecer as relações de poder, localizar sua posição, descobrir seu ponto de aplicação e os métodos utilizados (RABINOW; DREYFUS, 1995, p. 234).

2.4 DISCURSO EM FOUCAULT

O termo discurso aborda um tema fundamental do trabalho de Foucault e assim como em todo seu percurso filosófico, possui uma série de alternâncias em suas concepções. Cronologicamente, em seus cursos e obras, a arqueologia assentou-se como seu primeiro referencial de análise, passando para a fase genealógica e por fim chegando a um momento clímax em que a ética e as práticas de si tornam-se os objetivos centrais de suas reflexões. Dessa maneira, o próprio

entendimento de discurso possui para Foucault as fases arqueológica, genealógica e por fim, ética (CASTRO, 2009).

Por arqueológica, remetendo sua concepção e articulação às obras *As palavras e as coisas* (FOUCAULT, 1966) e *A arqueologia do Saber* (FOUCAULT, 1969), entendemos a fase de análise do discurso principalmente ligada à modalidade textual, ficando explícito claramente que no entendimento de Foucault, a arqueologia “não é parente da geologia (como análise do subsolo) nem da genealogia (como descrição dos começos e das sucessões), ela é a análise do discurso na modalidade de arquivo”, entendendo por arquivo o jogo constante e mutável das regras que determinam o surgimento e desaparecimento dos enunciados de uma determinada cultura (FOUCAULT, 1999, p. 310).

A riqueza metodológica da arqueologia é evidenciada através de um diversificado número de regras e análises distintas, definindo o discurso como “conjunto de enunciados que provém de um mesmo sistema de formação; [sendo possível] falar de discurso clínico, discurso econômico, discurso da história natural, discurso psiquiátrico” (FOUCAULT, 1969, p. 122).

A medida que desloca sua noção de episteme para a de dispositivo, articulando seu entendimento de discurso com as relações de poder, com o conhecimento e as produções de verdade inerentes aos jogos de poder, verificamos em sua fase *genealógica* o entendimento de um discurso não mais da modalidade arquivo, voltando-se às formações discursivas, às ações e reações do viver cotidiano (FOUCAULT, 1969). São os discursos que se veiculam como dispositivos de normalização, que parecem fixar limites predeterminados, afrontam o próprio sujeito em sua subjetividade, tentando minar suas formas de resistência. Dessa maneira:

As práticas discursivas não são pura e simplesmente modos de fabricação dos discursos. Elas tomam corpo no conjunto das técnicas, das instituições, dos esquemas de comportamento, dos tipos de transmissão e de difusão, nas formas pedagógicas que, por sua vez, as impõem e as mantém (FOUCAULT, 1994c, p. 241).

Nas obras *A ordem do discurso* (FOUCAULT, 1970), *A vontade de saber* (FOUCAULT, 1988), *O uso dos prazeres* (FOUCAULT, 1984), *O governo de si e dos outros* (FOUCAULT, 2010a) e *Coragem de verdade* (FOUCAULT 2010b), ultrapassando os limites de dispositivos de poder contidos nos discursos, Foucault desloca seu entendimento de discurso para o campo da ética, da formação de

subjetividades e por fim, do falar parrhésico do discurso verdadeiro, articulado com as práticas pessoais mais íntimas de quem busca o cuidado de si, focando suas análises tanto nos campos discursivos como nos não discursivos, o que evidencia um perigo maior em relação ao controle e à intencionalidade.

Foucault tenta demonstrar o perigo dos discursos e da proliferação indefinida de seus efeitos; a ameaça dos discursos, presentes nas singelas frases veiculadas muitas vezes de maneira anônima e constituídas de significados nem sempre compreensíveis e claros. Muitas pessoas acreditam ser possível encontrar-se no discurso de maneira fácil e instantânea, como se o mesmo fosse uma simples margem que divide o sujeito do entendimento, através de águas calmas que seguem um curso sereno, tranquilo; como se desejássemos atravessar o lado do não entendimento para o do entendimento, bastaria o desejo.

Para Foucault, um olhar mais atento acerca do discurso e de suas propriedades indica a existência de um trajeto nem um pouco facilitado entre o sujeito e a compreensão, em uma jornada repleta de desafios provenientes do interior e também do exterior, do que existe de singular, terrível e até mesmo maléfico no discurso (FOUCAULT, 1970).

Os desafios são muitos, aparentemente simples, cotidianos, banais, inerentes ao viver. Ao menor grau de risco, o próprio desejo humano, sequioso de entendimento, parece afirmar que não desejaria “ter de entrar nesta ordem arriscada do discurso”, não sendo necessário constantemente decidir que caminho seguir, qual desafio primeiramente enfrentar, existindo apenas “uma transparência calma, profunda, indefinidamente aberta, em que os outros respondessem” às expectativas e “de onde as verdades se elevassem, uma a uma”, sendo apenas necessário se deixar levar como um “destroço feliz” que desliza tranquilamente ao sabor das águas (FOUCAULT, 1970, p. 7).

Os apelos a esse tipo de ilusão são inúmeros, escondidos entre os próprios dispositivos sociais. A escola, a universidade, o estado, a mídia, o hospital, as instituições em geral cumprem seu papel, dizendo de maneira sutil e camuflada que não é necessário temer o início da jornada que nos levaria ao entendimento, pois tudo estaria posto “na ordem das leis” (FOUCAULT, 1970, p. 7). No entanto, as instituições e o próprio desejo parecem ser réplicas de uma mesma inquietação que:

Diante do que é o discurso em sua realidade material de coisa pronunciada ou escrita; inquietação diante dessa existência

transitória destinada a se apagar sem dúvida, mas segundo uma duração que não nos pertence; inquietação de sentir sob essa atividade, todavia cotidiana e cinzenta, poderes perigosos que mal se imagina; inquietação de supor lutas, vitórias, ferimentos, dominações, servidões, através de tantas palavras cujo uso há tanto tempo reduziu as asperidades” (FOUCAULT, 1970, p. 8).

Com esta analogia, Foucault nos indica que em toda sociedade as produções discursivas são ao mesmo tempo controladas, organizadas, selecionadas e distribuídas por procedimentos determinados que buscam difundir seus perigos através da dominação dos acontecimentos “aleatórios” (FOUCAULT, 1970, p. 9). Opera-se, aí, o discurso no campo da ética e das práticas de si, da ligação do sujeito a uma forma de verdade, sendo necessário para a sua análise, um estranhamento dirigido, com um olhar atento e persistente (CASTRO, 2009).

2.5 A INDISSOCIABILIDADE PODER/LIBERDADE: moral e ética para Foucault

A reflexão Foucaultiana a respeito da moral e da ética é de fundamental importância para os problemas atuais, principalmente se entendermos seu recuo histórico como tentativa de resgatar elementos que nos permitam compreender como nos tornamos o que realmente somos hoje e, ainda, a que caminhos estamos nos dirigindo agora. Sua pretensão maior é pensar a ética como detentora de um eixo fundamental que constitui a relação que os indivíduos possuem consigo mesmos (PORTOCARRERO, 2009).

Para Foucault, a ambiguidade da palavra moral é notória, conforme apresentado no livro “Uso dos Prazeres” (FOUCAULT, 1984). Entende-se por moral o conjunto de regras ou valores propostos aos indivíduos por intermédio de uma extensa gama de aparelhos prescritivos, como a família, as instituições educativas, as igrejas. Essas regras podem ser facilmente compreensíveis e de ampla divulgação entre os sujeitos, através de códigos morais previamente definidos. No entanto, como margem para a transgressão, essas regras podem se transmitir de maneira difusa, obtusa, permitindo certas escapatórias ao passo que se anulam, corrigem, sobrepõem umas às outras (FOUCAULT, 1984).

Também pode ser chamado moral o comportamento real dos indivíduos, a forma como se conduzem mais ou menos corretamente em relação aos princípios, obedecendo ou resistindo “a uma interdição ou a uma prescrição; pela qual eles respeitam ou negligenciam um conjunto de valores, [...] da qual eles têm uma consciência mais ou menos clara”, definindo-se aí a “moralidade dos comportamentos” (FOUCAULT, 1984, p. 26).

Existem múltiplas possibilidades para nos conduzirmos moralmente frente a um determinado código, sendo possível não atuar somente como um agente, mas como um verdadeiro sujeito moral de cada ação. Essas possibilidades podem fazer referência a diversos pontos, entre os quais pode ser citada a *determinação da substância ética*, ou seja, que parte de cada indivíduo estará ligada indissociavelmente a sua conduta moral, que princípio pessoal movimenta cada indivíduo como um sujeito de ação (FOUCAULT, 1984).

A ação moral é indissociável das formas de atividade sobre si, sendo parte resultante da constituição pessoal do sujeito, de sua transformação, de seus modos particulares de subjetivação e de sua ascética. Pode ser definida, ainda, como o conjunto de valores, normas e regras que são prescritas aos indivíduos por meio de diferentes aparelhos prescritivos, como a família, a escola, o hospital, as leis, compondo um verdadeiro e extenso código moral (FOUCAULT, 1984).

São apontados três componentes específicos da moral: o *código moral*, composto pelos conjuntos prescritivos propostos pela família, instituições educacionais, sociedade e demais aparelhos prescritivos; a *moralidade dos comportamentos*, sendo o comportamento real dos indivíduos frente aos valores propostos; a *ética* propriamente dita, reunindo simultaneamente as práticas e as técnicas de si (PORTOCARRERO, 2009).

Estas características significam que, para Foucault, uma ação moral não é apenas um ato ou a repetição constante de uma conduta frente uma regra, lei ou valor, mas algo mais intenso e profundo, ligado a uma relação de si, a uma constituição pessoal de si como experiência viva de sujeito moral. Para tanto, cada ser age sobre si, procura conhecer-se, transformar-se e definir para si um modo específico de viver e estar no mundo que vale como sua realização moral (PORTOCARRERO, 2009).

Foucault discute a ética diferenciando-a da moral, utilizando-se para isso das figuras outrora apresentadas nas culturas antiga e posteriormente no modelo cristão.

Sua compreensão de ética determina um modo de vida pessoal em que bem e bom não são contraditórios entre si e que os indivíduos não se sujeitam apenas aos elementos adotados como regras universais, racionalidades previamente dadas. Sua noção de ética parte do campo da transformação pessoal, da estilização da vida, deslocando as fronteiras morais que apenas agrilhoam os seres (PORTOCARRERO, 2009).

Em um retorno histórico calculadamente definido, tentando evidenciar semelhanças com a atualidade, Foucault resgata a figura da ética grega, baseada na escolha pessoal, na estética da existência. A idéia de que a ética pode ser uma forte estrutura da existência, sem nenhuma relação com o jurídico por si, com o autoritarismo ou com a disciplinarização, é algo semelhante ao período que nos encontramos. Atualmente, aparentemente no sentido de buscar uma vida de maior beleza, a sociedade busca libertar-se da repressão, seja qual for a sua natureza (ESCOBAR, 1984).

Na obra “*Uso dos Prazeres*” (FOUCAULT, 1984), Foucault apresenta quatro aspectos importantes que compõem a ética, distinguindo seu entendimento e aplicabilidade na moral antiga e na moral cristã. O primeiro seria a *ontologia*, a determinação da substância ética a ser trabalhada. Neste aspecto, cada indivíduo necessita considerar que parte de si é o material principal utilizado para a sua conduta moral, como podemos verificar na *aphrodisia*, o desejo no período antigo, ou a carne e a tentação na moral cristã. O segundo elemento, a *deontologia*, diz respeito ao modo particular de sujeição às regras e à necessidade ou não de obediência frente sua prática, fato que nos remete às modalidades de uso na moral grega e à obediência inquestionável apresentada pela moral cristã (FOUCAULT, 1984).

O terceiro elemento diz respeito a *ascese*, ou seja, as formas empregadas ao labor ético que permitem não somente a adequação dos comportamentos conforme as regras, mas tentam transformar os sujeitos em sujeitos morais de suas condutas. Na moral grega, verificamos os princípios da mestria de si, enquanto que na moral cristã presenciamos novamente a obediência incondicional à figura de um líder (o grande pastor) que conduza aos verdadeiros caminhos, decifrando até mesmo a necessidade das almas e a hermenêutica mais profunda dos desejos (FOUCAULT, 1984).

Por fim, a *teleologia do sujeito moral* constitui-se como quarto e último elemento, cuja finalidade é a construção terminal do sujeito moral, caracterizando as subjetividades mais íntimas e o modo de ser particular de cada um. Na moral antiga ela se constituía na busca ativa pela liberdade, pela busca *parrhesista* pela verdade, enquanto que na cristã, objetivava o encontro da pureza a partir da renúncia de si, da mortificação do eu (FOUCAULT, 1984).

Traçando um paralelo entre ética e moral para Foucault, verificamos que a ética seria a substância pela qual o indivíduo usa sua liberdade e se transforma, constituindo-se como sujeito moral de seus próprios atos, de sua existência. Essas formas de subjetivação são um trabalho constante de modificação de si, ligadas ao princípio da *Epimeléia Souci* (cuidado de si) e a *Parrhesia* (coragem de verdade, o falar verdadeiro) (FOUCAULT, 2010a; FOUCAULT, 2010b).

Essas formas não funcionam separadamente, apesar de estarem ligadas a determinados tipos de transformação nos indivíduos, a grupos específicos de atitudes. Na relação do eu com o outro, articulam-se as técnicas de si e as técnicas de poder, podendo-se afirmar o conceito de governabilidade como o principal conceito operatório para a existência social (PORTOCARRERO, 2009).

Um aspecto fundamental apontado por Foucault, em relação às receitas morais, é o tipo de relação estabelecido consigo próprio, o “*rapport à soi*” por ele denominado de ética. Na relação consigo, aponta como fundamental algumas indagações, tais como: sobre qual aspecto ou parte de si mesmo está ligada a conduta moral? Ou seja, que atos ligados ao prazer ou desejo, que distintas partes de nós mesmos estão relacionadas aos nossos julgamentos éticos? (situação que denomina substância ética) (ESCOBAR, 1984).

Ainda, de que modo as pessoas são convidadas ou levadas a reconhecer suas obrigações morais, quais são os modos de assujeitamento? De que maneira podemos nos modificar a fim de nos tornarmos sujeitos éticos? O que devemos fazer para moderar nossas ações, frear as paixões e decifrar o que realmente somos? O que aspiramos ser quando nos comportamos de uma forma moral? Nos tornaremos imortais, puros, livres ou senhores de si? (ESCOBAR, 1984). Essas questões nos conduzem a uma parte determinante da obra de Foucault, relacionada à construção dos sujeitos: o resgate histórico do “cuidado de si”.

2.6 CUIDADO DE SI E CONHECIMENTO DE SI: da Antiguidade ao período cristão

Nesta etapa do trabalho, resgatando conceitos da ética em uma perspectiva de uma estética da existência, a partir de Foucault, procuramos expor as formas utilizadas na antiguidade para a autotransformação do sujeito, através da produção de verdades que atuassem em novos estilos de vida e de governo de si e dos outros (PORTOCARRERO, 2009). Essas formas, apresentadas sob aspectos de técnicas específicas, garantiriam ao homem um sentido de conversão em que seria possível ao sujeito seu próprio controle e autolimitação: “constituir-se como sujeito que governa implica que se tenha constituído como sujeito que cuida de si” (FOUCAULT, 1994b, p.280).

Em seu resgate sobre o tema, Foucault afirma que podemos dividir a existência das técnicas em quatro matrizes tecnológicas básicas, cada uma das quais com sua razão e determinação prática: 1) *tecnologias de produção*, permitindo a manipulação, transformação e produção das coisas; 2) *tecnologias de significação*, que nos permitem dar sentido às coisas, através de significações, signos ou símbolos; 3) *tecnologias de poder*, que determinam as formas de conduta dos indivíduos, ação e reação que objetivam o sujeito e podem repercutir em níveis de dominação específicos; 4) *tecnologias do eu*, que permitem ao indivíduo com ou sem ajuda de outros, realizar operações sobre o próprio corpo e alma, obtendo uma transformação de si através do trabalho constante sobre o pensamento, sobre sua conduta ou qualquer forma pessoal de ser, alcançando relativo estado de felicidade e realização pessoal (FOUCAULT, 1990).

Essas quatro matrizes de tecnologia quase nunca conseguem funcionar ou existir separadamente, mesmo que cada uma exija certo nível de aprendizado, dedicação e modificação pessoal, fazendo-se necessária a aquisição de certas habilidades e de atitudes pessoais para o seu emprego, marcando definitivamente a história de cada indivíduo e de suas atuações sob si mesmo, ou seja, no uso específico das tecnologias do eu (FOUCAULT, 1990).

A origem dessas tecnologias e o seu desenvolvimento estão presentes na filosofia Greco-romana e possuem sua transformação histórica mais significativa durante a dominação cristã da Idade Média. Essas práticas estavam contidas no princípio grego do *epimelesthai sautou*, significando diretamente o “cuidado de si”, a “ocupação por si” e o “sentir-se preocupado, inquieto por si” (FOUCAULT, 1990).

Um dos pontos fundamentais das práticas de si e do cuidado de si é que os mesmos não se constituem em exercícios de solidão, mas engajam-se no campo das práticas sociais: “o cuidado de si aparece, portanto, intrinsecamente ligado a um *serviço de alma* que comporta a possibilidade de um jogo de trocas com o outro e de um sistema de obrigações recíprocas” (FOUCAULT, 1985, p.59).

Para Foucault, mediante seu resgate histórico no período antigo, o “cuidado de si é ressaltado como um conjunto de experiências modificadoras do sujeito, cuja finalidade é estabelecer para si mesmo um modo de vida ético e estético ativo” (PORTOCARRERO, 2009, p. 142). Dessa maneira, a necessidade de cuidar de si estaria vinculada ao exercício de poder (FOUCAULT, 2006), ao domínio pessoal dos desejos e paixões, além da necessidade constante de uma resignação pessoal, uma vez que “nenhuma técnica, nenhuma habilidade profissional pode ser adquirida sem exercício; não se pode mais aprender a arte de viver, a *technê tou biou*, sem uma *askesis*¹ que deva ser compreendida como um treino por si mesmo”, sendo imprescindível o contato consigo mesmo, a ligação mais pessoal e introspectiva gerada pelo cuidado de si (FOUCAULT, 1994a, p. 137).

Ocupar-se consigo é voltar-se para si mesmo como sujeito de ação instrumental, de certas situações, relações com o outro, de atitudes e comportamentos próprios e, principalmente, da relação consigo mesmo. (FOUCAULT, 2006). O cuidado de si é um ato vital, representado pela infinita e complexa variedade de atividades que o sujeito realiza durante sua existência. Como construção humana, é o resultado de um processo socializador envolvendo os costumes, os hábitos, as atitudes, as crenças, os valores, representando assim, a autovalorização, a sensibilidade e o compromisso consigo mesmo (GUEVARA; GUERRERO; EVIES, 2011).

A prática de si, o cuidado pessoal da alma, na sua forma individual e na relação com os outros, está apoiada no exercício da análise, no domínio das paixões

¹ A *askesis*, ou *ascese* na língua portuguesa, tratava-se do trabalho de constituição de si mesmo, isto é, da formação de uma relação consigo mesmo que fosse plena, acabada, completa, autossuficiente e capaz de produzir essa transfiguração do sujeito que é a felicidade de estar consigo mesmo (FOUCAULT, 2006, p. 305). Sua ação não é orientada a renúncia de si mesmo, mas a sua constituição própria, ligando o indivíduo a verdade e não a lei. O cristianismo e descartes rompem com todo esse fenômeno, sendo necessário para ascender a verdade o conhecimento e a renúncia. (CASTRO, 2009).

que oprimem o homem, na educação contínua dos desejos, na construção de uma vida pautada em uma estética da existência (FOUCAULT, 2006).

O cuidado de si possui um sentido ético positivo; esse princípio era para o povo grego o principal objetivo humano, uma das regras de conduta social mais importante nas cidades e trazia para a existência pessoal um estado de arte, de belo, de estética do viver. Com o passar do tempo, perdendo aos poucos a importância e significado atribuídos ao cuidado de si, talvez influenciados pela filosofia cristã, a história pareceu dar ênfase maior a outra máxima grega, o *gnothi sauton*, significando o “conhece a ti mesmo” (FOUCAULT, 1990).

A cultura do cuidado de si não se traduz em algo abstrato e inatingível, antes, resulta em uma trama de obrigações voltadas para a própria alma, tais como o retirar-se de dentro de si, parar, pensar sobre si, meditar e escrever sobre si. Ainda, como método de descoberta das verdades da alma, o diálogo verdadeiro denominado *parrhesia*², o exercício da escuta ou o silêncio são apontados como técnicas de si (FOUCAULT, 2006). Além desses exercícios, outra técnica estoica é apresentada no caminho do exame de si, a *askesis*, não como uma simples renúncia de si, mas como um domínio pessoal sobre os desejos, uma abdicação à realidade para a aquisição da verdade que permite um verdadeiro acesso à realidade que se vive (FOUCAULT, 1990).

Essa verdade serve de fundamento para o cuidado de si, como forma de transformar a subjetividade. Mas como garantir o acesso a verdade? Foucault aponta a *askesis* como elemento inicial entre sujeito e verdade, trazendo do conceito de ética na antiguidade a garantia do acesso a determinadas verdades. O próprio cuidado de si fundamenta-se no conhecimento de determinadas verdades que o indivíduo aciona e utiliza para a transformação de sua realidade (GROS, 2004).

De maneira sintética, podemos verificar que na história da humanidade houve uma modificação de hierarquia entre os princípios da antiguidade e os do período cristão, invertendo-se a importância do “preocupar-se consigo” e do “conhecer a si”. O “conhecer a si” ao longo dos anos obscureceu o “preocupar-se consigo”, uma vez que nossa moralidade insiste em rechaçar o sujeito (FOUCAULT, 1990).

² Parrhesia é a liberdade da linguagem, a liberdade de falar, o falar aberto e verdadeiro, franco e corajoso. Muito mais que uma intenção conceitual, o termo permite uma articulação entre a governamentalidade e a subjetivação dos indivíduos, criando uma articulação histórico filosófica entre teoria e prática, entre os discursos e as ações, entre aquilo que nos oprime e as resistências (GROS, 2004).

Na passagem ao cristianismo, esses exercícios mais uma vez sofreram modificações significativas, anulando ainda mais os indivíduos, enfatizando que as renúncias de si não teriam um sentido de encontrar a verdade nesta vida, mas em outra realidade, criando-se analogias entre vida e morte, tempo e eternidade, de mortificação do eu para o encontro da salvação (FOUCAULT, 2006).

Derivando dessas situações, podemos encontrar traços dessa renúncia e mortificação do eu em muitos contextos, principalmente no que diz respeito à construção da Enfermagem em suas origens no período cristão, fazendo-nos questionar que reflexos podemos estar recebendo ainda hoje pela influência histórica dessas formas de anulação do pessoal.

2.7 MORTIFICAÇÃO DO EU: possível gênese do sofrimento moral na Enfermagem

Para a filosofia cristã, a vida cotidiana deveria girar em torno da salvação pessoal, obtida através do cuidado ao outro, da abnegação e da doação, haja visto que o cuidado de si apresentaria ares de imoralidade e de egoísmo. Conhecer a si mesmo torna-se, assim, sinônimo de renunciar a si mesmo, aos seus desejos e paixões; sua aplicação prática pode ofuscar o cuidado de si. Como a cultura ocidental ainda é ligada fortemente à filosofia cristã, utilizando-se de seus rituais e dogmas, somos herdeiros diretos desta moralidade cristã que converte a renúncia de si em salvação pessoal (FOUCAULT, 1990).

Na moral cristã, o ascetismo se refere a certos níveis de renúncia pessoal, renúncias à própria realidade em detrimento da ascensão a outro nível de realidade superior, que tende ao divino. Por pertencer a um nível filosófico ligado a questões em que salvação é o ponto principal, uma tecnologia do eu utilizada pela moral cristã é a confissão (FOUCAULT, 1990).

A confissão é uma forma de verdade exigida, diferente da fé. Cada pessoa tem o dever moral de revelar-se, saber apontar quem realmente é, o que está passando em si, admitindo seus desejos ocultos, reconhecendo as tentações, expulsando suas faltas e fraquezas através de um exercício de confissão que serve para sua purificação. No cristianismo, o acesso à verdade e à felicidade só podem ser obtidos através da pureza da alma, alcançada através do conhecimento de si e consequentemente da renúncia de si (FOUCAULT, 1990).

O cristianismo afirma que a alma encontra sua purificação diante do conhecimento de si, de suas limitações e fraquezas, mas antes de serem introduzidas a confissão e a penitência dos males, os cristãos primitivos adotaram diferentes formas de conhecimento do eu, a *exomologesis* e a *exagouresis* (FOUCAULT, 2006).

Na primeira, a *exomologesis*, o intuito não era de revelar a verdade, mas antes, de apagar o pecado que bloqueia o acesso à verdade, utilizando-se da revelação das fraquezas da alma, da exposição pública, da penitência e da auto destruição, tornando o sujeito um mártir que renuncia à vida e à própria identidade (FOUCAULT, 2006).

Provar o sofrimento, demonstrar a vergonha, fazer visível a humildade. Esses são os principais caminhos da penitência imposta pela moral cristã, na busca do conhecimento de si em vistas de uma ascensão pessoal. Como forma de limpar os pecados, de purificar a alma através do sofrimento, verificamos a utilização da *exomologésis*, técnica em que o sujeito “pecador” expõe seus pecados como forma de fazer-se ainda mais humilde e penitente (FOUCAULT, 1990).

O modelo mais importante utilizado para explicar a *exomologésis* era o modelo da morte, do martírio e da tortura, uma vez que as práticas de penitência demonstravam que o homem preferia morrer antes de perder a sua fé. A penitência é uma característica de um ser que muda, que rompe consigo mesmo em suas fraquezas, que rompe com seu passado e com o próprio mundo. Não pode existir revelação sem a renúncia e assim, o martírio torna-se o centro da *exomologésis* (FOUCAULT, 1990).

Já na *exagouresis*, utilizada posteriormente pelos cristãos, a purificação encontra-se na confissão de todos pensamentos a quem pode atuar indicando um caminho de redenção, a um mestre que possa dirigir sua consciência. Dessa forma, estabelece uma relação hermenêutica entre si e seu mestre, evidenciando uma série de humilhações pessoais e de renúncias de si que afastarão o pecado (FOUCAULT, 2006).

É preciso demonstrar que cada ser que almeja a pureza é capaz de renunciar à própria vida e aceitar a morte. A penitência do pecado não busca a construção de uma nova identidade, ela rechaça a própria identidade através de uma renúncia a si, de uma mortificação do eu (FOUCAULT, 1990).

Essas situações parecem bastante comuns no cotidiano do profissional de enfermagem, podendo encontrar na mortificação de seus desejos e na renúncia pessoal uma forma obtusa de enfrentamento dos problemas cotidianos. É comum verificarmos ainda hoje traços dessa herança cristã, situação que nos intriga e nos faz questionar como poderemos modificar esse panorama, quais são as possibilidades de transformarmos essa realidade?

É possível perceber pelas obras e cursos de Foucault, que as formas de renúncia ou mortificação podem induzir ao não uso da liberdade pessoal, em que os sujeitos se submetem a estados em que poucas possibilidades de mudança podem ser percebidas. Partindo do princípio do poder e da autonomia pessoal existentes no conceito de ética em Foucault, atrelado de maneira indissociável à liberdade, parece evidente a necessidade de construir formas de enfrentamento a essas situações de resignação e mortificação. Quer seja amplamente no período cristão, ou mesmo em atitudes pontuais e isoladas em determinados indivíduos na atualidade, a mortificação pessoal emerge de características gravadas no nível de consciência pessoal mais profundo, adjacente e mais íntimo do ser humano (FOUCAULT, 1984).

E afinal, o que impossibilita compreender as tênues linhas que o poder trama na vida de cada indivíduo em suas múltiplas relações com outros seres, muitas vezes induzindo-o à mortificação pessoal em nome de um bem maior distante da realidade presente? Se equiparmos o SM a uma forma de renúncia aos desejos pessoais, ao não enfrentamento dos problemas morais em virtude de uma percepção de impossibilidade, de estagnação, o que permitiria ao profissional de enfermagem ampliar suas concepções, entendendo a necessidade de assumir uma postura moral mais condizente com a prática da autonomia?

2.8 SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM: desafios constantes para uma prática profissional ética³

No contexto profissional da enfermagem, o SM foi descrito inicialmente na década de 80 do século passado, podendo ser expresso como o sofrimento decorrente da incoerência entre as ações das pessoas e suas convicções pessoais

³ O presente capítulo serviu de base para a construção do artigo “Moral distress: challenges for an autonomous professional practice”, encaminhado para a Revista da Escola de Enfermagem da USP – REEUSP (Apêndice A).

(JAMETON, 1984; JAMETON, 1993). Neste caso, o profissional de enfermagem acredita que uma ação específica seria a mais correta a ser adotada, no entanto, entende como quase impossível tomar essa ação, podendo contribuir para essa situação os erros de julgamento, as fraquezas de caráter ou mesmo circunstâncias alheias ao seu controle pessoal (HARDINGHAM, 2004).

Três categorias distintas de problemas éticos podem ser experimentadas: *incerteza moral*, quando se reconhece um problema como uma situação inadequada ou incorreta, questionando-se; *dilema moral*, que demonstra dois cursos distintos a seguir, porém com uma única opção de escolha; *sofrimento moral*, situação em que se sabe o que é correto e o que deveria ser feito, mas não é possível seguir o rumo da consciência (JAMETON, 1984).

Outra definição aplicável ao SM é considerá-lo como um sentimento doloroso ou desequilíbrio psicológico que resulta do reconhecimento de uma ação eticamente correta que não pode ser adotada por causa de obstáculos como a falta de tempo, relutância das supervisões ou de uma estrutura de poder capaz de inibir uma ação moral, política, institucional ou de ordem jurídica (JAMETON, 1984; CORLEY *et al.*, 2001).

Cotidianamente, verificamos o quanto rotinas exaustivas, estresse, precariedade dos cuidados dispensados, falta de diálogo, banalização da morte e burocracia, entre outras características, podem influenciar na forma de ser da enfermagem, resultando em sentimentos de impotência frente às situações e aparente descaso em relação aos pacientes (SILVEIRA, 2000; CARVALHO, 2005; BARLEM *et al.*, 2006; BULHOSA, 2006; SILVEIRA, 2006; POLL, 2007; DALMOLIN, 2007; BARLEM, 2009; DALMOLIN, 2009), o que pode provocar desconforto e sofrimento, sem comumente identificá-lo como SM.

Embora estresse seja experimentado por aqueles que trabalham nos cuidados de saúde, principalmente atrelado a altas demandas de trabalho e à exigência constante de produtividade, o SM se refere exclusivamente ao fenômeno do estresse (também ao esgotamento, ou sofrimento) associado às dimensões éticas dos cuidados na prática da saúde. Quando enfermeiros e demais profissionais de saúde enfrentam limitações em suas capacidades para a prática ética, sentindo-se forçados a comprometer seus valores e normas pessoais, eles podem experimentar o SM (PAULY; VARCOE; STORCH; NEWTON, 2009).

Apesar das preocupações generalizadas dos pesquisadores da área da saúde e de enfermagem e de suas pesquisas sobre o trabalho em ambientes de cuidados ao longo das duas últimas décadas, muitos enfermeiros continuam a enfrentar sérios desafios no cumprimento de seus compromissos (PAULY; VARCOE; STORCH; NEWTON, 2009). Diversos estudos sobre SM vêm, ao longo dos anos, explorando as experiências vivenciadas por profissionais de enfermagem (HAMRIC, 2000; CORLEY *et al.*, 2001; CORLEY, 2002; HAM, 2004; HARDINGHAM, 2004; CORLEY *et al.*, 2005; FERRELL, 2006; MOBLEY *et al.*, 2007).

Esses estudos indicaram que as situações que comumente dão origem ao SM estavam ligadas a tratamentos agressivos de pacientes terminais, exames desnecessários, decepção, tratamento inadequado por colegas, desequilíbrios nas relações de poder entre profissionais da saúde e falta de apoio institucional aos profissionais (MCCARTHY; DEADY, 2008); situações que remetem à necessidade do exercício da autonomia da enfermagem, e da advocacia como parte integrante do trabalho.

O papel principal da enfermagem, relacionado ao cuidado e advocacia do paciente em suas singularidades, evidencia em sua essência uma relação direta com a moral, sendo possível verificar na advocacia do paciente a atividade fundamental da enfermagem, mas que, em contrapartida, pode gerar SM em muitos casos quando o profissional de enfermagem não consegue desempenhar esse papel de maneira que satisfaça seus ideais (HANNA, 2004).

A advocacia dos pacientes é um aspecto importante da assistência de enfermagem atualmente, sendo considerada um valor fundamental. Embora a advocacia não seja um atributo exclusivo da profissão, porque é praticada também por outros profissionais de saúde, é claramente um papel que merece amplo destaque. O termo possui definição na origem do termo advogado, daquele que assiste, defende ou julga a outra pessoa, na enfermagem, traduzindo-se na comunicação, na informação de notícias difíceis de forma adequada, na proteção dos interesses, na construção de relacionamentos mais equitativos e na preservação da autonomia do paciente (HANKS, 2010).

Também pode ser entendida como uma resposta aos problemas no sistema de saúde e às disparidades decorrentes destes problemas. Embora seja formulada em termos de uma obrigação de cada profissional com os pacientes, a defesa deve incluir ativismo social e político (MAHLIN, 2010). Pode, ainda, ser definida como a

voz dos doentes, como um guia de condutas frente ao uso de conhecimentos especializados dos profissionais de enfermagem, como uma forma de enfrentamento dos diversos desafios impostos pelas tradicionais estruturas de saúde e suas relações de poder, como uma forma de capacitar os doentes para seu autocuidado e para intervir nas falhas de comunicação entre os pacientes e outros profissionais da saúde (HANKS, 2010).

Desde a origem do uso do termo advogado do paciente, na década de 1980 (GADOW, 1984), a enfermagem tem sido vista como a profissão ideal para assumir este papel devido à íntima relação entre o paciente e o enfermeiro e pelas atribuições de gerenciamento assumidas por essa profissão (ROBERT; HANKS; BARRIERS, 2007). Advocacia parece ter uma relação estreita com poder, podendo ser vista como um construto motivacional para a própria enfermagem, possibilitando o enfrentamento das exigências físicas e sociais dos ambientes de saúde (VAARTIO; LEINO-KILPI; SUOMINEN; PUUKKA, 2009).

Situações de SM reforçam a necessidade de atuação do enfermeiro como advogado do paciente, principalmente em virtude da natureza do trabalho desenvolvido por esse profissional. Percebem-se como partes integrantes da advocacia do paciente o reforço da sua autonomia, a construção de relações de cuidado terapêutico e a melhoria da qualidade da comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes (HANKS, 2010).

A autonomia do paciente é uma parte essencial a ser defendida. Ao aceitar o compromisso moral de exercer a advocacia do paciente, profissionais de enfermagem podem demonstrar que estão em uma posição única nas relações em saúde, estando devidamente capacitados para auxiliar os pacientes a esclarecer os objetivos dos seus tratamentos e a tomada de decisões de saúde relacionadas (MAHLIN, 2010).

Um dos temas identificados atualmente é a relação entre o preparo educacional para o papel de defensor e a habilidade de defensor, ou seja, a competência profissional específica para esta tarefa. É possível perceber que, embora haja desejo em relação à defesa dos interesses dos pacientes, muitas vezes, os profissionais não apresentam um preparo adequado para levar adiante seus desejos, como na falta de entendimento de situações éticas ou por limitações pessoais e técnicas (HANKS, 2010).

A maioria das definições de advocacia na literatura de enfermagem apresentam a descrição de atributos em vez de definições reais, fato que demonstra a dificuldade de avançar a temática da advocacia do plano da teoria e da intencionalidade, para colocá-la em termos de prática instituída (ROBERT; HANKS; BARRIERS, 2007).

No cotidiano, é praticamente impossível para os profissionais de enfermagem reconhecerem de maneira individual os problemas que afetam seus pacientes e tentar modificá-los. Se o objetivo da defesa do paciente é apoiá-lo e cuidá-lo de maneira integral, esta meta só pode ser alcançada coletivamente, muitas vezes através da denúncia. A defesa para ser efetiva, deve ser coletiva, pois somente assim a própria enfermagem será reforçada (MAHLIN, 2010).

Problemas de difícil enfrentamento e resolução envolvendo relações complexas de poder e autoridade acrescentam uma dimensão subjetiva ao trabalho da enfermagem, dificultadas ainda mais pela falta de diálogo e de comunicação que são características comuns entre os membros das equipes (AUSTIN; KELECEVIC; GOBLE; MEKECHUC, 2009).

De modo geral, a maioria dos estudos sugere que o SM exerce um forte impacto nas vidas das profissionais de enfermagem. Qualitativamente, os sentimentos de raiva e tristeza são os mais citados na literatura como efeitos biopsicossociais ocasionados pelo SM, sendo a introspecção a maior característica (GUTIERREZ, 2005).

Em uma pesquisa com enfermeiros atuantes na rede hospitalar, foi constatado que entre as profissionais que sofriam altos índices de SM, 15% chegaram a abandonar sua profissão em decorrência desse sofrimento (CORLEY *et al.*, 2001). Kelly (1998) destacou, em pesquisa com 22 trabalhadores de enfermagem recém formados, que os mesmos apresentavam SM em decorrência de desapontamento, dúvidas e culpa por perceberem que não tinham se tornado os profissionais que pretendiam ser. Como consequência, esses trabalhadores seguidamente deixavam suas unidades de trabalho em busca de melhores condições, culpando o hospital ou sua administração, tendo, como resultado negativo, a falta de interações com os pacientes.

Um problema também identificado diz respeito ao conflito entre a experiência dos profissionais mais antigos e pouca experiência em profissionais recém formados. A formação e a experiência nem sempre são benéficas aos profissionais,

podendo, ocasionalmente, comprometer a sensibilidade moral dos mais antigos; percebendo-se, também, que a formação de enfermagem atual, centrando-se em aspectos clínicos e biomédicos, pode inibir o crescimento pessoal dos acadêmicos, trazendo dificuldades de sensibilidade moral também aos recém formados (RANGE; ROTHERHAM, 2010).

Essas dificuldades parecem afastar a profissional do paciente, culminando com fragilidades no seu atendimento. Segundo Ferrell (2006), duas situações podem surgir para a equipe de enfermagem frente a uma situação de SM: uma resposta muito comum de defesa do paciente, o que também pode gerar frustrações para a profissional; ou respostas ligadas à impotência, desmoralização, desamparo, desespero, raiva, aflição e culpa por fracasso frente ao que dela parece ser esperado.

O SM pode levar as profissionais de enfermagem a trivializar as situações, negando possíveis prejuízos e males que possam acarretar ao paciente, o que pode favorecer o abandono de princípios profissionais, baseado no medo, em conveniências ou na auto-preservação (WEBSTER; BAYLIS, 2000). Cada trabalhador pode perceber de maneira diferente as situações que se apresentam em suas vidas, por ser um indivíduo singular, complexo e diferente dos demais (SIQUEIRA, 1998).

Resultados de pesquisa com profissionais de enfermagem de vários contextos acrescentam que as influências étnicas e religiosas (principalmente européia e católica) podem repercutir em uma menor intensidade de vivência de SM, assim como em uma menor sensibilidade moral para as situações cotidianas (RANGE; ROTHERHAM, 2010). Atualmente, questiona-se se o SM na enfermagem seria uma incapacidade de agir frente a algumas situações em que parece existir somente uma única possibilidade de ação, ou se isto se trata de um desconforto relacionado à subjetividade moral dos profissionais (HANNA, 2004).

Os profissionais de enfermagem enfrentam uma grande variedade de problemas éticos que vão desde os resultantes do crescimento do conhecimento científico e da tecnologia, até o conflito gerado pela criação de novos equipamentos diagnósticos e novas modalidades de tratamento (RANGE; ROTHERHAM, 2010). Quando ocorrem tentativas de enfrentamento de conflitos, as equipes de enfermagem parecem ser pouco atendidas em suas solicitações, sendo muitas vezes desconsideradas por suas direções e chefias, não se reconhecendo, assim,

suficientemente respaldadas no exercício de sua autonomia profissional (SILVEIRA, 2006; BULHOSA, 2006; DALMOLIN, 2007), o que pode gerar sentimentos de raiva, indignação, culpa, tristeza, falta de esperança, frustração e impotência frente aos problemas (CORLEY, 2002).

Atualmente, enfermeiros vivenciam problemas e conflitos morais, a partir de situações já consideradas como parte do cotidiano profissional, tais como a falta de consentimento informado antes da realização de procedimentos, prolongamento da vida sem 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 SM.

Diariamente, no país, milhares de profissionais de enfermagem, trabalhando em serviços de saúde, 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 paciente, de advogar em sua defesa, sem saber como enfrentar tais contextos permeados por dúvidas, impotência e sofrimento, sintomas básicos associados ao SM.

Em um clima de mudanças constantes nos cuidados médicos, de dificuldades organizacionais e de uma intensa crise de valores, como já referido, a defesa do paciente tornou-se o maior desafio das práticas éticas no exercício da enfermagem (HAM, 2004), requerendo dos profissionais de enfermagem que assumam seu papel de advogados dos pacientes. É impossível não reconhecer a importância da enfermagem como uma "prática ética" em sua essência, lidando diariamente com questões de arbítrio moral da vida de outras pessoas que recebem seus cuidados, utilizando ao máximo a capacidade de pensar, agir e ser responsável por ações nem sempre fáceis de serem adotadas (LÜTZEN; BLOM; KIVIST; WINCH, 2010).

Essas ações, relacionadas à vida de outras pessoas, podem ainda ser dificultadas por conflitos de valores nem sempre explícitos entre a própria equipe ou com os paciente, fatos que, muitas vezes, mesmo que não verbalizadas pelos profissionais de enfermagem, podem debilitá-los, afetando seus próprios princípios, com perda de autonomia e dificuldades de exercício de poder (LÜTZEN; BLOM; KIVIST; WINCH, 2010).

Nas equipes de saúde, as vozes dos profissionais de enfermagem 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. Assim, profissionais de enfermagem podem apresentar SM 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, até, o abandono da profissão (GUTIERREZ, 2005).

O legado deixado pelo SM deveria ser encarado com seriedade, uma vez que o fracasso nas ações pretendidas, devido a constrangimentos diversos, pode resultar em um comprometimento definitivo da integridade moral dos profissionais, implicando na coerência de seus valores, comprometendo futuras ações. Esses fatos podem afetar sua consciência moral, como demonstrado na fala de um profissional médico ao afirmar que, após a vivência de algum fato específico, internamente nunca mais seria o mesmo, e que carregaria consigo, para o resto de sua vida, as consequências da grande carga de SM (WEBSTER; BAYLIS, 2000).

Percebemos que a origem dos dilemas éticos pode ter como princípio a formação moral dos trabalhadores 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).

O enfermeiro 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 outros profissionais que possam estar interferindo negativamente no cuidado do paciente e, consequentemente, repercutindo em maior SM para os próprios profissionais (SCOTT, 1998).

Quando ocorrem tentativas de enfrentamento de conflitos, os enfermeiros parecem ser pouco atendidos em suas solicitações, sendo muitas vezes desconsiderados pelas direções e chefias, não se reconhecendo, assim, suficientemente respaldados 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:

Sufrimento moral e consequências 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).

Um dos objetivos do cuidado, em sua essência, é manutenção da vida, além da promoção e desenvolvimento, podendo ser relacionado com a ação de ouvir, 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). A equipe de enfermagem, 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.

Concepções opostas, da equipe médica e de enfermagem em relação ao cuidado do paciente, podem comprometer o julgamento moral dos profissionais de enfermagem, visto que o cuidado de enfermagem ao ser humano, possuindo estreita relação com a vida, não pode ser abolido mesmo quando as possibilidades curativas de investimento realizadas pela equipe médica são abandonadas (PAULETTI *et al.*, 2006).

Frente a estagnação verificada frequentemente diante de uma situação de SM, ou da alternativa de resistir e lutar contra seus efeitos, adotada por poucos, percebemos que muitas vezes a escolha da enfermagem pode recair no imobilismo e na ausência de resistência. Apenas alguns profissionais parecem utilizar estratégias de resistência frente ao SM, em oposição a um grande número de trabalhadores cujas vozes são raramente ouvidas em público, que deixam de exercer seu poder, que não se fazem ouvir nos corredores das instituições de saúde, situação que pode representar o pouco exercício de poder da enfermagem e uma resistência moral praticamente nula frente aos problemas éticos (KAGAN, 2009).

Os profissionais de enfermagem deveriam modificar esse panorama e cruzar as fronteiras disciplinares e metodológicas que lhes parecem provocar tais atitudes,

fazendo com que suas vozes sejam ouvidas publicamente, o que poderia contribuir para o aumento da visibilidade da enfermagem. Dessa forma, os profissionais de enfermagem poderiam criar um futuro mais produtivo até mesmo para os cuidados de saúde, uma vez que estes profissionais poderiam promover uma contínua integração das ciências com a humanização (KAGAN, 2009).

Uma barreira identificada para os profissionais de enfermagem compreenderem sua importância política e de quanto o seu conhecimento profissional poderia modificar a realidade ainda é a educação em enfermagem, que parece contribuir para o desconhecimento acerca do próprio potencial de ação da enfermagem e da possibilidade de intervenção positiva na vida das pessoas. Não pode mais ser negligenciado que a sala de aula ainda permanece como o ambiente mais radical para iniciar o processo de resistência dos profissionais de enfermagem, de modo a se tornarem mais críticos, reflexivos e principalmente com vozes ressoando ativamente na sociedade (KAGAN, 2009).

3 MÉTODO

3.1 DELIMITAÇÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO

Tratou-se de um estudo operacionalizado em duas etapas distintas, uma quantitativa e, posteriormente, uma etapa qualitativa. Sua concepção decorreu de estudos previamente desenvolvidos no NEPES frente a temática SM, moral e ética, assim como no aprofundamento da temática de poder e resistência, numa visão foucaultiana.

3.1.1 Etapa Quantitativa

Esta pesquisa teve caráter quantitativo, exploratório-descritivo; exploratório porque é utilizada como 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).

Assim, essa etapa do estudo apresentou caráter quantitativo, exploratório e descritivo, pois a temática SM constitui-se ainda em conhecimento pouco explorado em nossa realidade. Podemos afirmar sua função exploratória, como ferramenta para o desenvolvimento de conceitos, modelos explicativos, neste caso específico, relacionados ao fenômeno SM. Ainda, podemos caracterizá-lo como descritivo, por objetivar analisar determinados fenômenos, definindo seus pressupostos, identificando suas estruturas ou esclarecendo possíveis relações com outras variáveis. Sua principal finalidade neste estudo é proporcionar um perfil capaz de caracterizar precisamente as variáveis que envolvem o SM (GAYA, 2008).

Para elaboração do questionário utilizado, partimos da premissa que o conhecimento acerca do SM tratou-se de um enunciado passível de medições, mas, ainda mutável na história e na sociedade, baseando-se em crenças reconhecidas como verdadeiras pelos profissionais de enfermagem e justificadas a partir de determinados critérios específicos, relativos a coletividade profissional, no âmbito

epistêmico de um dado contexto sociocultural. Dessa forma, podemos considerar que esta pesquisa tratou de um tipo específico de enunciados teoricamente justificados, descrevendo fenômenos, propondo relações, sugerindo significados e um quadro conceitual que nos permitiu lidar com uma interpretação da realidade estudada sobre o SM (GAYA, 2008).

3.1.1.1 Tipo de estudo

Pesquisa *survey*, compreendida como método empírico de verificação que envolve a coleta e quantificação de dados que servem como permanente fonte de informações sobre opiniões, ações ou características de um determinado grupo de pessoas, indicadas como representantes de uma população. Possui como características determinantes a *lógica*, a *determinação*, a *generalização*, a *parcimônia* e a *especificidade* (BABBIE, 2003).

Por *lógica*, entende-se o nível de restrições associados a determinados fenômenos, aumentando seu potencial explicativo a partir de testes escolhidos rigorosamente de acordo com os objetivos propostos, com as dimensões da amostra e com o instrumento utilizado nesta pesquisa para coleta de dados. Por *determinação*, entende-se a possibilidade de explicação das razões para a ocorrência do SM, evidenciando características peculiares que possibilitam a construção de um modelo explicativo lógico e determinístico (BABBIE, 2003).

A *generalização* evidencia a possibilidade de comparar os resultados das análises *surveys* deste estudo com outras amostras de características semelhantes, transpondo-os a outras realidades. Neste ultimo caso, a generalização pode correlacionar-se distintamente com as duas ultimas características, em que por *parcimônia* compreende-se a necessidade de cuidado constante por parte do pesquisador e de suas afirmações em vista do grande número de questões e sujeitos respondentes, muitas vezes resultando em uma especificidade de aplicação para um determinado contexto e temporalidade específica do momento da pesquisa (BABBIE, 2003).

Dessa forma, partindo das suas características principais, é possível afirmar que, no nível metodológico, *surveys* são enquetes que buscam compreender o comportamento de populações específicas, analisando um recorte (a amostra), utilizado 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).

Os propósitos de uma pesquisa *Survey* podem ser muitos, no entanto, de maneira sintética, podemos resumir em três os objetivos gerais de uma pesquisa desse tipo: *descrição, explicação e exploração*: “Surveys são frequentemente realizados para permitir enunciados descritivos sobre alguma população, isto é, descobrir a distribuição de certos traços e atributos” (BABBIE, 2003, p. 96). Ainda, caso o tema seja pouco conhecido, pesquisas *Survey* podem servir de mecanismos de busca quando estamos iniciando a investigação de um determinado tema (BABBIE, 2003).

Apesar dessas características, muitos estudos têm o objetivo adicional de fazer algumas asserções explicativas sobre a população ou fenômeno estudado, comparando simultaneamente mais de uma característica através de métodos estatísticos multivariados (BABBIE, 2003), como realizado durante este estudo. Adotando essa proposta metodológica, buscamos alargar a possibilidade de compreensão do SM em uma amostra populacional composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, obtendo uma descrição da sua percepção do SM.

Além dos testes multivariados, uma gama extensa de testes estatísticos foram utilizados, uma vez que, para chegar a resultados precisos, um pesquisador atento deve saber qual o grau de confiabilidade de seus resultados, utilizando-se para isso de um rigor estatístico que permite garantir a confiabilidade do estudo. Em *Surveys* Interseccionais, como no caso deste estudo, em que os dados foram colhidos em uma amostra específica, em um determinado momento da história, podemos entender que:

o papel da estatística na investigação científica vai além de indicar a sequência 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).

3.1.1.2 Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido simultaneamente em dois hospitais, “H1” e “H2” em um município do Sul do Brasil que possui em torno de 200 mil habitantes cadastrados no Censo de 2010. Caracteriza-se por ser um pólo naval, com um porto que movimenta grande parte das exportações e importações do Brasil e um complexo naval composto por uma série de estaleiros. Possui ainda, um atrativo turístico que movimenta um número expressivo de turistas durante o verão: uma praia de águas salgadas de larga extensão.

O fluxo de viajantes é significativo, seja pelo porto ou por caminhões que escoam safras que serão levadas pelos cargueiros. O município conta ainda com uma universidade federal e outra particular, ambas com diversos cursos, 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 alguns períodos do ano.

O número de atendimentos nos hospitais do município é bastante significativo, já que essas instituições se constituem em centro de referência para alguns serviços como o de DST/AIDS e o de desintoxicação toxicológica; dessa forma, recebem diariamente diversos pacientes de outras localidades vizinhas que buscam atendimentos de maior complexidade. O panorama de lotação das instituições hospitalares agravou-se quando o município vivenciou o encerramento das atividades de um terceiro hospital de grande porte, 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 esse município, oriundas de diferentes localidades, seja por via marítima, ou mesmo rodoviária.

A primeira instituição, denominada “H1”, é caracterizada como um hospital universitário, público, com 185 leitos, divididos em 37 leitos cirúrgicos, 45 leitos de internação clínica, 36 leitos de UTI's (adulta, pediátrica, neonatal e intermediárias), 26 leitos obstétricos, 25 leitos pediátricos, 10 leitos referentes a outras especialidades e 6 leitos do hospital dia. Nele, atuam 61 enfermeiros, 51 técnicos de enfermagem e 183 auxiliares de enfermagem, com carga semanal de trabalho de 30h, conquistada a partir de um movimento reivindicatório acompanhado de

paralisação dos trabalhadores, por um longo período. Nessa instituição, trabalham servidores públicos concursados, com estabilidade garantida. Também há, em menor número, trabalhadores com contratação temporária, por um período máximo de três meses, desenvolvendo carga horária semanal de 36h.

A segunda instituição, denominada “H2”, caracteriza-se por ser uma entidade filantrópica, possuindo um quadro de 76 enfermeiros, 267 técnicos de enfermagem e 44 auxiliares de enfermagem, em turno de trabalho de 36h semanais, divididos para atuarem em três unidades hospitalares distintas (uma de hospital geral, uma psiquiátrica e uma cardiológica). Essa instituição conta com um total de 398 leitos cadastrados em seu hospital geral, sendo 108 leitos cirúrgicos, 219 leitos de internação clínica, 43 leitos de UTI’s (adulta e intermediária), 27 leitos de internação obstétrica, 30 leitos de internação pediátrica e 14 leitos destinados à internação de outras especialidades. Ainda, a unidade de cardiologia conta com 130 leitos, sendo 14 desses destinados as UTI’s (adulta e pré-operatória), 16 para o serviço de pronto atendimento e 100 leitos de internação médico-cirúrgicas. Por fim, a unidade Psiquiátrica com 130 leitos, 100 desses para internações clínicas e 30 leitos do hospital dia.

Todos dados referentes aos hospitais “H1” e “H2” foram obtidos de acordo com as informações do CNES⁴ (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), podendo ser observado no quadro 1 a caracterização dos locais de trabalho dos sujeitos desta pesquisa, com os totais de profissionais de enfermagem de acordo com sua categoria.

Quadro 1 – Caracterização dos locais de trabalho dos participantes da pesquisa - Rio Grande - 2012

Hospital	Tipo	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Auxiliares de enfermagem
H1	Público	61	51	183
H2	Filantrópico	76	267	44

⁴ Os dados foram consultados nos dias 12/01/2012. Os mesmos foram atualizados pelas instituições na data de 08/01/2011. A busca pode ser realizada em <http://www.cnes.datasus.gov.br>

No quadro 2, é possível verificar a carga semanal desenvolvida pelos trabalhadores de enfermagem e a relação numérica dos trabalhadores e de leitos de cada instituição.

Quadro 2 – Relação de trabalhadores em relação ao número de leitos dos locais de trabalho dos participantes da pesquisa - Rio Grande - 2012

Hospital	Total de trabalhadores de enfermagem	Leitos	Horas/semana	Relação trabalhadores/número de leitos
H1	295	185	30h	1,59
H2	387	658	36h	0,58

3.1.1.3 Informantes do Estudo

Os critérios para a seleção dos sujeitos restringiram-se a ser enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, atuar profissionalmente nos respectivos hospitais, ter disponibilidade e interesse para responder ao questionário. Os sujeitos foram selecionados intencionalmente através de uma amostragem por conveniência. Neste tipo de amostra, o pesquisador busca compor o estudo com sujeitos que possuam as características descritas metodologicamente, que pertençam à população pesquisada e que sejam de fácil acesso ao investigador; o viés de conveniência pode ser reduzido, arrolando-se todas pessoas que atendam aos critérios de inclusão em um determinado período de tempo (HULLEY *et al.*, 2008).

Os procedimentos de amostragem são de fundamental importância para uma pesquisa dessa natureza, uma vez que, entendida como um subconjunto da população original, as dimensões adotadas podem permitir um maior grau de confiabilidade nos resultados e ser representativa na população que foi selecionada. Entendemos por amostra representativa, aquela que apresenta características muito semelhantes com a população estudada (GAYA, 2008).

Assim, utilizamos a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, cujos participantes foram selecionados conforme conveniência do

pesquisador, a partir da sua presença e disponibilidade no local e no momento em que o processo de coleta era implementado.

Para reduzir a existência de possíveis vieses em relação ao tamanho amostral, consideramos alguns critérios mais objetivos para a seleção do seu tamanho, conforme o proposto por Hill e Hill, (2002), que prevê uma fórmula matemática específica. De acordo com os autores, o objetivo dessa regra é estimar o mínimo tamanho amostral para que seja possível realizar determinados procedimentos estatísticos, uma vez que procedimentos diferentes apresentam necessidades específicas de número de sujeitos. A seguir apresentamos a fórmula:

$$n = \frac{X^2 \cdot N \cdot P (1 - P)}{d^2 (N - 1) + X^2 \cdot P (1 - P)}$$

Onde:

n= tamanho da amostra

X²= valor do Qui-quadrado para 1 grau de liberdade ao nível de confiança de 0,05 e que é igual a 3,89 (valor fixo pré-determinado)

N= o tamanho da população

P= a proporção da população que se deseja estimar (pressupõe-se que seja 0,50 uma vez que esta proporção forneceria o tamanho máximo amostral)

d= o grau de precisão expresso em proporção (0,05)

Conhecendo previamente o total da população, composta nos dois hospitais por um total de 682 indivíduos (137 enfermeiros, 318 técnicos de enfermagem e 227 auxiliares de enfermagem) e aplicando-se a fórmula, chegamos ao número mínimo de 247 sujeitos.

3.1.1.4 Instrumento de Coleta de Dados

Para essa etapa da pesquisa, foi realizada uma adaptação do instrumento proposto por Corley *et al.*, (2001) (ANEXO I), previamente testado e validado por

Barlem (2009) (ANEXO II). Este instrumento, denominado *Moral Distress Scale* (MDS) foi apresentado primeiramente em 1995 com uma aplicação em 111 enfermeiros atuantes em UTI's (CORLEY, 1995) e posteriormente em 2001, aplicado em 214 enfermeiros de diferentes unidades, atuantes em hospitais norte-americanos (CORLEY *et al.*, 2001). Sua construção baseou-se em três pressupostos fundamentais: que os profissionais de enfermagem aplicam seus valores pessoais em seus ambientes de trabalho; que os profissionais de enfermagem conseguem identificar a existência de problemas éticos em seu cotidiano profissional; e que os profissionais de enfermagem conseguem avaliar a extensão do SM vivenciado em seu cotidiano (CORLEY, 1995).

Inicialmente, o instrumento apresentava 32 questões, operacionalizadas mediante a utilização de uma escala Likert de sete pontos, variando de 1 (para nunca ocorrer) a 7 (para sofrimento muito intenso), sem discriminar, até então, a mensuração da frequência e intensidade do SM. Englobava questões que versavam sobre prolongamento da vida, realização de exames e tratamentos desnecessários, ações profissionais incompetentes por parte da equipe médica e situações de omissão frente aos pacientes (CORLEY, 1995).

Como esse instrumento não apresentava questões sobre o manejo da dor, gerência dos cuidados de enfermagem e sobre a incompetência dos profissionais de enfermagem, uma revisão do MDS foi proposta, operacionalizada com 38 questões em duas escalas, a primeira de intensidade de sofrimento e a segunda de frequência de ocorrência das situações de SM, ambas variando de 0 (para nunca ocorrer ou nenhuma frequência) a 6 (para sofrimento muito intenso ou muito frequente) (CORLEY *et al.*, 2001).

Esse instrumento já havia sido replicado em outros estudos em diferentes realidades (CORLEY *et al.*, 2005; HAMRIC; BLACKHALL, 2007; MOBLEY *et al.*, 2007; ZUZELO, 2007), como no Brasil (BARLEM, 2009). Na análise dos 124 instrumentos respondidos por enfermeiros que compunham o quadro de trabalhadores de quatro hospitais em dois municípios distintos (BARLEM, 2009), foi possível validar apenas 21 questões das 38 questões originais propostas pelo MDS (ANEXO III).

Assim, para superar limitações dos instrumentos anteriores, considerando elementos da nossa especificidade local, além do entendimento de que para o estudo do fenômeno SM na enfermagem, na realidade brasileira, a coleta deveria

eleger como sujeitos todos profissionais de enfermagem, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Desse modo, foi elaborado um questionário com 39 questões, 21 do instrumento já utilizado por Barlem (2009), decorrente da adaptação cultural do instrumento de Corley *et al.*, (2001), e dezoito provenientes do conhecimento produzido pelos demais trabalhos do NEPES (SILVEIRA, 2000; CARVALHO, 2005; BULHOSA, 2006; SILVEIRA, 2006; DALMOLIN; LUNARDI, 2007; BARLEM, 2009; DALMOLIN, 2009).

Essas dezoito novas questões foram inseridas ao instrumento como: Q-01 “Fazer improvisações para enfrentar a falta de material no cuidado aos pacientes”, Q-03 “Evitar tomar providência ao constatar sobra de medicamentos no box do paciente” (SILVEIRA, 2000), Q-06 “Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes” (DALMOLIN, 2007), Q-08 “Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência ou emergência em um paciente” (POLL, 2007), Q-14 “Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos” (DALMOLIN, 2007), Q-15 “Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos” (DALMOLIN, 2007), Q-19 “Reivindicar melhores condições de trabalho para o atendimento dos pacientes”, Q-20 “Atuar com profissionais que não respeitam as manifestações dos pacientes sobre os cuidados de enfermagem”, Q-29 “Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar”, Q-30 “Trabalhar com técnicos/auxiliares que não possuem competência para atuar”, Q-31 “Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar”, Q-32 “Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar”, Q-33 “Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar”, Q-34 “Evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada á negligência profissional” (DALMOLIN, 2007), Q-36 “Atuar com profissionais que não esclarecem o paciente sobre seu estado de saúde e doença”, Q-37 “Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida quando o paciente terminal já manifestou o desejo de morrer”, Q-38 “Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde”, Q-39 “Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família” (CARVALHO, 2005; DALMOLIN, 2009).

O questionário foi aplicado em duas versões; uma para os enfermeiros (APÊNDICE B) e outra aos técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem (APÊNDICE C), diferindo apenas nos itens referentes à caracterização dos sujeitos. No final dos instrumentos, uma questão foi inserida procurando identificar se, *de um modo geral, as situações vivenciadas no trabalho provocam SM*, mensurada igualmente em duas escalas Likert de sete pontos, em intensidade e frequência.

Antes da sua aplicação, foi realizado um estudo piloto com 30 profissionais de enfermagem com características semelhantes à população estudada, buscando validar o conteúdo das questões propostas e o questionário como um todo. O instrumento demonstrou ser de fácil compreensão e preenchimento, não sendo necessária nenhuma adaptação na sua linguagem, tendo sido utilizado um tempo médio de 20 minutos para o seu preenchimento.

3.1.1.5 Coleta dos dados

Adotamos como procedimento de entrega, a visita às unidades, realizando a apresentação pessoal dos coletadores aos profissionais de enfermagem, descrevendo resumidamente os objetivos da pesquisa, lendo a primeira folha do instrumento e explicando sua forma de preenchimento. Foi informado que qualquer dúvida poderia ser sanada pessoalmente, por telefone ou mesmo por e-mail, sendo esclarecidos todos esses dados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D).

Após os procedimentos relacionados aos aspectos éticos, os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em um envelope de papel pardo, sem identificação. Durante a entrega, foi explicitado ao trabalhador a possibilidade de participar ou não da pesquisa, de acordo com a sua vontade, podendo, também, retirar sua permissão de participação a qualquer momento, sem nenhuma necessidade de justificativa. O TCLE foi entregue aos sujeitos e assinado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o informante.

Mediante a distribuição dos questionários e consentimentos, procedeu-se ao agendamento do recolhimento. Nessa etapa, foi definido um máximo de cinco tentativas aos diferentes locais para o recolhimento dos instrumentos previamente entregues.

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 coleta, realizada entre setembro de 2010 e abril de 2011, ocorreu inicialmente no hospital “H1”.

Foram entregues 350 questionários aos trabalhadores de enfermagem dessas duas instituições, retornando 291, o que representou 83,14% de retorno. Excluíram-se 44 instrumentos, seja por apresentarem incorreção na marcação das questões, escalas dicotômicas (zero ou seis) ou estarem em branco, sendo a mostra constituída por 247 questionários.

Dos 247 questionários obtidos nesta pesquisa, verificamos a existência de 47 (19%) enfermeiros, 31 (12,5%) auxiliares de enfermagem e 169 (68,5%) técnicos de enfermagem, sendo 212 (86,0%) trabalhadores do sexo feminino, respectivamente, 43 (17,5%) enfermeiros, 26 (10,6%) auxiliares de enfermagem e 143 (57,9%) técnicos de enfermagem; 67 (27,1%) profissionais de enfermagem são do H1 e 180 (72,9%) do H2. Em relação à idade, 129 (52,2%) trabalhadores de enfermagem têm idade superior a 30 anos, aproximando-se da maturidade. O tempo de trabalho na profissão teve a média aproximada de 6 anos (5,8), com mediana de 4 anos, sendo este um tempo razoável de atuação profissional. O tempo médio de atuação desses profissionais na sua instituição hospitalar é de 4 anos, com mediana de 2 anos.

Em relação a qualificação profissional, 72,3% dos 47 enfermeiros investiu na sua qualificação profissional: no H1, onze enfermeiros possuíam o título de mestre e dezessete o título de especialista; no H2, apenas seis profissionais concluíram o curso de especialização. Em relação aos técnicos e auxiliares das duas instituições, 70,5% concluíram apenas o seu curso de formação inicial.

Ao serem questionados sobre abertura ao diálogo, no H1, 68,6% dos sujeitos afirmam que sua instituição é aberta ao diálogo, enquanto que apenas 31,1% dos sujeitos da instituição H2 reconhecem essa característica em sua instituição.

A Tabela 1 apresenta os dados demográficos da amostra estudada.

Tabela 1 – Características dos sujeitos do estudo – Rio Grande – 2012

Características Enfermeiros		n (47)	%		
Graduação		13	27,7		
Especialização		23	48,9		
Mestrado		11	23,4		
Características Téc./Aux. Enfermagem		n (200)	%		
Curso Técnico ou Auxiliar		141	70,5		
Pós-Técnico		27	13,5		
Graduação		18	9,0		
Pós-Graduação		1	0,5		
Cursos de Curta duração		13	6,5		
	Masc.	Fem.	Hospital 1	Hospital 2	
Auxiliar Enf.	4	27	15	16	
Técnico Enf.	26	143	24	145	
Enfermeiros	5	42	28	19	
Idade	n	%	Formação	n	%
Abaixo 20	1	0,4	Abaixo 1980	1	0,4
21-30	120	48,6	1981- 1990	15	6,2
31-40	72	29,2	1991- 2000	49	20,0
41-50	37	15,0	2001- 2010	180	73,0
Acima 50	17	6,8	Acima 2010	1	0,4
Tempo de trabalho na Profissão (anos)			(M = 5,8)		
Tempo que atua na instituição (anos)			(M = 4,0)		
Tipo de Hospital que trabalha			n	%	
Público			67	27,1	
Filantrópico			180	72,9	
n= 247					

n= 247

3.1.1.4 Validação dos Instrumentos

É extremamente difícil avaliar se uma variável “x” representa adequadamente o que deveria representar quando se trata de aferir fenômenos abstratos e subjetivos, como no caso do SM. A validação trata-se de um tipo especial de acurácia, do grau em que os dados medem o que devem medir, ou seja, se os dados obtidos realmente permitem a compreensão do fenômeno estudado com clareza e confiabilidade (FLETCHER; FLETCHER, 2006; HULLEY, 2008). Questionários contendo multi-itens, representados por diferentes questões, como nessa pesquisa, devem ser avaliados quanto à sua precisão e aplicabilidade, o que

envolve uma avaliação da confiabilidade, da validade e da sua possibilidade de generalização (GAYA, 2008). Assim, a validação dos instrumentos utilizados neste estudo foi realizada em três momentos:

a) *Validade de face*: em que foram testadas as questões do instrumento de coleta de dados, verificando se as mesmas apresentavam forma e vocabulário adequados ao propósito da mensuração. Para tanto, realizamos a aplicação do questionário e sua discussão com dois professores doutores em enfermagem com amplo entendimento no tema.

b) *Validade de conteúdo*: em que verificamos, através de um pré-teste realizado com a participação de 30 profissionais de enfermagem (dez enfermeiros, dez técnicos de enfermagem e dez auxiliares de enfermagem), de uma unidade de internação clínica, que aceitaram participar desse processo, de modo a confirmar se os itens do questionário representavam o conteúdo que desejávamos analisar. Não foram necessárias modificações na redação das questões de modo a favorecer sua compreensão, viabilizando, assim, a possibilidade de iniciar a pesquisa em sua etapa quantitativa.

c) *Validade de traço ou construto*: em que procuramos, após a aplicação dos questionários, delimitar as características dos construtos⁵ que interessam à pesquisa, testando a consistência interna de cada item (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). Cabe ressaltar 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 dos instrumentos utilizados.

⁵ 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; MARTÍNEZ, 2004). Nestes casos, utilizamos variáveis observáveis que tem o objetivo de funcionarem como indicadores desses fenômenos não observáveis.

Assim, 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, sendo uma etapa estatística destinada principalmente à redução e sumarização dos dados, formando, assim, grupos de variáveis associadas entre si (GAYA, 2008).

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 (GAYA, 2008). Este teste foi realizado com a finalidade de comprovar a fidedignidade das escalas utilizadas, ou seja, para avaliar se as questões dos questionários realmente possibilitaram medir o seu grupo (construto) de indicadores.

Inicialmente, foram submetidas as 39 questões à análise fatorial exploratória (entre blocos), buscando verificar a validade discriminante do instrumento. Definimos como método de extração a análise de componentes principais, aplicando a rotação ortogonal Varimax para discriminar melhor a pertinência das variáveis aos componentes identificados. A formação dos fatores obedeceu a dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais; e o seu grau de subjetividade. O primeiro agrupamento sugeriu a formação de sete constructos, dificultando a categorização de acordo com o referencial teórico proposto. Assim, realizamos o processo de exclusão gradual de cada uma das questões que apresentavam baixas correlações em seus blocos, ou que não aderiam conceitualmente aos constructos formados, de modo a facilitar o agrupamento.

À medida que questões foram sendo eliminadas e os constructos tornaram-se mais claros, definimos como solução de extração a formação pentafatorial, utilizando a divisão de componentes do quinto constructo com autovalor igual a 0,840 (eigenvalue $\geq 0,840$) e considerando como ponto de corte cargas fatoriais superiores a 0,400.

Conceitualmente, o principal critério para definir o número de constructos a serem extraídos é considerar apenas aqueles que apresentam autovalores maiores que 1, uma vez que cada variável contribui com um valor 1 do autovalor total. Assim,

qualquer fator individual deveria explicar a variância de pelo menos uma variável, se o mesmo fosse mantido para a interpretação. Entretanto, na prática, a maioria dos pesquisadores raramente usa um único critério para determinar quantos fatores devem ser extraídos; a seleção do número de constructos deve considerar também a estrutura conceitual da pesquisa e sua interpretação (HAIRE, 2009). Ao final dessa análise, 15 questões foram excluídos por apresentarem baixas correlações com os demais itens de seu grupo e uma questão (q-35) foi excluída por não apresentar aderência conceitual em seu bloco.

Subsequentemente, realizamos a análise fatorial exploratória (nos blocos), de modo a observar a unidimensionalidade dos construtos. Poucos pesquisadores têm feito uso deste tipo de análise nos blocos, o que é lamentável, uma vez que o seu resultado é bastante informativo. A partir dessa análise, foi possível identificar que os itens de cada construto, analisados conjuntamente, convergiram para um único fator, sugerindo serem todos unidimensionais.

Uma última apreciação da fidedignidade do instrumento foi realizada através do alfa de cronbach, não sugerindo a eliminação de outros itens do questionário. O coeficiente de fidedignidade do instrumento apresentou valor 0,95, enquanto os coeficientes dos fatores situaram-se entre 0,79 e 0,91, valores considerados elevados para estudos exploratórios, evidenciando, assim, a fidedignidade do MDS na amostra selecionada.

Das 39 questões do instrumento original, 23 foram validadas e distribuídas em 5 fatores assim denominados: *falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente; condições de trabalho insuficientes; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente.*

O quadro 3 apresenta a definição conceitual dos 5 constructos obtidos.

Quadro- 3 Definições das variáveis utilizadas na análise dos dados - Rio Grande - 2012

Variável	Definição
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 (CORLEY, PTLENE, ELSWICK, JACOB; 2005).
Desrespeito à autonomia do paciente	Desrespeito ao auto-governo, à liberdade, privacidade, escolha individual e liberdade de vontade do paciente (CORLEY, 2002).
Condições de trabalho insuficientes	Falta de condições materiais e /ou humanas para a realização do trabalho de enfermagem (KURCGANT, 2005).
Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade	Potencial não utilizado pela enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes no seu processo de terminalidade (GRACE, 2001).
Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente	Potencial não utilizado pela enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes (GRACE, 2001).

A seguir, a Tabela 2 demonstra o resultado da análise fatorial e a formação dos constructos.

Tabela 2 – Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax) – Rio Grande - 2012

Indicadores	Bloco	F1	F2	F3	F4	F5
Falta de competência na equipe de trabalho						
q-18. Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente.	,623	,506	,073	,443	,099	,395
q-25. Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	,670	,710	,150	,250	,203	,200
q-29. Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar.	,737	,738	,262	,257	,155	,182
q-31. Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar.	,768	,722	,219	,240	,329	,182
q-32. Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar.	,787	,746	,296	,150	,323	,123
q-33. Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar.	,716	,692	,306	,156	,337	,074
Desrespeito à autonomia do paciente						

q-04. Prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar.	,558	, -129	,527	,394	,256	,208
q-21. Acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca.	,781	,266	,828	,130	,083	,027
q-22. 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.	,785	,290	,795	,037	,166	,199
q-23. Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer.	,664	,265	,678	,206	,189	,237
Condições de trabalho insuficientes						
q-06. Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes.	,697	,192	,145	,769	,217	,018
q-08. Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência ou emergência em um paciente.	,635	,347	,000	,655	,245	,158
q-14. Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos.	,681	,336	,126	,649	,320	,292
q-15. Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos.	,582	,130	,285	,603	,077	,236
Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade						
q-34. Evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada à negligência profissional.	,504	,415	,076	,110	,439	,168
q-36. Atuar com profissionais que não esclarecem o paciente sobre seu estado de saúde e doença.	,693	,243	,353	,210	,661	,167
q-37. Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida quando o paciente terminal já manifestou o desejo de morrer.	,666	,271	,414	,052	,579	,290
q-38. Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde.	,752	,441	,117	,233	,667	,211
q-39. Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família.	,844	,401	,097	,212	,777	,159
Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente						
q-10. Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades.	,676	,422	,087	,362	,288	,554
q-11. Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.	,766	,092	,202	,068	,231	,812
q-16. Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente.	,653	,302	,320	,341	,129	,514
q-17. Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.	,614	,405	,258	,319	,238	,536

Intitial Eigenvalue	11,08	1,56	1,40	,958	,840
% variância explicada – rotated (68.99%)	48,20	6,80	6,10	4,16	3,65
Alfa de Cronbach (instrumento 0,95)	,91	,79	,79	,88	,82
KMO medida de adequação da amostra (KMO = 0,941)					
Teste de Bartlett: qui-quadrado = 3305,983					
Determinante da Matriz de Correlação (1,63)					

O instrumento final validado neste estudo, com 23 questões, apresenta dez questões provenientes do instrumento de Corley *et al.*, (2001), validado por Barlem (2009) e treze provenientes do atual estudo. Foram validadas as seguintes questões do instrumento proposto por Barlem (2009): q-04: prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar; q-10: permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades; q-11: prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória; q-16: observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente; q-17: obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade; q-18: prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente; q-21: acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca; q-22: 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; q-23: acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer; q-25: trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.

Foram validadas as seguintes questões propostas pelo atual estudo: q-06: não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes; q-08: não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência ou emergência em um paciente; q-14: necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos; q-15: necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos; q-29: trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar; q-31: trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar; q-32:

trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar; q-33: trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar; q-34: evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada á negligência profissional; q-36: atuar com profissionais que não esclarecem o paciente sobre seu estado de saúde e doença; q-37: dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida quando o paciente terminal já manifestou o desejo de morrer; q-38: evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde; q-39: evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família.

Foi possível identificar que o instrumento validado apresentou alfa de Cronbach de 0,95, valor considerado bastante elevado. Ainda, as 23 questões do instrumento conseguem juntas explicar 68,99% do SM explorado, sendo que o primeiro fator isolado, denominado *falta de competência na equipe de trabalho*, é responsável pela explicação de 48,20%. Os instrumentos validados para aplicação em Enfermeiros (Apêndice E) e para aplicação em Técnicos e Auxiliares de enfermagem (Apêndice F) são apresentados ao final do texto.

A tabela 3 apresenta as questões finais adaptadas ao contexto brasileiro:

Tabela 3 – Questões do MDS adaptado ao contexto brasileiro – Rio Grande – 2012

Validada	Original - MDS	
		Incluída
	q-01: Fazer improvisações para enfrentar a falta de material no cuidado aos pacientes	x
	q-02: Seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele	x
	q-03: Evitar tomar providência ao constatar sobra de medicamentos no box do paciente	x
✓	q-04: Prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar	x
	q-05: Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte	x
✓	q-06: Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes	x
	q-07: Ignorar situações em que não foram dadas ao paciente as informações adequadas para assegurar o seu consentimento informado	x
✓	q-08: Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência ou emergência em um paciente	x

	q-09: Evitar tomar providência ao constatar que um membro da equipe de enfermagem aplica medicação equivocada e deixa de reportá-lo	x
✓	q-10: Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades	x
✓	q-11: Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória	x
	q-12: Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais	x
	q-13: Trabalhar com equipe de enfermagem com um nível que considera "inseguro"	x
✓	q-14: Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos	x
✓	q-15: Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos	x
✓	q-16: Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente	x
✓	q-17: Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade	x
✓	q-18: Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente	x
	q-19: Reivindicar melhores condições de trabalho para o atendimento dos pacientes	x
	q-20: Atuar com profissionais que não respeitam as manifestações dos pacientes sobre os cuidados de enfermagem	x
✓	q-21: Acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca	x
✓	q-22: 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	x
✓	q-23: Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer	x
	q-24: Trabalhar com enfermeiras que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer	x
✓	q-25: Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer	x
	q-26: Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer	x
	q-27: Trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer	x
	q-28: Trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer	x
✓	q-29: Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar	x
	q-30: Trabalhar com técnicos/auxiliares que não possuem competência para atuar	x
✓	q-31: Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar	x
✓	q-32: Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar	x

✓	q-33: Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar	x
✓	q-34: Evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada á negligência profissional	x
	q-35: Ser requisitado para cuidar de pacientes, não se sentindo preparado para cuidar	x
✓	q-36: Atuar com profissionais que não esclarecem o paciente sobre seu estado de saúde e doença	x
✓	q-37: Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida quando o paciente terminal já manifestou o desejo de morrer	x
✓	q-38: Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde	x
✓	q-39: Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família	x

3.1.1.7 Análise dos Dados

Foram realizadas três análises distintas para obtenção dos resultados: 1) estatística descritiva, mediante a utilização de médias e distribuição de frequência, de modo a identificar a intensidade e frequência com que vivenciam o SM; 2) análises de variância entre grupos de respondentes, de acordo com características da amostra para verificar possíveis diferenças significativas entre os grupos de sujeitos respondentes (instituição, categoria profissional, idade, tempo de formação, tempo de atuação na instituição, local de atuação, dentre outras); 3) análise de regressão, buscando avaliar quais fatores têm maior efeito na percepção dos profissionais de enfermagem acerca da vivência de SM. Assim:

O propósito fundamental da análise dos dados é organizá-los de tal forma que permitam responder ao problema colocado, e [...] além disso, os dados obtidos devem ser interpretados à luz do referencial teórico. Finalmente, pode-se chegar a uma generalização dos resultados, para além dos limites dos dados utilizados na análise (BISQUERRA; SARRIERA; MARTÍNEZ, 2004, p.15).

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

3.2 ETAPA QUALITATIVA

3.2.1 Tipo de estudo

Tratou-se de uma etapa caracterizada como descritivo-exploratória, com uma abordagem qualitativa. Uma pesquisa de caráter descritivo procura descrever os fatos e fenômenos de uma determinada realidade, enquanto a pesquisa exploratória busca aumentar a experiência em torno do problema, adquirindo um maior conhecimento sobre o mesmo (VIEIRA, 2009).

3.2.2 Local do Estudo

O local escolhido para a etapa qualitativa foi a unidade de Clínica Médica do hospital “H1”. Trata-se de uma unidade situada no segundo andar do hospital, contando com 49 leitos onde são assistidos uma diversidade de pacientes, desde os que internam apenas para realizar procedimentos diagnósticos, até pacientes em estado crítico ou semi-crítico, recebendo cuidados semi-intensivos com uso comum de dispositivos de ventilação mecânica, traqueostomia, entubações oro-traqueais e outros procedimentos semelhantes aos desenvolvidos em unidades de tratamento intensivo.

O nível de dependência dos pacientes dessa unidade é um fato importante, exigindo constantemente a atenção dos profissionais que zelam por seus complexos cuidados (BULHOSA, 2006). Sete leitos desta unidade são destinados exclusivamente ao tratamento de pacientes portadores de HIV e dois são leitos de isolamento.

A alta complexidade dos quadros clínicos dos pacientes e dos tratamentos empregados, por sua vez, parece exigir uma parcela maior de conhecimento e habilidades dos profissionais que atuam nessa unidade, (BARLEM, 2009). Esta unidade ainda recebe diariamente pacientes de distintas áreas do hospital quer sejam das áreas cirúrgica, do pronto atendimento, do serviço de HIV/AIDS (por ser o hospital referência na patologia) ou até mesmo pacientes provenientes da UTI.

Atuam nesta unidade um total de 9 enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem (8 técnicos de enfermagem contratados como trabalhadores temporários) e 18

auxiliares de enfermagem, divididos entre os turnos da seguinte forma: turno da manhã com 3 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem (dois em contrato temporário) e 5 auxiliares de enfermagem; turno da tarde com 2 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem (4 em contrato temporário) e 2 auxiliares de enfermagem; turno noite I com 2 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem (1 em contrato temporário) e 5 auxiliares de enfermagem; turno noite II com 2 enfermeiros, 1 técnico de enfermagem (em contrato temporário) e 6 auxiliares de enfermagem.

3.2.3 Informantes do Estudo

Na etapa qualitativa, foram informantes do estudo quinze profissionais de enfermagem na condição de servidores públicos: cinco enfermeiros (dois do turno manhã, um do turno tarde e dois do turno noite); seis técnicos de enfermagem (dois de cada turno de trabalho); quatro auxiliares de enfermagem (um do turno manhã, um do turno tarde e dois do turno noite).

Os critérios de inclusão restringiram-se a: ser profissional enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, possuir vínculo empregatício de RJU com estabilidade profissional, desejar participar da pesquisa e ter disponibilidade para responder ao guia de entrevista gravado. O critério de seleção dos sujeitos ocorreu por conveniência, convidando os sujeitos em seu próprio local de trabalho, mas definindo o local de entrevista de acordo com suas disponibilidades e vontades pessoais.

3.2.4 Instrumento de Coleta dos dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas (APÊNDICE G), elaboradas a partir das situações reconhecidas como relevantes no contexto do SM, das relações de poder e resistência.

O conhecimento das estratégias de enfrentamento frente ao SM foi o objetivo principal desta etapa do trabalho; dessa forma, o instrumento proposto previa o diálogo acerca do enfrentamento de situações reconhecidas como de SM, por parte dos profissionais de enfermagem, numa perspectiva ética.

As entrevistas, previamente agendadas e gravadas em mídia digital, com duração média de 30 minutos, foram transcritas e transformadas em um corpus único de análise, organizado sob a forma textual de discurso dos sujeitos entrevistados.

3.2.5 Coleta dos dados

O início da coleta dos dados da etapa qualitativa foi realizado após o término da etapa quantitativa. As duas etapas encandearam-se entre si, uma vez que os questionários subsidiaram a formação de enunciados investigativos para a análise qualitativa.

Primeiramente, realizamos um contato prévio com enfermeiros e outros trabalhadores de enfermagem da unidade, manifestando nosso interesse em realizar entrevistas em continuidade ao nosso estudo, de modo a explorar com maior profundidade a sua temática. Assim, explicitamos os objetivos e metodologia propostos para essa etapa, e nosso convite para a realização dessa entrevista, em horário e local de preferência do sujeito intencionalmente selecionado.

Nesse processo de coleta, mediante informações e indicações dos próprios profissionais que atuavam nessa unidade, buscamos entrevistar o maior número de profissionais de enfermagem que, na percepção de seus colegas de trabalho, realizavam suas atividades com constantes enfrentamentos e resistência frente situações consideradas como inadequadas.

A coleta de dados foi encerrada quando percebemos a repetição dos dados e que não constatávamos novas informações relativas ao objetivo proposto.

3.2.6 Análise dos dados

Utilizamos a análise textual discursiva como forma de analisar os dados. Nossa análise não pretendeu ter a função de comprovar ou refutar uma determinada hipótese, mas possibilitar uma compreensão aprofundada de um determinado corpus, permitindo a reconstrução dos conhecimentos existentes sobre o SM. Sua realização compreendeu o desenvolvimento de quatro etapas fundamentais: a *desmontagem dos textos*; o *estabelecimento de relações*; a *captação do novo*

emergente; a construção de um processo auto-organizado (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Durante a primeira etapa do ciclo, a *desmontagem dos textos*, realizamos primeiramente uma incursão no significado do corpus obtido nas quinze entrevistas, buscando encontrar os diversificados sentidos existentes nas transcrições. Após um período necessário de conhecimento e aprofundamento no material obtido para análise, o esforço foi direcionado para a desconstrução e unitarização do corpus.

A realização da unitarização exigiu um amplo esforço na realização de inúmeras leituras, significações e re-significações sobre o material obtido. Destacamos que a análise textual discursiva sempre parte do pressuposto que toda leitura já é uma interpretação e que não existe uma leitura única, clara e objetiva, “ainda que, seguidamente, dentro de determinados grupos, possam ocorrer interpretações semelhantes, um texto sempre possibilita construir múltiplos significados” (MORAES; GALIAZZI, 2011, p. 14).

Dessa forma, o ciclo de unitarização foi desenvolvido sob forma de um exercício de produzir e expressar sentidos sobre o SM, construídos sempre a partir do referencial foucaultiano adotado ao longo da tese, admitindo o pressuposto da análise textual discursiva que afirma ser “impossível ver sem teoria; impossível ler sem interpretar sem ela” (MORAES; GALIAZZI, 2011, p. 15).

Ainda, é imprescindível observar que durante a unitarização, nenhum sentido sobre o SM realmente foi obtido, mas sim construído. Os textos, por não possibilitarem um significado único em si próprios, devem ser desvelados, exigindo a construção de significados a partir da interpretação e pontos de vista de quem lê, requerendo dos pesquisadores a necessidade de se assumirem como verdadeiros autores. Esse processo somente se encerrou quando a repetição foi atingida, momento em que mais nenhuma informação ou interpretação nova foi obtida (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Ao identificarmos os grandes temas de análise, emergentes do processo de unitarização, definimos as categorias *emergentes*, permitindo a separação das unidades de maneira a melhor identificar os temas específicos que surgiram no corpus analisado. Sintetizamos assim o processo de unitarização: 1) fragmentação do corpus e codificação de cada unidade; 2) reescrita de cada unidade de modo que assuma um significado atribuído, o mais completo e profundo possível; 3) atribuição de um nome ou título para cada unidade estabelecida (MORAES; GALIAZZI, 2011).

A segunda etapa compreendeu o *estabelecimento de relações*. Essa etapa consistiu na categorização das unidades anteriormente obtidas, sendo um aspecto central na análise textual discursiva. A categorização, por sua vez, consistiu em um processo de comparação constante entre as unidades iniciais estabelecidas na primeira etapa da análise, conduzindo-as a agrupamentos semelhantes, mediante associação com o referencial foucaultiano adotado.

A categorização, além de reunir os elementos que são semelhantes, também implicou a nomeação e definição das categorias, cada vez com maior profundidade e precisão. Essa etapa foi construída por meio de um retorno cíclico aos mesmos elementos, no sentido de construir progressiva e gradativamente o significado de cada categoria.

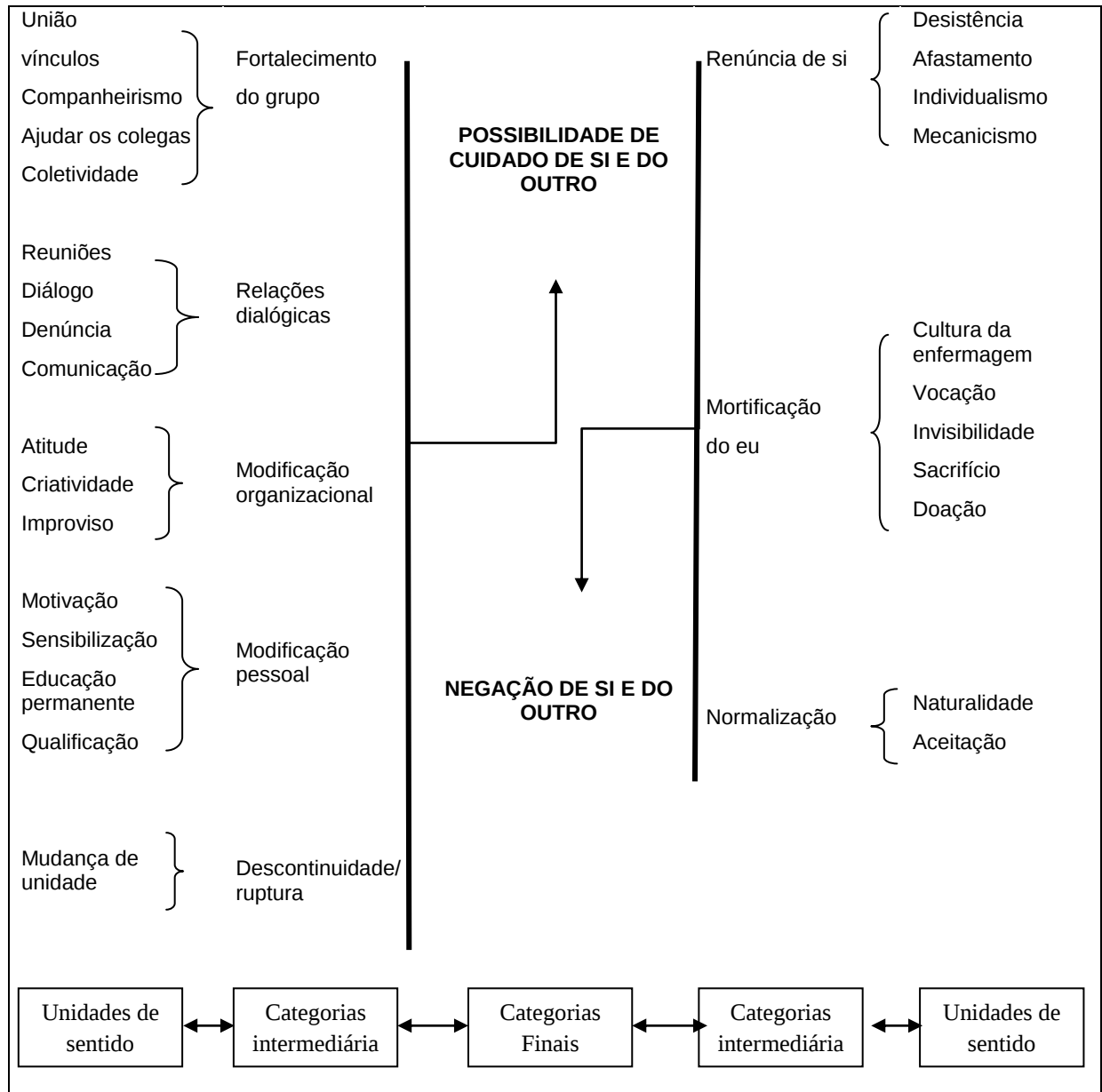
Uma propriedade desejável das categorias é que em seus conjuntos haja homogeneidade, ou seja, precisa haver um mesmo “contínuo conceitual” em sua formulação (MORAES; GALIAZZI, 2011, p. 26). Essa propriedade, buscada incessantemente durante as análises, permitiu a validade e confiabilidade das categorias, propiciando novas compreensões sobre o SM e estratégias de resistência dos profissionais de enfermagem, surgindo assim, a *captação de um novo emergente*.

A captação do novo emergente constituiu-se na terceira etapa do processo de análise textual discursiva. Compreendemos que a produção escrita na análise textual discursiva caracteriza-se por uma permanente incompletude e pela necessidade de crítica constante. Dessa maneira, a *captação do novo emergente* foi obtida como parte de um conjunto de ciclos de pesquisa em que, por inúmeros processos recursivos de explicitação de significados, pretendemos alcançar níveis cada vez mais aprofundados de compreensão do SM e das estratégias de resistência adotadas pelos profissionais de enfermagem, com maior rigor e clareza.

A última etapa, denominada *construção de um processo auto-organizado*, constituiu-se em um processo de emergente compreensão que se iniciou na primeira etapa da análise, com um movimento de desconstrução do corpus, seguindo ao presente momento em que desenvolvemos um processo intuitivo auto-organizado de reconstrução com emergência de novas compreensões que foram comunicadas e validadas sob forma escrita (MORAES; GALIAZZI, 2011).

A figura 1 apresenta o processo de análise textual discursiva desenvolvido nesta tese.

Figura 1- Análise textual discursiva - unidades e níveis de categorização – Rio Grande - 2012



3.3 Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram respeitados em sua totalidade, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da instituição de afiliação dos pesquisadores, tendo sido realizados todos procedimentos éticos (Parecer 70/2010 do Comitê local) (ANEXO IV).

Primeiramente, foi encaminhado, à direção dos hospitais em que se realizou a pesquisa, um documento solicitando a permissão para a execução do projeto (APÊNDICE H), especificando os objetivos do estudo e os riscos envolvidos, destacando-se que os possíveis benefícios da pesquisa eram mais amplos, como a reflexão por parte das equipes de enfermagem frente às situações de seu cotidiano, possibilitando ganho de qualidade na equipe, na instituição e no atendimento ao paciente.

Ficou clara a intenção de não exposição da instituição e de seus trabalhadores, através da garantia do caráter confidencial das informações e de que tanto a instituição como os profissionais poderiam retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízos ou danos.

Os pesquisadores se comprometeram com os sujeitos da pesquisa em fornecer, a qualquer momento, esclarecimentos solicitados, sendo lhes entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tanto na etapa quantitativa (APÊNDICE C), quanto na etapa qualitativa (APÊNDICE I), contendo as explicações necessárias, além de telefones e endereço eletrônico para contato com os pesquisadores.

Foi garantida a isenção de influências no vínculo empregatício dos sujeitos, de qualquer ação coercitiva e/ou de vinculação hierárquica, assegurando-lhes 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.

Após o término da pesquisa, os questionários, as entrevistas gravadas em formato mp3 e demais materiais utilizados foram guardados com os pesquisadores, em arquivos específicos para esse fim, por um período mínimo de cinco anos após a publicação desta tese.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo, serão apresentados os três artigos que compuseram essa tese, sendo os dois primeiros artigos derivados da etapa quantitativa da pesquisa e o terceiro a etapa qualitativa. O primeiro, intitulado *Características psicométricas do Moral Distress Scale (MDS) em profissionais de enfermagem brasileiros*, apresentou como objetivo analisar as características psicométricas do MDS adaptadas para a enfermagem brasileira.

O segundo, cujo título é *Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem do sul do Brasil*, apresentou como objetivo analisar frequência e intensidade de sofrimento moral vivenciado por trabalhadores de enfermagem do sul do Brasil, contemplando elementos do seu cotidiano profissional. Por fim, o terceiro e último artigo, denominado *Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência*, apresentou como objetivo conhecer as estratégias de resistência adotadas pelos trabalhadores de enfermagem, diante de situações de enfrentamento do SM, numa perspectiva ética.

4.1 ARTIGO 1

**CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO MORAL DISTRESS SCALE (MDS)
EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM BRASILEIROS¹**

**PSYCOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE MORAL DISTRESS SCALE (MDS)
IN BRAZILIAN NURSING PROFESSIONALS**

**CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DEL MORAL DISTRESS SCALE (MDS)
EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN BRASIL**

**Edison Luiz Devos Barlem²
Valéria Lerch Lunardi³
Guilherme Lerch Lunardi⁴**

RESUMO: a Escala de Sofrimento Moral (MDS) foi projetada para avaliar intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciadas por profissionais de enfermagem. Objetiva-se analisar as características psicométricas do MDS adaptadas para a enfermagem brasileira, apresentando o processo de validação junto a 247 profissionais de enfermagem. Mediante análise fatorial, identificaram-se cinco constructos: *falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente; condições de trabalho insuficientes; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade; e negação do papel da enfermagem como advogada do paciente*. A solução pentafatorial proposta demonstra maior adequação estatística e semântica ao contexto de enfermagem brasileiro. Com base nos resultados encontrados, considera-se que o MDS é uma escala válida e fidedigna, demonstrando os requisitos necessários quanto às validades convergente e discriminante, bem como de consistência interna para ser utilizada na avaliação da intensidade e frequência do sofrimento moral em profissionais de enfermagem brasileiros.

DESCRITORES: Estudos de validação; esgotamento profissional; ética; enfermagem.

¹ Artigo a ser encaminhado a revista ACTA Paulista de Enfermagem, derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: Sofrimento Moral Reconfigurado: uma visão foucaultiana; apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGEnf-FURG. As normas podem ser observadas em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/>

² Enfermeiro. Doutorando do PPGEnf-FURG. Professor da Escola de Enfermagem da FURG. Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem/Saúde – NEPEs-FURG. Rua Dr. Nascimento 115, centro. Rio Grande, RS. CEP- 96200-300. E-mail: ebarlem@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnf-FURG. Líder do NEPEs-FURG. Pesquisadora do CNPq.

⁴ Administrador de Empresas. Doutor em Administração. Docente do PPGEnf-FURG.

ABSTRACT: the Moral Distress Scale (MDS) was designed to assess the severity and frequency of moral distress which nursing professionals experience. The objective is to analyze the psychometric characteristics of MDS adapted to Brazilian nursing, with the validation process along with 247 nurses. Through factor analysis five constructs were identified: lack of competence in the work team; disregard for patient autonomy, inadequate working conditions, denial of the nursing role as advocate in terminal patients; denial of the nursing role as the patient's lawyer. The proposed penta factorial solution is statistic and semantically more appropriate to the nursing scenery in Brazil. Based on these results, the MDS is considered a valid and reliable scale, showing the necessary requirements regarding convergent and discriminating validity as well as internal consistency to be used while evaluating the intensity and frequency of moral distress in Brazilian nursing professionals.

Keywords: validation studies; burnout; ethics; nursing.

RESUMEN: La escala del sufrimiento moral (MDS) fue proyectada para evaluar la intensidad y frecuencia del sufrimiento moral vividos por los profesionales de enfermería. Se objetivó analizar las características psicométricas del MDS adaptadas para enfermería brasileña, presentando el proceso de validación junto a 247 profesionales de enfermería. A través de análisis factorial, se identificó cinco construcciones: falta de competencia en el equipo de trabajo; desprecio por la autonomía del paciente; condiciones de trabajo inadecuadas; negación del papel del enfermero como abogado del paciente en fase terminal; y negación del papel de la enfermería como abogados del paciente. La solución con cinco factores propuesta demostró mayor adecuación estadística y semántica al contexto de enfermería brasileña. En basado en los resultados encontrados, se ha considerado que el MDS es una escala válida y fiable, que muestra los requisitos necesarios cuanto la validez convergente y discriminante, bien como de consistencia interna para ser utilizada en la evaluación de la intensidad y frecuencia del sufrimiento moral en profesionales de enfermería brasileña.

DESCRIPTORES: Estudios de validación; agotamiento profesional; ética; enfermería.

INTRODUÇÃO

No contexto profissional da enfermagem, o sofrimento moral (SM) foi descrito inicialmente na década de 80 do século passado, podendo ser expresso como o sofrimento decorrente da incoerência entre as ações dos trabalhadores e suas convicções pessoais¹. O profissional de enfermagem frente a um problema moral reconhece que uma ação específica seria a mais correta a ser adotada, no entanto, entende como quase impossível implementar essa ação².

Foi definido como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando enfermeiros 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 médico¹.

Assim, SM 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 pessoal²⁻³.

Tentando identificar o SM em profissionais de enfermagem, a maior parte dos estudos realizados sobre o tema até a atualidade, explorou, identificou e pesquisou SM utilizando uma abordagem qualitativa, entrevistando profissionais, individualmente ou em pequenos grupos⁴. Os sentimentos de raiva e tristeza são os mais citados na literatura como efeitos biopsicossociais ocasionados pelo SM, sendo a introspecção a maior característica dos trabalhadores de enfermagem que pouco ou nenhum apoio recebem durante o enfrentamento de seus conflitos⁵.

Esses sentimentos, que resultam em SM, podem acarretar respostas emocionais no indivíduo, como descontentamento com o trabalho, relutância em ir trabalhar ou mesmo o abandono da profissão⁶⁻⁷. Frente à situação de vivência de SM, as enfermeiras referem que tal vivência não compromete o cuidado que prestam, no entanto, o que se percebe é seu afastamento de situações em que o paciente necessita de apoio e amparo, com fragilidades no cuidado prestado⁵.

O SM pode levar profissionais de enfermagem a trivializar situações do cotidiano, negando possíveis prejuízos decorrentes ao paciente e, conseqüentemente, tais trabalhadores podem abandonar seus princípios baseados no medo, em conveniências ou na auto-

preservação⁸. No entanto, cada sujeito pode perceber de maneira diferente as situações que se apresentam em suas vidas, por ser singular, complexo e diferente dos demais.

Diferentemente das abordagens qualitativas, um instrumento denominado Moral Distress Scale (MDS)⁹ vem sendo aplicado em estudos quantitativos em distintas realidades^{8,10-14}. Suas perguntas são focadas em dilemas, problemas éticos, tratamentos desnecessários, condições inseguras de trabalho, entre outros, sendo possível identificar a vivência de diversos comportamentos relacionados ao SM, em diferentes culturas.

Um problema associado à identificação do SM é a dificuldade de determinar a sua ocorrência e frequência, pela dificuldade de se isolar seus fatores desencadeadores¹⁵. Dessa forma, identificar o SM exige um rigor metodológico, visando o isolamento de variáveis e uma percepção centrada nas características pessoais de cada ser humano.

HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DO MDS – MORAL DISTRESS SCALE

O instrumento mais utilizado para mensurar o SM em trabalhadores de enfermagem é o MDS, sendo apresentado primeiramente em 1995 com uma aplicação em 111 enfermeiras atuantes em UTI's¹⁶ e posteriormente em 2001, aplicado em 214 enfermeiras de diferentes unidades, atuantes em hospitais norte-americanos⁹. Sua construção baseou-se em três pressupostos fundamentais: que os profissionais de enfermagem aplicam seus valores pessoais em seus ambientes de trabalho; que os profissionais de enfermagem conseguem identificar a existência de problemas éticos em seu cotidiano profissional; e que os profissionais de enfermagem conseguem avaliar a extensão do SM vivenciado em seu cotidiano⁹.

Inicialmente, o instrumento apresentava 32 questões, operacionalizadas mediante a utilização de uma escala Likert de sete pontos, variando de 1 (para nunca ocorrer) a 7 (para sofrimento muito intenso), sem discriminar, até então, a mensuração da frequência e intensidade do SM. Englobava questões que versavam sobre prolongamento da vida, realização de exames e tratamentos desnecessários, ações profissionais incompetentes por parte da equipe médica e situações de omissão frente aos pacientes¹⁶.

Como esse instrumento não apresentava questões sobre o manejo da dor, gerência dos cuidados de enfermagem e sobre a incompetência dos profissionais de enfermagem, uma revisão do MDS foi proposta, operacionalizada com 38 questões em duas escalas, a primeira de intensidade de sofrimento e a segunda de frequência de ocorrência das situações de SM, ambas variando de 0 (para nunca ocorrer ou nenhuma frequência) a 6 (para sofrimento muito intenso ou muito frequente).

No Brasil, a primeira adaptação e validação do MDS ocorreu em 2009¹⁷, quando foi possível concluir que o instrumento não parecia ter explorado suficientemente o SM relacionado aos problemas vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem no seu ambiente de trabalho, na realidade brasileira, muitos deles relacionados a questões organizacionais, já identificados em outros estudos, como a insuficiência de profissionais, a precariedade de recursos materiais¹⁸⁻¹⁹, e a falta de autonomia profissional²⁰.

Dessa forma, tendo em vista a relevância de prosseguir utilizando o MDS para pesquisar a vivência de SM pelos trabalhadores de enfermagem no Brasil, esse estudo objetivou analisar as características psicométricas do MDS adaptadas para a enfermagem brasileira, através de uma adaptação do instrumento original, validado transculturalmente para a língua portuguesa.

MÉTODO

Amostra

Pesquisa de caráter quantitativo, exploratório e descritivo com delineamento transversal. A amostra não probabilística por conveniência foi composta por 247 profissionais de enfermagem, sendo 47 enfermeiros, 169 técnicos de enfermagem e 31 auxiliares de enfermagem, atuantes em dois hospitais distintos, um filantrópico e outro público. A maioria dos sujeitos era do sexo feminino (85,8%) e atuava em hospital filantrópico (72,9%). A média de idade dos sujeitos foi de 33,5 anos ($\pm 9,16$); a média de atuação na profissão e a média de atuação na unidade em que trabalhavam no momento da coleta de dados foram respectivamente de 5,8 anos e 4,0 anos ($\pm 6,1$ e $\pm 4,7$).

Dos 47 enfermeiros, 13 cursaram apenas a graduação; 23 concluíram cursos de especialização; e 11 finalizaram o mestrado. Em relação aos 200 técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, 141 concluíram apenas o seu curso de nível médio; 18 finalizaram um curso de graduação; 27 concluíram cursos pós-técnico; 13 realizaram cursos de curta duração; e um profissional realizou curso de pós-graduação.

Instrumento

Para esta pesquisa, foi utilizado o MDS⁹, instrumento que já havia sido replicado em outras realidades em diversos estudos internacionais^{8,10-13} e também no Brasil^{14,17}. No

entanto, como o instrumento aplicado no Brasil mostrou-se insuficiente para analisar diferentes problemas vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem relacionados ao SM no seu ambiente de trabalho, foi proposto um novo questionário com 39 questões, 21 do MDS original, já adaptado para a língua portuguesa¹⁷, e 18 decorrentes do conhecimento produzido por outros estudos nacionais¹⁸⁻²⁴, mas que não faziam parte do instrumento adaptado em português.

Estas 18 novas questões foram inseridas no instrumento com os seguintes enunciados: q-01 “Fazer improvisações para enfrentar a falta de material no cuidado aos pacientes”, q-03 “Evitar tomar providência ao constatar sobra de medicamentos no box do paciente”²¹, q-06 “Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes”²⁴, q-08 “Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência ou emergência em um paciente”²³, q-14 “Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos”, q-15 “Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos”, q-19 “Reivindicar melhores condições de trabalho para o atendimento dos pacientes”, q-20 “Atuar com profissionais que não respeitam as manifestações dos pacientes sobre os cuidados de enfermagem”, q-29 “Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar”, q-30 “Trabalhar com técnicos/auxiliares que não possuem competência para atuar”, q-31 “Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar”, q-32 “Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar”, q-33 “Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar”, q-34 “Evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada à negligência profissional”²⁴, q-36 “Atuar com profissionais que não esclarecem o paciente sobre seu estado de saúde e doença”, q-37 “Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida quando o paciente terminal já manifestou o desejo de morrer”, q-38 “Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde” e q-39 “Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família”^{22,24}.

O questionário foi aplicado em duas versões; uma para enfermeiros e outra aos técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, diferindo apenas nos itens iniciais referentes à caracterização dos sujeitos. No final dos instrumentos, uma questão foi inserida procurando identificar se *de um modo geral, as situações vivenciadas no trabalho provocam SM*, mensurada igualmente em duas escalas Likert de sete pontos, avaliando a intensidade e a frequência.

Antes da sua aplicação, foi realizado um estudo piloto com 30 profissionais de enfermagem com características semelhantes à população estudada, buscando validar o conteúdo das questões propostas e o questionário como um todo. O instrumento demonstrou ser de fácil compreensão e preenchimento, não sendo necessária nenhuma adaptação na sua linguagem, tendo sido utilizado um tempo médio de 20 minutos para o seu preenchimento.

Procedimentos

A inserção nos campos de coleta ocorreu de forma gradual, com um primeiro momento de identificação e reconhecimento da área física das instituições, para depois ocorrer a entrega e a coleta dos instrumentos. Adotou-se como procedimento de entrega a visita às unidades, realizando-se, inicialmente, a apresentação pessoal dos coletadores à equipe de enfermagem, previamente treinados, que descreveram resumidamente os objetivos da pesquisa, lendo a primeira folha do instrumento e explicando a sua forma de preenchimento. O instrumento, auto-aplicável, foi entregue diretamente aos respondentes em um envelope pardo, sem identificação. Durante a entrega, foram explicitados os procedimentos éticos.

Após a distribuição dos questionários, procedeu-se ao agendamento do seu recolhimento. Nessa etapa, foi definido um máximo de cinco tentativas aos diferentes locais para a busca dos instrumentos previamente entregues. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da instituição de afiliação dos pesquisadores, tendo sido realizados todos os procedimentos éticos necessários (Parecer 70/2010).

Os dados foram submetidos a duas análises distintas: 1) análise fatorial exploratória, buscando a redução e sumarização dos dados; 2) estatística descritiva, mediante a utilização de médias e distribuição de frequência, de modo a identificar a intensidade e a frequência com que os participantes do estudo vivenciam o SM. Foi utilizado o software estatístico SPSS versão 13.0 (Statistical Package for Social Sciences) na fase de análise dos dados.

Foram entregues 350 questionários aos trabalhadores de enfermagem dessas instituições, retornando 291, o que representou 83,14% de retorno. Excluíram-se 44 instrumentos, seja por apresentarem incorreção na marcação das questões, escalas dicotômicas (zero ou seis) ou estarem em branco, sendo a mostra constituída por 247 questionários, sendo 47 enfermeiros, 169 técnicos de enfermagem e 31 auxiliares de enfermagem.

O processo de validação do instrumento buscou garantir a unidimensionalidade, examinando se as variáveis observáveis de cada constructo possuíam um ajuste aceitável sobre um fator singular; a validade convergente, identificando se as variáveis observáveis de um constructo estavam relacionadas entre si; e a validade discriminante, examinando se as variáveis observáveis de um constructo estavam relacionadas a outros constructos. Para isso, foi realizada a análise fatorial, utilizando-se o método de componentes principais, e o alfa de cronbach para avaliar a confiabilidade das escalas.

RESULTADOS

Inicialmente, foram submetidas as 39 questões à análise fatorial exploratória (entre blocos), buscando verificar a validade discriminante do instrumento. Definiu-se como método de extração a análise de componentes principais, aplicando-se a rotação ortogonal Varimax para discriminar melhor a pertinência das variáveis aos componentes identificados. A formação dos fatores obedeceu a dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais; e o seu grau de subjetividade.

O primeiro agrupamento sugeriu a formação de sete constructos, dificultando a categorização de acordo com o referencial teórico proposto. Assim, realizou-se o processo de exclusão gradual de cada uma das questões que apresentavam baixas correlações em seus blocos, ou que não aderiam conceitualmente aos constructos formados, de modo a facilitar o agrupamento das questões.

À medida que questões foram sendo eliminadas e os constructos tornaram-se mais claros, definiu-se como solução de extração a formação penta-fatorial, utilizando-se a divisão de componentes do quinto constructo com autovalor igual a 0,840 ($\text{eigenvalue} \geq 0,840$) e considerando-se como ponto de corte cargas fatoriais superiores a 0,400. Conceitualmente, o principal critério para definir o número de constructos a serem extraídos é considerar apenas aqueles que apresentam autovalores maiores que 1, uma vez que cada variável contribui com um valor 1 do autovalor total. Assim, qualquer fator individual deveria explicar a variância de pelo menos uma variável, se o mesmo fosse mantido para a interpretação. Entretanto, na prática, a maioria dos pesquisadores raramente usa um único critério para determinar quantos fatores devem ser extraídos; a seleção do número de constructos deve considerar também a estrutura conceitual da pesquisa e sua interpretação²⁵. Ao final dessa análise, 15 questões foram excluídas por apresentarem baixas correlações com os demais itens de seu grupo e uma questão (q-35) foi excluída por não apresentar aderência conceitual em seu bloco.

Subsequentemente, realizou-se a análise fatorial exploratória (nos blocos), de modo a se observar a unidimensionalidade dos construtos. Poucos pesquisadores têm feito uso deste tipo de análise nos blocos, o que é lamentável, uma vez que o seu resultado é bastante informativo. A partir dessa análise, foi possível identificar que os itens de cada construto, analisados conjuntamente, convergiram para um único fator, sugerindo serem todos unidimensionais.

Uma última apreciação da fidedignidade do instrumento foi realizada através do alfa de cronbach, não sugerindo a eliminação de outros itens do questionário. O coeficiente de fidedignidade do instrumento apresentou valor 0,95, enquanto os coeficientes dos fatores situaram-se entre 0,79 e 0,91, valores considerados elevados para estudos exploratórios, evidenciando, assim, a fidedignidade do MDS na amostra selecionada. Em sua versão final, o instrumento apresenta cinco construtos, sendo constituído por 23 itens.

O Quadro 1 apresenta a definição conceitual dos constructos obtidos. A Tabela 1 demonstra o resultado da análise fatorial exploratória e a formação dos construtos.

Quadro 1 – Definições das variáveis utilizadas na análise dos dados - Rio Grande - 2012

Variável	Definição
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 ¹⁰ .
Desrespeito à autonomia do paciente	Desrespeito ao auto-governo, à liberdade, privacidade, escolha individual e liberdade de vontade do paciente ⁶ .
Condições de trabalho insuficientes	Falta de condições materiais e /ou humanas para a realização do trabalho de enfermagem ²⁶ .
Negação da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade	Potencial não utilizado pela enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes no seu processo de terminalidade ²⁷ .
Negação da enfermagem como advogada do paciente	Potencial não utilizado pela enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes ²⁷ .

Tabela 1 – Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax) – Rio Grande – 2012

Indicadores	Bloco	F1	F2	F3	F4	F5
Falta de competência na equipe de trabalho						
q-18. Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente.	,623	,506	,073	,443	,099	,395
q-25. Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	,670	,710	,150	,250	,203	,200
q-29. Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar.	,737	,738	,262	,257	,155	,182
q-31. Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar.	,768	,722	,219	,240	,329	,182
q-32. Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar.	,787	,746	,296	,150	,323	,123
q-33. Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar.	,716	,692	,306	,156	,337	,074
Desrespeito à autonomia do paciente						
q-04. Prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar.	,558	,-129	,527	,394	,256	,208
q-21. Acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca.	,781	,266	,828	,130	,083	,027
q-22. 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.	,785	,290	,795	,037	,166	,199
q-23. Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer.	,664	,265	,678	,206	,189	,237
Condições de trabalho insuficientes						
q-06. Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes.	,697	,192	,145	,769	,217	,018
q-08. Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência ou emergência em um paciente.	,635	,347	,000	,655	,245	,158
q-14. Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos.	,681	,336	,126	,649	,320	,292
q-15. Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos.	,582	,130	,285	,603	,077	,236
Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade						
q-34. Evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada à negligência profissional.	,504	,415	,076	,110	,439	,168
q-36. Atuar com profissionais que não esclarecem o paciente sobre seu estado de saúde e doença.	,693	,243	,353	,210	,661	,167
q-37. Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida quando o paciente terminal já manifestou o desejo de morrer.	,666	,271	,414	,052	,579	,290
q-38. Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde.	,752	,441	,117	,233	,667	,211
q-39. Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família.	,844	,401	,097	,212	,777	,159
Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente						
q-10. Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades.	,676	,422	,087	,362	,288	,554
q-11. Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.	,766	,092	,202	,068	,231	,812
q-16. Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente.	,653	,302	,320	,341	,129	,514
q-17. Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.	,614	,405	,258	,319	,238	,536

Intitial Eigenvalue	11,08	1,56	1,40	,958	,840
% variância explicada – rotated (68.99%)	48,20	6,80	6,10	4,16	3,65
Alfa de Cronbach (instrumento 0,95)	,91	,79	,79	,88	,82
KMO medida de adequação da amostra (KMO = 0,941)					
Teste de Bartlett: qui-quadrado = 3305,983					
Determinante da Matriz de Correlação (1,63)					

Após a etapa de validação do instrumento, foram realizadas as análises descritivas, de modo a se avaliar a intensidade e a frequência (*Fq*) de SM vivenciadas pelos profissionais de enfermagem estudados. Na Tabela 2 são apresentadas as médias, os desvios padrão e os valores de correlação para cada um dos cinco constructos obtidos, e do instrumento como um todo.

Tabela 2 – Média, desvio padrão e valores de correlação para os cinco constructos de sofrimento moral – Rio Grande - 2012

	M	DP	Fq.	DP	A	B	C	D	E
A	4,36	1,26	2,57	1,19	-	,576**	,661**	,779**	,718**
B	3,77	1,26	1,98	1,26	,576**	-	,514**	,578**	,598**
C	4,09	1,24	2,54	1,30	,661**	,514**	-	,589**	,653**
D	4,14	1,30	2,26	1,25	,779**	,578**	,589**	-	,665**
E	4,19	1,23	2,37	1,33	,718**	,598**	,653**	,665**	-
SM	4,11	1,25	2,34	1,31	-	-	-	-	-

** Correlação com significância ao nível de 0,01

A) Falta de competência na equipe de trabalho; B) Desrespeito à autonomia do paciente; C) Condições de trabalho insuficientes; D) Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade; E) Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente; SM) Sofrimento moral.

A dimensão *falta de competência na equipe de trabalho* apresentou a maior média de SM percebido (4,36) e frequência (2,57) vivenciadas pelos profissionais de enfermagem pesquisados. Já a *negação do papel da enfermagem como advogada do paciente* (4,19; *Fq*= 2,37) e também *na terminalidade* (4,14; *Fq*= 2,26), seguido pelas *condições de trabalho insuficientes* (4,09; *Fq*= 2,54) aparecendo num grupo intermediário. Por sua vez, o *desrespeito à autonomia do paciente* (3,77; *Fq*= 1,98) apareceu como a dimensão de menor intensidade e frequência de SM vivenciado pelos participantes da pesquisa.

Ao observarmos os coeficientes de correlação de Pearson, verificamos como mais significativas a relação entre *falta de competência na equipe de trabalho* e *negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade* ($r= 0,779$, $p < 0,001$), seguida da correlação entre *falta de competência na equipe de trabalho* e *negação do papel da*

enfermagem como advogada do paciente ($r = 0,718$, $p < 0,001$). As menores correlações, embora bastante elevadas, foram entre *desrespeito à autonomia do paciente e condições de trabalho insuficientes* ($r = 0,514$, $p < 0,001$), seguida da correlação entre *desrespeito à autonomia do paciente e falta de competência na equipe de trabalho* ($r = 0,576$, $p < 0,001$). Destaca-se que todas as correlações testadas tiveram associações positivas e estatisticamente significativas, ao nível de 1%, demonstrando que as dimensões propostas para avaliar o SM no contexto brasileiro estão fortemente correlacionadas.

Discussão

Como evidenciado nos resultados apresentados, a distribuição do MDS em profissionais de enfermagem de duas instituições hospitalares apresentou cinco constructos que, em relação à estrutura e definição conceitual, são distintos dos resultados obtidos em estudos anteriores^{9,17}, com soluções trifatoriais e tetrafatoriais. No entanto, levando-se em consideração a fundamentação teórica do SM¹ e os pressupostos utilizados na elaboração e ampliação original do MDS^{9,16}, o instrumento validado nesta pesquisa apresentou aderência teórica, evidenciando cinco dimensões associadas ao SM. A versão final do instrumento, composto de 23 itens, manteve 10 questões do MDS original e outras 13 decorrentes do conhecimento produzido em outros estudos nacionais (Tabela 3).

Tabela 3 – Questões do MDS adaptado ao contexto brasileiro – Rio Grande – 2012

Validada	Original - MDS	
	Original	Incluída
✓ q-01: Fazer improvisações para enfrentar a falta de material no cuidado aos pacientes		x
q-02: Seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele	x	
q-03: Evitar tomar providência ao constatar sobra de medicamentos no box do paciente		x
✓ q-04: Prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar	x	
q-05: Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte	x	
✓ q-06: Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes		x
q-07: Ignorar situações em que não foram dadas ao paciente as informações adequadas para assegurar o seu consentimento informado	x	

✓	q-08: Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência ou emergência em um paciente	x
	q-09: Evitar tomar providência ao constatar que um membro da equipe de enfermagem aplica medicação equivocada e deixa de reportá-lo	x
✓	q-10: Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades	x
✓	q-11: Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória	x
	q-12: Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais	x
	q-13: Trabalhar com equipe de enfermagem com um nível que considera “inseguro”	x
✓	q-14: Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos	x
✓	q-15: Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos	x
✓	q-16: Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente	x
✓	q-17: Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade	x
✓	q-18: Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente	x
	q-19: Reivindicar melhores condições de trabalho para o atendimento dos pacientes	x
	q-20: Atuar com profissionais que não respeitam as manifestações dos pacientes sobre os cuidados de enfermagem	x
✓	q-21: Acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca	x
✓	q-22: 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	x
✓	q-23: Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer	x
	q-24: Trabalhar com enfermeiras que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer	x
✓	q-25: Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer	x
	q-26: Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer	x
	q-27: Trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer	x
	q-28: Trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer	x
✓	q-29: Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar	x
	q-30: Trabalhar com técnicos/auxiliares que não possuem competência para atuar	x
✓	q-31: Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar	x
✓	q-32: Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar	x

✓	q-33: Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar	x
✓	q-34: Evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada á negligência profissional	x
	q-35: Ser requisitado para cuidar de pacientes, não se sentindo preparado para cuidar	x
✓	q-36: Atuar com profissionais que não esclarecem o paciente sobre seu estado de saúde e doença	x
✓	q-37: Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida quando o paciente terminal já manifestou o desejo de morrer	x
✓	q-38: Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde	x
✓	q-39: Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família	x

Em comparação aos estudos internacionais que avaliaram SM, o instrumento utilizado nesta pesquisa apresentou médias mais elevadas em relação à aplicação do MDS utilizado na língua inglesa⁹. Verificamos em um estudo com enfermeiros americanos que a média de intensidade de SM foi de 3,64 (variando de 2,61 a 4,79) e frequência igual a 1,45 (variando de 0,08 a 3,54), enquanto que no atual estudo, a média de intensidade de SM foi superior, igual a 4,11 (variando de 3,77 a 4,36) e frequência 2,34 (variando de 1,98 a 2,57). Quando comparado à primeira versão validada no Brasil em 2009¹⁷, verificamos igualmente diferenças em relação ao presente estudo (embora pequenas), obtendo-se na primeira versão brasileira do MDS a média de intensidade de SM igual a 4,0 (variando de 3,55 a 4,55) e frequência de 1,95 (variando de 1,42 a 2,42).

No que se refere à utilização da análise fatorial e formação de constructos, em sua aplicação inicial, durante a elaboração do MDS⁹, foram validadas 30 questões, divididas em três constructos assim denominados: *responsabilidade individual*, com 20 itens (média de intensidade de sofrimento = 4,98 e alfa de cronbach igual a 0,98); *não pelo melhor interesse do paciente*, com 7 itens (média de intensidade de sofrimento = 4,93 e alfa de cronbach igual a 0,82); e *decepção*, com 3 itens (média de intensidade de sofrimento = 4,34 e alfa de cronbach igual a 0,84). A variância total explicada deste instrumento foi de 19,38%¹⁶.

Já na primeira aplicação brasileira, em 2009¹⁷, realizada apenas com profissionais enfermeiros, foram validadas 21 questões, divididas em quatro fatores assim denominados: *falta de competência na equipe de trabalho*, com 6 itens (média de intensidade de sofrimento 4,55; frequência 2,42 e alfa de cronbach 0,89), seguido pela *negação do papel da enfermeira como advogada do paciente*, com 8 itens (média de intensidade de sofrimento 4,30;

frequência 1,71; e alfa de cronbach 0,91), *obstinação terapêutica*, com 3 itens (média de intensidade de sofrimento 3,60; frequência 2,26; e alfa de cronbach 0,68) e *desrespeito à autonomia do paciente*, com 4 itens (média de intensidade de sofrimento 3,57; frequência 1,42; e alfa de cronbach 0,82). A variância total explicada por este instrumento foi de 66,71%, bastante próxima do presente estudo que apresentou uma variância total de 68,99%.

Diferenças importantes ainda podem ser destacadas quando são comparadas diferentes pesquisas realizadas com o MDS em outros países. No Japão, uma versão do MDS para enfermeiros atuantes em área de saúde mental demonstrou a existência do SM atribuído a três fatores denominados pelos autores de: *conduta antiética dos cuidadores; equipe profissional insuficiente; aquiescência à violação dos direitos dos pacientes*. Nesta aplicação do MDS, composta por 24 questões originais do MDS acrescidas de 19 questões elaboradas pelos autores japoneses, o SM foi considerado muito baixo pelos seus autores, sendo impossibilitada uma comparação com outros estudos que usavam o MDS; no entanto, o fator *equipe profissional insuficiente* mostrou-se como o mais potencialmente relacionado ao SM em enfermeiros japoneses²⁹.

Em estudo realizado com enfermeiros iranianos, pôde ser detectado que um ambiente hierarquizado de maneira a privilegiar as equipes médicas, seguindo um modelo tradicional de organização do trabalho, pode influenciar mais negativamente a vivência do SM. Neste estudo, os conceitos de *hierarquia, ordens, desequilíbrio de poder e seguir a ordem médica* evidenciaram que o poder médico influenciou negativamente no SM¹³.

As diferenças entre os estudos demonstram singularidades na aplicação do MDS em diferentes ambientes, evidenciando sua utilização nos ambientes profissionais de enfermeiros americanos^{9,16}, japoneses²⁹, iranianos¹³ ou brasileiros¹⁷, como no caso deste estudo. É possível perceber que os ambientes e o modo como o trabalho se organiza podem repercutir na vivência de diferentes situações de SM³⁰. Dessa maneira, sujeitos em *diferentes ambientes e sociedades podem vivenciar de forma singular o SM*, sendo necessária especial atenção para melhor avaliar o SM vivenciado.

Considerações Finais

Os resultados obtidos permitiram concluir que a escala proposta para o contexto brasileiro é válida e aplicável a todos os profissionais da equipe de enfermagem. A partir dessa pesquisa foi possível identificar cinco dimensões, que explicam de maneira mais ampla o SM no contexto brasileiro: *falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à*

autonomia do paciente; condições de trabalho insuficientes; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade; e negação do papel da enfermagem como advogada do paciente. A falta de competência na equipe de trabalho apareceu como o fator de maior intensidade e frequência de SM vivenciado pelos participantes do estudo, enquanto que o *desrespeito à autonomia do paciente* apareceu como o de menor intensidade e frequência.

Quando comparado a outros estudos, o SM identificado entre profissionais de enfermagem brasileiros se mostrou mais elevado, tanto em intensidade quanto frequência. Situações recorrentes de insuficiente competência técnica dos trabalhadores da equipe de saúde, bem como a falta de condições materiais e humanas necessárias para o desempenho do trabalho da enfermagem de modo seguro tanto para os pacientes como para os trabalhadores, assim como o reconhecimento da condição dos pacientes como sujeitos com direito ao exercício de sua autonomia e o consentimento da enfermagem quanto à não reivindicação dos direitos dos pacientes são fatores que resultam em SM, sendo possivelmente mais intensos na realidade brasileira, do que em outros contextos.

Como principal limitação do estudo, destacamos que a amostra selecionada para esta pesquisa pertence a um mesmo contexto cultural e social, de dois hospitais de um município do sul do Brasil, diferindo apenas em relação ao caráter jurídico das instituições a que pertenciam, sendo um hospital público e o outro filantrópico. Embora a amostra analisada seja representativa em termos estatísticos, a interpretação dos resultados descritivos não deve ser generalizada a outros contextos, que não as instituições estudadas. Essa fragilidade é relativa à análise descritiva e não ao processo de validação do instrumento.

Por fim, evidenciamos a necessidade de novos estudos aplicando o instrumento adaptado nesta pesquisa em outras localidades do Brasil, verificando se existem, ou não, diferenças significativas que afetem a compreensão da intensidade e frequência de ocorrência do SM.

REFERÊNCIAS

1. Jameton A. Nursing Practice: The Ethical Issues. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.
2. Hardingham LB. Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community. Nursing Philosophy. 2004;(5)1:127-34.
3. Kopala B, Burkhart L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. Intern Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2005;(16)1:3-13.

4. McCarthy J, Deady R. Moral Distress reconsidered. *Nursing Ethics*. 15(2):254-62.
5. Gutierrez KM. Critical care Nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of critical care Nursing*. 2005;(24)5:229-41.
6. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 2002;(9)6:636-50.
7. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff Nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2005;14(6):523-30.
8. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*. 2007;35(2):422-9.
9. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33(2):250-56.
10. Corley MC, Ptlene M, Elswick RK, Jacob M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 2005;12(4):381-90.
11. Mobley MJ, Mohamed YR, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intens Crit Care Nurs*. 2007;23(1):256-63.
12. Zuzelo RP. Exploring the Moral Distress of Registered Nurses. *Nurs Ethics*. 2007;14(3):343-59.
13. Khoiee EM, Vaziri MH, Alizadegan S, Motevallian AS, Kashani OMR, Goushegir SA, Ghoroubi J. Developing the Moral Distress Scale in the population of Iranian nurses. *Iran J Psychiatry*. 2008; 3(1):55-58
14. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. Vivência do Sofrimento moral na Enfermagem: percepção da enfermeira. *Rev Esc Enf USP*. 2012; 46(3). No prelo.
15. Sporrang SK, Höglund AT, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nursing Ethics*. 2006;13(4):416-27.
16. Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*. 1995;4(1):280-5.
17. Barlem ELD. Vivencia do Sofrimento Moral no Trabalho da Enfermagem: percepção da enfermeira. (Dissertação). Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, 2009.
18. Bulhosa MS. Sofrimento moral no trabalho da enfermagem. Rio Grande: FURG, 2006. 82p. Dissertação. (Dissertação) Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, 2006.
19. Barlem ELD, Lunardi VL, Fialho AR, Silveira RS. Percepções, sentimentos e dificuldades da equipe de enfermagem no cuidado a pacientes terminais idosos. *Enferm Bras*. 2006,5(1):289-98.
20. Silveira RS. A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético. 2006. 225 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2006.
21. Silveira RS. A Expressão do Caminhar Construído junto à Equipe de Enfermagem de uma Unidade Cirúrgica sobre o Cotidiano do Trabalho, com Vistas a uma Consciência

- Crítica. 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2000
22. Carvalho KK. 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.
23. Poll MA. Atendimento em unidade de emergência: organização e ética. 2007. 116 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2007.
24. Dalmolin GL. Sofrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa. 2009. 97 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2009.
25. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman, 2009.
26. Lunardi Filho WD. 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.
27. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Atlas, 2011.
28. Grace PJ. Professional advocacy: widening the scope of accountability. *Nursing Philosophy*. 2001;2(2):151-62.
29. Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, Nakahara J, Narita Y. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs ethic*. 2010; 17(6):726-40.
30. Range LM, Rotherham AL. Moral distress among nursing and non-nursing students. *Nursing ethics*. 2010;17(2):225-32.

4.2 ARTIGO 2

SOFRIMENTO MORAL EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DO SUL DO BRASIL¹**MORAL DISTRESS AMONGST NURSING PERSONELL IN SOUTHERN BRAZIL****SUFRIMIENTO MORAL EN TRABAJADORES DE ENFERMERÍA DEL SUR DE BRASIL**

Edison Luiz Devos Barlem²
Valéria Lerch Lunardi³
Guilherme Lerch Lunardi⁴

RESUMO: objetivando analisar frequência e intensidade de sofrimento moral vivenciado por trabalhadores de enfermagem do sul do Brasil, contemplando elementos do seu cotidiano profissional, realizou-se pesquisa survey em dois hospitais, um público e um filantrópico, com 247 profissionais de enfermagem. A coleta dos dados ocorreu mediante aplicação da adaptação do questionário Moral Distress Scale. Mediante análise fatorial, foram identificados e validados cinco constructos relacionados à percepção do sofrimento moral vivenciado. Os resultados indicam que a percepção de situações que conduzem ao sofrimento moral é intensificada em enfermeiros; em trabalhadores de enfermagem que atuam em instituições com maior abertura ao diálogo, que realizam reuniões de equipe, com menores jornadas de trabalho e maior relação no número de profissionais por pacientes. Compreender o sofrimento moral nos permite ir além da resolução dos problemas dos próprios trabalhadores, possibilitando, assim, a elaboração de uma ética de sujeitos ativos e de amplas possibilidades, definidas principalmente pelas relações consigo próprio.

DESCRIPTORES: Enfermagem; Ética de Enfermagem; Esgotamento profissional.

¹ Artigo a ser encaminhado a Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN, derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: Sofrimento Moral Reconfigurado: uma visão foucaultiana; apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGEnf-FURG. As normas podem ser observadas em: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/conteudo.php?&sys=bd&id=17>

² Enfermeiro. Doutorando do PPGEnf-FURG. Professor da Escola de Enfermagem da FURG. Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem/Saúde – NEPEs-FURG. Rua Dr. Nascimento 115, centro. Rio Grande, RS. CEP- 96200-300. E-mail: ebarlem@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnf-FURG. Líder do NEPEs-FURG. Pesquisadora do CNPq.

⁴ Administrador de Empresas. Doutor em Administração. Docente do PPGEnf-FURG.

ABSTRACT: aiming to analyze the frequency and intensity of moral distress experienced by nursing staff in southern Brazil, covering elements of their professional practice, survey with 247 nurses, was conducted in two hospitals, one public and another philanthropic. Data collection occurred by adjusting the Moral Distress Scale questionnaire. Through factor analysis, we identified and validated five constructs related to the perception of moral distress. The results indicate that the perception of situations that lead to moral distress is enhanced in nurses and in nursing staff working in institutions with greater openness to dialogue, conducting team meetings, with fewer working hours and greater ratio in the number of professionals per patient. Understanding moral distress allow us to go beyond solving the problems of the workers themselves, thus enabling the development of an ethics of active individuals and wide opportunities, defined mainly by the relationship with oneself.

KEYWORDS: nursing, nursing ethics, burnout

RESUMEN: objetivando analizar la frecuencia e intensidad del sufrimiento moral vivido por los profesionales de enfermería del sur de Brasil, abarcando los elementos de su rutina profesional, se realizó una investigación survey en dos hospitales, un público y un filantrópico, con 247 profesionales de enfermería. Los datos fueron recolectados mediante aplicación de la adaptación del cuestionario Moral Distress Scale. A través del análisis factorial, fueron identificados y validados cinco construcciones relacionadas a la percepción del sufrimiento moral sufrido. Los resultados indican que la percepción de situaciones que conducen al sufrimiento moral es intensificada en enfermeros; en trabajadores de enfermería que actúan en instituciones con mayor apertura al dialogo, que realizan reuniones de equipo, con menos horas de trabajo y mayor relación del número de profesionales por paciente. Entender el sufrimiento moral nos permite ir más allá de la resolución de los problemas de los propios trabajadores, lo que posibilita así, la elaboración de una ética de sujetos activos y de amplias posibilidades, definidas principalmente por la relación consigo mismo.

DESCRIPTORES: Enfermería; Ética en Enfermería, Agotamiento Profesional.

INTRODUÇÃO

Cotidianamente, verifica-se o quanto a vivência de rotinas exaustivas, estresse, precariedade de cuidados de enfermagem, falta de diálogo, banalização da morte e burocracia, entre outras, acompanhadas de sentimentos de impotência frente às situações de aparente descaso em relação aos pacientes, influenciam a forma de ser e fazer dos trabalhadores de enfermagem¹⁻², o que lhes pode provocar desconforto e sofrimento, sem comumente identificá-lo como sofrimento moral (SM).

Considerado como sentimento doloroso ou desequilíbrio psicológico que resulta do reconhecimento de uma ação eticamente correta que não pode ser adotada, o SM apresenta como causas usuais de ocorrência, nas equipes de enfermagem, o baixo número de trabalhadores associado à alta demanda de cuidados, à falta de tempo para realização das atividades e ao exercício de poder capaz de inibir uma ação moral, política, institucional ou de ordem jurídica³.

Essas características demonstram, numa perspectiva foucaultiana que, para que haja a adoção de uma ação ética, condizente com as perspectivas dos trabalhadores de enfermagem, não é apenas um ato ou a repetição constante de uma conduta que irá garantir sua adoção. Sua ação encontra-se atrelada a algo mais intenso e profundo, ligada a uma relação de si, a uma constituição pessoal de si como experiência viva de sujeito moral⁴.

O SM pode ser entendido como dor ou angústia que pode afetar a mente, o corpo ou as relações interpessoais no ambiente de trabalho, em resposta a uma situação na qual a pessoa reconhece sua responsabilidade moral diante dos conflitos e faz um julgamento moral sobre a conduta correta, porém sente-se impotente para executá-la por constrangimentos, forças opositivas, reconhecendo como inadequada sua participação moral⁵.

Embora sofrimento possa ser experimentado por aqueles que trabalham em cuidados de saúde, principalmente atrelado a altas demandas de trabalho e à exigência constante de produtividade, o SM se refere ao fenômeno do sofrimento associado a dimensão ética dos cuidados na prática da saúde. Quando profissionais de enfermagem e demais profissionais de saúde enfrentam limitações em suas capacidades para a prática ética, sentindo-se forçados a comprometer seus valores e normas pessoais, podem experimentar SM⁶.

Ao mencionarmos o termo ética, compreendendo a necessidade dos profissionais de enfermagem buscarem a elaboração de uma ética de sujeitos ativos e de amplas possibilidades, definidas principalmente pelas relações consigo próprio, verificamos que essas

questões nos levam a necessidade de uma compreensão mais ampla do SM. Ao refletirmos sobre o SM e os problemas da profissão, estamos lidando com algo maior do que uma análise de como as relações de poder se constroem e desconstruem na enfermagem e na saúde, avançando para o modo como os profissionais da enfermagem se transformam em sujeitos, se subjetivam e se constroem como seres éticos⁷, percebendo o SM e enfrentando, ou não, os problemas morais a ele relacionados.

Esta análise nos permite refletir acerca de nossa própria história, tentando libertar nosso pensamento daquilo que nos sujeita silenciosamente, que nos forma e conforma, dando-nos a possibilidade de entender quais jogos de verdade nos temos permitido jogar como profissionais de enfermagem, afetando nossas formas de cuidar, dos outros e de nós, de pensar, agir, refletir sobre si, muitas vezes sentindo-nos incapazes de determinados atos⁴.

Estudos sobre SM enfocam principalmente três diferentes abordagens: situações clínicas; fatores internos ao cuidador; e fatores externos ao cuidador, inerentes ao ambiente de trabalho. Nas situações clínicas, o SM pode ser experienciado quando o profissional de enfermagem percebe o cuidado como desnecessário, injustificável ou fútil. Incluem-se nesta categoria situações de falta de consentimento informado, incompetência de profissionais da saúde ao tratar pacientes, prolongamento da morte com tratamentos agressivos e a posição de mediador do enfermeiro na relação terapêutica⁸.

Quanto aos fatores internos, destacam-se a dificuldade de exercer poder para resolver problemas éticos, falta de conhecimento, aumento da sensibilidade moral e falta de raciocínio crítico. E, por fim, entre os fatores externos, situam-se os constrangimentos institucionais, a cultura institucional, falta de tempo para realização das tarefas, falta de suporte organizacional, existência de conflitos entre políticas e prioridades institucionais frente às necessidades de cuidado, compromisso com a redução de custos e problemas entre a própria equipe⁸.

Nos primeiros estudos sobre SM, predominantemente com abordagens qualitativas, foram entrevistados profissionais, individualmente ou em pequenos grupos⁹. Diferentemente, um instrumento denominado Moral Distress Scale (MDS)³ vem sendo aplicado em estudos quantitativos, em distintas realidades¹⁰⁻¹⁴. Suas questões focavam dilemas, problemas éticos, tratamentos desnecessários, condições inseguras de trabalho, entre outros, sendo possível identificar a vivência de diversos comportamentos relacionados ao SM, em diferentes culturas.

Inicialmente, esse instrumento apresentava 32 questões, operacionalizado mediante a utilização de uma escala Likert de sete pontos, variando de 1 (para nunca ocorrer), a 7 (para

sofrimento muito intenso), sem discriminar, até então, a mensuração da frequência e intensidade do SM. Englobava questões que versavam sobre prolongamento da vida, realização de exames e tratamentos desnecessários, ações profissionais incompetentes por parte da equipe médica e situações de omissão frente aos pacientes³.

Como esse instrumento não apresentava questões sobre o manejo da dor, gerência dos cuidados de enfermagem e sobre a incompetência dos profissionais de enfermagem, foi proposta sua revisão, operacionalizada, então, com 38 questões em duas escalas, a primeira de intensidade de SM e a segunda de frequência de sua ocorrência, ambas variando de 0 (para nunca ocorrer ou nenhuma frequência) a 6 (para sofrimento muito intenso ou muito frequente).

A adaptação transcultural para a língua portuguesa do MDS foi realizada em estudo com enfermeiros brasileiros¹, quando foram identificados e validados quatro constructos relacionados à percepção do SM: *negação do papel da enfermeira como advogada do paciente; falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente; e obstinação terapêutica*. Ao término desse estudo, foi possível confirmar que o instrumento não parecia ter explorado suficientemente o SM referente a problemas morais relacionados, principalmente, a problemas organizacionais já identificados no cotidiano dos profissionais de enfermagem, como a insuficiência de profissionais, a precariedade de recursos materiais¹⁵⁻¹⁶ e a falta de autonomia profissional¹⁷. Ainda, considerando-se que, no Brasil, a enfermagem é exercida por três diferentes categorias, questionou-se como os trabalhadores de enfermagem, e não apenas os enfermeiros, vivenciam SM.

Assim, justificando a necessidade de melhor explorar o SM em profissionais de enfermagem, considerando especificidades do seu cotidiano organizacional, previamente detectadas, este estudo teve como objetivo:

- analisar a frequência e intensidade de sofrimento moral vivenciado por trabalhadores de enfermagem do sul do Brasil contemplando elementos do seu cotidiano profissional.

MÉTODO:

Pesquisa quantitativa do tipo *survey*, exploratória descritiva e de delineamento transversal. Foram sujeitos dessa pesquisa, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem de dois hospitais localizados no sul do Brasil – um público (H1), compreendendo 185 leitos e 295 trabalhadores de enfermagem; um filantrópico (H2),

compreendendo 658 leitos e 387 trabalhadores de enfermagem, divididos em três unidades hospitalares distintas.

No H1, atuam profissionais de enfermagem concursados, com estabilidade profissional e jornadas semanais de 30h, asseguradas após amplo movimento de greve e reivindicação das equipes de enfermagem. No H2, os contratos dos profissionais de enfermagem são regidos pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e carga semanal de trabalho de 36h. A relação de trabalhadores de enfermagem no H1 é de (1,59) trabalhadores por leito, enquanto que no H2 essa relação é de (0,58) trabalhador por leito.

A coleta dos dados ocorreu de setembro de 2010 a abril de 2011, através de questionário auto-administrado, contendo instruções detalhadas sobre SM e sobre o preenchimento do instrumento, apresentando uma parte inicial para a caracterização dos sujeitos, seguida de 39 questões relacionadas a situações específicas que podem provocar SM, enfrentadas no cotidiano da profissão; e uma 40ª questão, mais genérica: *de um modo geral, as situações vivenciadas no trabalho me provocam SM?*

O tamanho amostral foi definido por fórmula matemática específica¹⁸, estabelecendo-se o número mínimo de 245 sujeitos para garantir a confiabilidade estatística do estudo. Foram entregues 350 questionários aos trabalhadores de enfermagem dessas instituições, retornando 291, o que representou 83,14% de retorno. Excluíram-se 44 instrumentos, seja por apresentarem incorreção na marcação das questões, escalas dicotômicas (zero ou seis) ou estarem em branco, sendo a mostra constituída por 247 questionários.

Antecedentes da Pesquisa – Foi realizada uma adaptação do MDS³, previamente testado e validado em língua portuguesa com 21 questões¹, incluindo-se, nesse instrumento, dezoito questões decorrentes do conhecimento produzido por estudos nacionais^{1-2,15-17,19}. Das 39 questões propostas pelo instrumento, 23 foram validadas neste estudo, sendo dez provenientes do instrumento primeiramente validado para a língua portuguesa¹ e treze da versão proposta pelo atual estudo.

O questionário 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. O questionário foi aplicado em duas versões; uma para os enfermeiros e outra aos técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, diferindo apenas nos itens referentes à caracterização dos sujeitos.

Foi realizada uma aplicação piloto em 30 profissionais de enfermagem com características semelhantes à população estudada, buscando realizar a validação de conteúdo. O instrumento demonstrou ser de fácil compreensão e preenchimento, não sendo necessária

nenhuma adaptação na sua linguagem, tendo sido utilizado um tempo médio de 20 minutos para sua aplicação.

O instrumento final desta pesquisa foi validado em cinco constructos, apresentando 23 questões. O alfa de cronbach do instrumento foi 0,95, variando entre 0,79 e 0,91 nos cinco constructos. A variância total explicada pelo instrumento validado foi de 68,99%. A medida de adequação da amostra obtida (KMO) foi de 0,941.

Os dados foram submetidos a três análises distintas, utilizando-se o software estatístico SPSS versão 13.0 (Statistical Package for Social Sciences): 1) estatística descritiva, mediante a utilização de médias e distribuição de frequência, para identificar a intensidade e frequência com que vivenciam o SM; 2) análises de variância entre grupos de respondentes, de acordo com características da amostra para verificar possíveis diferenças significativas entre os grupos de sujeitos respondentes; 3) análise de regressão, buscando avaliar quais constructos possuíam maior efeito na percepção dos profissionais de enfermagem acerca da vivência do SM. O projeto foi antecipadamente julgado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer número 70/2010 (Comitê de Ética Local).

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 47 (19%) enfermeiros, 31 (12,5%) auxiliares de enfermagem e 169 (68,5%) técnicos de enfermagem, sendo 212 (86,0%) trabalhadores do sexo feminino, respectivamente, 43 (17,5%) enfermeiras, 26 (10,6%) auxiliares de enfermagem e 143 (57,9%) técnicas de enfermagem; 67 (27,1%) profissionais de enfermagem são do H1 e 180 (72,9%) do H2. Em relação à idade, 129 (52,2%) trabalhadores de enfermagem têm idade superior a 30 anos, aproximando-se da maturidade. O tempo de trabalho na profissão teve a média aproximada de 6 anos (5,8), com mediana de 4 anos, considerando-se um tempo razoável de atuação profissional. O tempo médio de atuação desses profissionais na sua instituição hospitalar é de 4 anos, com mediana de 2 anos.

Em relação a qualificação profissional, 72,3% dos 47 enfermeiros investiu na sua qualificação profissional: no H1, onze enfermeiros possuíam o título de mestres e dezessete o título de especialista; no H2, apenas seis profissionais concluíram o curso de especialização. Em relação aos técnicos e auxiliares das duas instituições, 70,5% concluíram apenas o seu curso de formação inicial.

Ao serem questionados sobre abertura ao diálogo, no H1, 68,6% dos sujeitos afirmam que sua instituição é aberta ao diálogo, enquanto que apenas 31,1% dos sujeitos da instituição H2 reconhecem essa característica em sua instituição.

A análise descritiva (tabela 1) permitiu identificar as percepções das equipes de enfermagem frente ao SM vivenciado. Cada um dos cinco constructos identificados na pesquisa foi operacionalizado através de um valor numérico, que representa a média aritmética das 23 questões agrupadas previamente pela análise fatorial.

Tabela 1- Índices de intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciado pelas situações representadas nas questões do instrumento validado - Rio Grande - 2012

Fatores	N	Intens	N	Fq
Falta de competência na equipe de trabalho	247	(4,36)	247	(2,57)
q-18. Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente.	247	4,52	247	2,38
q-25. Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	245	4,38	246	2,57
q-31. Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar.	244	4,38	247	2,65
q-29. Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar.	247	4,36	246	2,57
q-33. Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar.	245	4,36	246	2,58
q-32. Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar.	245	4,21	245	2,68
Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente	247	(4,19)	247	(2,37)
q-10. Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades.	247	4,39	247	2,36
q-17. Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.	245	4,30	244	2,34
q-16. Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente.	246	4,13	244	2,45
q-11. Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.	246	3,96	246	2,34
Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade	247	(4,13)	247	(2,26)
q-38. Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde.	247	4,29	247	2,04
q-34. Evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada à negligência profissional.	245	4,23	243	2,09
q-39. Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família.	247	4,17	247	2,33
q-37. Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida quando o paciente terminal já manifestou o desejo de morrer.	246	4,03	246	2,35
q-36. Atuar com profissionais que não esclarecem o paciente	245	3,99	247	2,48

sobre seu estado de saúde e doença.

Condições de trabalho insuficientes	247	(4,08)	247	(2,54)
q-08. Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência ou emergência em um paciente.	247	4,30	247	2,49
q-14. Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos.	244	4,19	245	2,51
q-06. Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes.	241	3,96	241	2,71
q-15. Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos.	242	3,91	245	2,46
Desrespeito à autonomia do paciente	247	(3,77)	247	(1,98)
q-21. Acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca.	247	3,82	246	1,93
q-23. Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer.	246	3,81	245	1,97
q-22. 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.	247	3,79	245	1,86
q-04. Prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar.	247	3,66	247	2,17

Mediante análise fatorial, foram obtidos cinco constructos: *falta de competência na equipe de trabalho*, definido como ausência de habilidade ou competência técnica que cada categoria profissional deveria apresentar ao executar uma atribuição própria da sua profissão¹¹; *negação do papel da enfermagem como advogada do paciente*, definido como o potencial não utilizado pela enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes²⁰; *negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade*, definido como o potencial não utilizado pela enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes no seu processo de terminalidade²⁰; *condições de trabalho insuficientes*, caracterizado como a falta de condições materiais e /ou humanas para a realização do trabalho de enfermagem²¹; *desrespeito a autonomia do paciente*, definido como o desrespeito ao auto-governo, privacidade, escolha individual e liberdade de vontade do paciente²². As médias de intensidade de SM variaram de (3,77) a (4,37) e as frequências de ocorrência de situações que conduzem ao SM variaram de (1,98) a (2,57).

Das análises de variância realizadas, algumas correlações importantes foram identificadas, com índice de significância ao nível de 5%. Primeiramente, através do *Teste T*, buscando encontrar diferenças significativas entre os grupos de dados, verificamos que quanto mais aberta ao diálogo for a instituição, maior a abertura ao diálogo por parte das chefias e

das equipes de enfermagem, além de ser maior a percepção do SM dos trabalhadores em quatro constructos, exceto no constructo *desrespeito à autonomia do paciente*.

Ainda, foram obtidas correlações ao nível de 5% com a realização de análises *post-hoc* no teste de Duncan (tabela 2), possibilitando identificar grupos homogêneos com cada uma das variáveis. Percebemos que, em relação ao tipo de unidade de atuação, as unidades mistas e privadas agrupam-se em bloco distinto, evidenciando-se que o SM é percebido com maior intensidade pelos trabalhadores que atuam em unidades SUS, se correlacionado à questão q-40, e em todos os cinco constructos. Ainda, na correlação entre *categorias profissionais* e o constructo *negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade*, técnicos e auxiliares de enfermagem constituem um grupo isolado, apresentando médias menores de percepção de SM em relação aos enfermeiros.

Destacamos, também, que a percepção do SM dos trabalhadores de enfermagem do H1 mostrou-se superior em relação aos do H2, nos cinco constructos. Ainda, identificamos a percepção superior do SM nos constructos *falta de competência na equipe de trabalho* e *negação da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade* em profissionais que afirmam realizar reuniões com a equipe de trabalho.

Tabela 2 - Comparação da percepção do SM segundo os tipos de unidade, hospital, realização de reuniões e categoria profissional - Rio Grande - 2012

	q-40		Falta de competência na equipe de trabalho		Desrespeito à autonomia do paciente		Condições de trabalho insuficientes		Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade		Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente	
Alpha = 0,5												
Tipo de unidade												
Privada (17)	3,55		3,93		3,38		3,37		3,45		3,85	
Mista (128)	3,71		4,01		3,56		3,84		3,76		3,96	
SUS (122)		4,22		4,87		4,09		4,52		4,71		4,53
Hospital												
H2 (180)	-	-	4,10		3,65		3,81		3,89		4,01	
H1 (47)				5,05		4,08		4,13		4,60		4,68
Realiza reuniões												
Não (150)	-	-	4,21		-	-	-	-	3,98		-	-
Sim (97)				4,60						4,38		
Cat. Profissional												
Auxiliar (31)									4,21			
Técnico (169)	-	-	-	-	-	-	-	-	3,96		-	-
Enfermeiro (47)										4,67		

Significância ao nível de 5%

Na avaliação dos efeitos dos cinco constructos em relação à percepção do SM, mediante o modelo de regressão linear, fixando-se a questão *q-40* como variável dependente, os resultados identificaram relação de significância ao nível de 5% em quatro constructos, com exceção do *negação do papel da enfermagem como advogada do paciente* (tabela 3). O teste obteve como coeficiente de determinação ajustado (R^2) valor de 0,24, representando um valor de 24% de explicação do SM a partir do questionário validado.

Tabela 3 – Análise de variância entre os constructos - Rio Grande - 2012

Variável	B	P
Falta de competência na equipe de trabalho	,185	0,02*
Desrespeito à autonomia do paciente	,350	0,00*
Condições de trabalho insuficientes	,225	0,00*
Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade	,146	0,15*
Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente	,106	0,76

* significância ao nível de 5%

DISCUSSÃO

A falta de competência na equipe de trabalho constituiu-se o constructo que apresentou a maior percepção de SM nos trabalhadores, destacando-se a questão 18 - “Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente” (4,52), e as demais questões relacionadas ao trabalho com profissionais médicos (4,38), enfermeiras (4,36), técnicos e auxiliares de enfermagem (4,38), que não apresentam a competência necessária para atuar ou com estudantes de enfermagem e medicina (4,36).

A percepção do SM nesses casos parece fortemente associada à necessidade de exercício de poder desses trabalhadores, o que pode representar a necessidade de enfrentamentos de conflitos com os demais profissionais ou futuros profissionais, de modo a evitar riscos aos pacientes, garantindo segurança em sua assistência. Essas situações demonstram que, para os profissionais de enfermagem, suas ações não devem estar pautadas apenas no seguimento de condutas ou regras, mas, em algo mais intenso e profundo, ligado a uma relação de si, a uma constituição pessoal de si como experiência viva de um sujeito moral⁴.

Em relação ao constructo que causa maior efeito na percepção de SM, mediante a realização do modelo de regressão, identificamos que *desrespeito a autonomia do paciente* alcançou a maior média no estudo, seguido do constructo *condições de trabalho insuficientes*.

Situações relativas aos constructos *desrespeito a autonomia do paciente e condições de trabalho insuficientes* podem ser vivenciadas cotidianamente e rotineiramente, sem que sua esfera moral seja reconhecida e destacada pelos trabalhadores, causando, dessa forma, uma normalidade aparente que pode se refletir na qualidade do cuidado que, além de uma atividade técnico-científica, também é uma prática moral²³.

Ainda em relação ao hospital H2, diversas situações podem estar associadas à percepção diminuída do SM, dentre as quais, podemos citar, além da menor abertura ao diálogo institucional, e por consequência das chefias e equipes de saúde, a instabilidade laboral, menor relação profissional-leito, maior carga horária de trabalho semanal e a menor qualificação dos profissionais. Essas situações, entretanto, parecem bastante corriqueiras e comuns no cotidiano de muitos profissionais de enfermagem, podendo encontrar na mortificação de seus desejos e na renúncia pessoal²⁴ uma forma de enfrentamento dos seus problemas cotidianos, com implicações tanto para o cuidado de si quanto para o cuidado do outro.

Assim, as formas de renúncia ou mortificação relacionam-se ao modo como esses trabalhadores exercem sua liberdade, submetendo-se a estados em que possivelmente percebiam poucas possibilidades de mudanças, registrando no nível de consciência mais pessoal desses profissionais, características de mortificação que podendo se reproduzir enquanto não forem construídas estratégias de resistência, numa perspectiva ética.

Em contrapartida, no hospital H1, destacamos que o *desrespeito a autonomia do paciente* apresenta-se como o constructo de maior intensidade de percepção de SM. Nesse sentido, consideramos que os trabalhadores dessa instituição, ao usufruírem de estabilidade empregatícia, maior incentivo à qualificação profissional com um programa de progressão funcional e estímulo salarial, uma maior relação de profissionais por leito, menor carga horária semanal de trabalho, resultado de um movimento político de reivindicação coletiva, ao vivenciarem maior abertura ao diálogo, ou seja, tendo seus direitos como cidadãos, aparentemente, mais reconhecidos e respeitados, possivelmente, estejam mais sensibilizados para o reconhecimento dos direitos dos pacientes também como sujeitos, no que se refere ao conhecimento sobre si, seu corpo e sua saúde, à decisão sobre si, quanto ao consentimento prévio necessário para o manuseio do seu corpo, assim como para sua reanimação, ou não, em caso de parada cardíaca.

Esta organização do trabalho no H1, muitas vezes conquistada sob formas de enfrentamento e lutas travadas nos micro-espacos onde a enfermagem atua, demonstra que podemos ser muito mais livres do que pensamos poder ser⁷. Tais avanços, aparentemente,

favorecem, aos trabalhadores, o exercício de seus direitos e deveres de forma mais consciente e ampla, compreendendo que mesmo em meio a essas conquistas, se compararmos ao vivenciado no hospital H2, o que pode ser melhorado para que a enfermagem se efetive como profissão que advoga pelos direitos do paciente¹¹.

A advocacia dos interesses do paciente na terminalidade, em situações de morte evitável², de ser cuidado no seu processo de morrer, de ser informado da sua condição, sendo consultado acerca de como deseja vivenciar esse processo, sendo respeitado em suas manifestações, evidencia em sua essência uma relação direta com a moral, constituindo-se em atividade fundamental da enfermagem, podendo gerar SM quando o profissional de enfermagem não consegue desempenhar esse papel de maneira que satisfaça seus ideais²⁵.

Ao mencionar os profissionais de enfermagem, cabe destacar as diferenças existentes em sua composição como equipe, cujos trabalhadores apresentam diferentes formações profissionalizantes e até mesmo culturais, oriundos de distintos contextos sociais. Nesse estudo, constatamos diferenças na percepção do SM, de acordo com a categoria profissional, ou seja, uma maior intensidade de percepção do SM nos profissionais enfermeiros no constructo *negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade*.

Essa percepção ampliada pode estar associada a diversos fatores, tais como: formação profissional de nível superior desses profissionais, pautada em diretrizes curriculares²⁶ que direcionam o profissional enfermeiro ao cuidado integral; qualificação profissional com realização de cursos de pós-graduação; maior conhecimento em relação ao viver saudável, adoecer e morrer dos clientes, aos seus direitos de acesso a informações sobre o processo de saúde-doença vivido e de decisão quanto a melhor conduta em seus cuidados e tratamentos, elementos que, aparentemente, contribuem para as diferenças identificadas.

Constatamos, também que apenas 29,5% dos técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem investiram em sua formação profissional após o término de seu curso de formação inicial. Assim, a percepção dos problemas na área da saúde e da enfermagem em sua esfera moral parece favorecida quando a qualificação e competência profissional são mais elevadas¹⁻¹⁷. Uma barreira identificada para os profissionais de enfermagem compreenderem a importância de agirem coletivamente, e de quanto o seu conhecimento profissional poderia modificar a realidade é a educação em enfermagem²⁷.

A percepção mais intensificada do SM por trabalhadores que atuam em unidades SUS frente aos de unidades privadas ou mistas (SUS/Privadas) foi verificada. Esta situação pode estar associada ao exercício mais pleno do papel da enfermagem na advocacia do paciente, principalmente quando, em algumas unidades SUS, o atendimento se destina a pacientes cujas

condições sociais e econômicas são pouco favorecidas e que, em geral, recebem menores esclarecimentos se comparados a pacientes de unidades privadas²⁸, muitas vezes, não suficientemente orientados sobre seus direitos ou, até seu direito a usufruir de direitos.

No entanto, verificamos que no hospital H1, cuja percepção do SM em todos os constructos foi mais intensa, quanto à percepção do SM, o atendimento é restrito a pacientes conveniados ao SUS, situação que pode ter influenciado positivamente na percepção do SM nestas unidades.

Outra situação de destaque é a relação da instituição aberta ao diálogo com chefias e equipes, destacando-se a comunicação e seu potencial positivo no trabalho quando efetiva e aberta²⁹. Foi identificado que a instituição aberta ao diálogo se reflete em maior abertura ao diálogo com chefias e equipes, conforme indicaram os resultados. O diálogo parece situar-se como relevante para a percepção do SM e, conforme achados de estudo que aplicou o MDS em enfermeiras americanas, até mesmo para seu enfrentamento¹¹.

A realização de reuniões com a equipe de enfermagem demonstrou resultados importantes, uma vez que uma maior percepção do SM foi constatada nos ambientes em que se realizam reuniões. Diferentemente do estudo desenvolvido anteriormente com enfermeiros brasileiros¹ em que 70,2% dos enfermeiros afirmaram realizar reuniões com a equipe, podemos perceber que a frequência de ocorrência das reuniões foi baixa; no entanto, comparando as informações sobre a realização de reuniões com os dados relacionados à percepção do SM, distinta nos dois hospitais, verificamos que eles apresentam significativa relação.

Na instituição H2, cuja percepção do SM é menor, apenas 36,6% dos trabalhadores afirmam que participam de reuniões com suas equipes, enquanto que na instituição H1, o número de sujeitos que afirma participar de reuniões aumenta para 46,3%, dados que podem estar também associados às características organizacionais dessa instituição. Nesse sentido, destacamos a estabilidade dos profissionais de enfermagem, o que pode favorecer a existência de maiores espaços para o diálogo, o encontro, a comunicação e expressão de sentimentos e percepções, o que, possivelmente, ocorrerá em reuniões de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ambientes hospitalares com organizações distintas podem ser relevantes para as diferenças identificadas quanto à percepção do SM, uma vez que uma maior abertura ao diálogo, liberdade para agir, resolutividade, estabilidade profissional, maior relação de

trabalhadores de enfermagem por leito, melhores salários, entre outros, contribuem para uma maior percepção e enfrentamento das situações que conduzem ao SM.

Neste enfoque, compreender o SM nos permite ir além da resolução dos problemas dos próprios trabalhadores, chegando a configurar de maneira mais ampla e reflexiva a situação da própria instituição e do sistema de saúde que podem estar imperceptivelmente dificultando os cuidados de enfermagem e a atenção integral na saúde, favorecendo, assim, a elaboração da ética de sujeitos ativos e de amplas possibilidades, definidas principalmente pelas relações consigo próprio.

O SM no trabalho da enfermagem parece estar associado à necessidade de constantes indagações, discussões e reflexões entre as equipes. Quando os profissionais pautam suas ações em valores reconhecidos como éticos na área da saúde e da enfermagem, parecem estar mais protegidos em suas decisões, o que pode favorecer a si e ao próprio cliente. Nesta perspectiva, parece ser uma alternativa eficaz aos profissionais de enfermagem, questionarem-se, estranharem-se com os fatos diários, problematizando o cotidiano e as relações instituídas, buscando, nas pequenas singelezas do dia a dia, formas de desnaturalizar práticas previamente estabelecidas e comumente aceitas. Faz-se necessário o enfrentamento das situações que conduzem ao SM, de modo que sejam construídas novas economias nas relações de poder instituídas nos ambientes de saúde, utilizando-se de formas de resistência como ponto de partida.

Este estudo teve, como limitações, sua realização em uma amostra de profissionais de enfermagem de uma única região no sul do Rio Grande do Sul, que apesar de representativa em dois hospitais, um público e um privado, possivelmente não se assemelhe aos múltiplos contextos de saúde a serem identificados no Brasil, não podendo, portanto, ter seus resultados generalizados para todo país.

Ainda, destacamos a percepção distinta de enfermeiros frente ao SM que, em comparação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, foi tanto mais intensa quanto mais frequente. Esse dado remete à questionarmos a necessidade de utilização de instrumentos distintos para a verificação do SM, buscando explicitar, de modo mais específico, características e atribuições próprias aos profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Ainda, destacamos a importância de investimento na qualificação dos profissionais de enfermagem, de modo a contribuir em seu fortalecimento para uma atuação competente e ética.

REFERÊNCIAS

1. Barlem ELD. Vivencia do Sofrimento Moral no Trabalho da Enfermagem: percepção da enfermeira. (Dissertação). Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, 2009.
2. Dalmolin GL. Sofrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa. 2009. 97 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2009.
3. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33(2):250-56.
4. Foucault M. O uso dos prazeres. História da sexualidade. 2. ed. São Paulo: Graal, 1984.
5. Nathaniel A. Ethics and human rights. *Americ. Nurs. Assoc.* 2002;1(2):3-8.
6. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered Nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing ethics*, v.16, n.5, p.561-73, 2009.
7. Foucault M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal, 1995. Hamric AB, Davis WS, Childress MD. Moral distress in health care professionals. *The Pharos*. 2006;69(1):16-23.
8. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*. 2007;35(2):422-9.
9. McCarthy J, Deady R. Moral Distress reconsidered. *Nursing Ethics*. 2009;15(2):254-62.
10. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*. 2007;35(2):422-9.
11. Corley MC, Ptlene M, Elswick RK, Jacob M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 2005;12(4):381-90.
12. Mobley MJ, Mohamed YR, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intens Crit Care Nurs*. 2007;23(1):256-63.
13. Zuzelo RP. Exploring the Moral Distress of Registered Nurses. *Nurs Ethics*. 2007;14(3):343-59.
14. Khoiee EM, Vaziri MH, Alizadegan S, Motevallian AS, Kashani OMR, Goushegir SA, Ghoroubi J. Developing the Moral Distress Scale in the population of Iranian nurses. *Iran J Psychiatry*. 2008; 3(1):55-58
15. Bulhosa MS. Sofrimento moral no trabalho da enfermagem. Rio Grande: FURG, 2006. 82p. Dissertação. (Dissertação) Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, 2006.
16. Dalmolin GL. O sofrimento moral para os trabalhadores de enfermagem no desempenho profissional: aproximações e distanciamentos de duas realidades. 2007. Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2007.

17. Silveira RS. A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético. 2006. 225 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2006.
18. Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. Lisboa. 2002.
19. Carvalho KK. 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.
20. Grace PJ. Professional advocacy: widening the scope of accountability. *Nursing Philosophy*. 2001;2(2):151-62.
21. Kurcgant P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro. 2005
22. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 2002;(9)6:636-50.
23. Blondeau D. Nursing art as practical art: the necessary relationship between nursing art and nursing ethics. *Nursing Philosophy*. 2002;3(3):252-9.
24. Foucault M. *Tecnologías Del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós, 1990.
25. Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS, Santos SSC, Silveira RS, Bao ACP, et al. Sofrimento moral e a dimensão ética do trabalho de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*. 2009; 62(4):599-603.
26. Brasil. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 07 de novembro de 2001: institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. *Diário Oficial da República Federativa da União*. Brasília (DF) 2001 nov 9; Seção 1:37.
27. Kagan PN. Historical voices of resistance: crossing boundaries to praxis through documentary filmmaking to the public. *Advances in Nursing Science*. 2009;32(1):19-32
28. Chaves PL, Costa VT, Lunardi VL. A enfermagem frente os direitos de pacientes hospitalizados. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(1):38-43.
29. Santos JLG, Prochnow AG, Lima SBS, Leita JL, Erdmann AL. Concepções de comunicação na gerência hospitalar de enfermagem entre enfermeiros gerentes de um hospital universitário. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011;45(4):959-65.

4.3 Artigo 3

SOFRIMENTO MORAL NO COTIDIANO DA ENFERMAGEM: TRAÇOS OCULTOS DE PODER E RESISTÊNCIA¹

MORAL DISTRESS IN NURSING DAILY ROUTINE: HIDDEN EVIDENCE OF POWER AND RESISTANCE

SUFRIMIENTO MORAL EN LA RUTINA DIARIA DE ENFERMERÍA: LÍNEAS OCULTAS DE PODER Y RESISTENCIA

**Edison Luiz Devos Barlem²
Valéria Lerch Lunardi³
Guilherme Lerch Lunardi⁴**

RESUMO: objetivando conhecer as estratégias de resistência adotadas por trabalhadores de enfermagem, diante de situações de enfrentamento do sofrimento moral, numa perspectiva ética, realizou-se pesquisa qualitativa mediante entrevistas semi-estruturadas com quinze trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do extremo Sul do Brasil. Através de análise textual discursiva e referencial teórico foucaultiano, foram construídas duas categorias: 1) *negação de si e do outro* – em que se percebe que os trabalhadores de enfermagem podem executar ações que se pautam predominantemente por imobilismo e conformismo, evitando enfrentamentos de quem representa o poder nas situações que lhes provocam sofrimento moral; 2) *possibilidade de cuidado de si e do outro* – em que os trabalhadores de enfermagem diante de situações que lhes provocam sofrimento moral exercem poder e resistência. A enfermagem necessita utilizar formas concretas de modificação dos ambientes de trabalho resultantes de relações construídas no coletivo, do exercício de relações de poder e resistência.

PALAVRAS CHAVE: Esgotamento profissional; Poder, Ética, Enfermagem.

¹ Artigo a ser encaminhado a revista Texto e Contexto Enfermagem, derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: Sofrimento Moral Reconfigurado: uma visão foucaultiana; apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGEnf-FURG. As normas podem ser observadas em: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/conteudo.php?&sys=bd&id=17>

² Enfermeiro. Doutorando do PPGEnf-FURG. Professor da Escola de Enfermagem da FURG. Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem/Saúde – NEPES-FURG. Rua Dr. Nascimento 115, centro. Rio Grande, RS. CEP- 96200-300. E-mail: ebarlem@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnf-FURG. Líder do NEPES-FURG. Pesquisadora do CNPq.

⁴ Administrador de Empresas. Doutor em Administração. Docente do PPGEnf-FURG.

ABSTRACT: order to understand the strategies of resistance adopted by the nursing staff, in situations of confrontation of moral distress, from an ethical perspective, a qualitative research was conducted through semi-structured interviews with fifteen nursing professionals, from a public hospital in southern Brazil. Through Textual Discourse Analysis and Foucault's theoretical reference frame, two categories were established: 1) *denial of self and other* – where we realized that, in situations leading to moral distress, nursing staff may carry out actions characterized mainly by inertia and conformism, avoiding confrontation with those in power; 2) *ability to care for oneself and for others* - in which, nursing staff in situations leading to moral distress, exercise power and strength, either through individual or collective actions. Nursing needs to use accurate methods to change the work environment, resulting from relationships built in the collective exercise of power and resistance.

KEYWORDS: burnout, power, ethics, nursing.

RESUMEN: objetivando conocer las estrategias de resistencia adoptadas por trabajadores de enfermería, frente a situaciones de enfrentamiento del sufrimiento moral, desde una perspectiva ética, se realizó una investigación cualitativa mediante entrevistas semi-estructuradas con quince trabajadores de enfermería de un hospital universitario del sur de Brasil. A través del análisis textual discursiva y referencial teórico Foucaultiano, fueron construidas dos categorías: 1) negación del yo y del otro – en que se percibe que los trabajadores de enfermería pueden ejecutar acciones que rigen principalmente por la inercia y el conformismo, evitando choques de quien representa el poder en las situaciones que le causan sufrimiento moral, 2) posibilidad de cuidar de sí y del otro – en que los trabajadores de enfermería frente a situaciones que le causan sufrimiento moral ejercen poder y resistencia. La enfermería necesita utilizar formas concretas de modificación del ambiente de trabajo resultante de las relaciones construidas en el colectivo, en el ejercicio de las relaciones de poder y resistencia.

DESCRIPTORES: Agotamiento Profesional; Poder; Ética; Enfermería.

INTRODUÇÃO

No cotidiano profissional, diversas situações parecem repercutir em sofrimento e angústia para os trabalhadores de enfermagem. Destacam-se as relações de poder com pacientes, chefias, e as diversas equipes da área da saúde, envolvendo questões morais e valores relacionados a fragilidades identificadas no atendimento, insuficiência de trabalhadores de enfermagem, precariedade de recursos materiais e a própria organização do trabalho predominantemente burocratizada, fria e tecnicista.¹

O profissional de enfermagem pode vivenciar um intenso desconforto, nem sempre compreendido de maneira clara e precisa, que pode ser identificado como sofrimento moral (SM), um sentimento decorrente da incoerência entre suas ações e suas convicções pessoais e profissionais.² O trabalhador de enfermagem acredita que uma ação específica seria a mais correta a ser adotada a partir de seus valores, porém, entende como quase impossível tomar essa ação, podendo contribuir para essa situação os erros de julgamento, as fraquezas de caráter ou mesmo circunstâncias alheias ao seu controle pessoal.³

Assim, quando os trabalhadores de enfermagem e os demais trabalhadores de saúde, enfrentam limitações em suas capacidades para a prática ética, sentindo-se forçados a comprometer seus valores e normas pessoais, eles podem experimentar o SM.⁴

No cotidiano profissional, enfrentamentos diversos são exigidos aos trabalhadores de enfermagem diariamente, desde a defesa dos pacientes, dos interesses das instituições de saúde, até dos seus próprios desejos e necessidades pessoais, muitas vezes esquecidos ou banalizados, relacionados ao exercício da autonomia, do cuidado de si e do outro, envolvendo relações de poder e simultaneamente de resistência, comumente sequer percebidas pelos sujeitos envolvidos.

Estas relações de poder apresentam o imediatismo como característica marcante, uma vez que direcionam seus atos ao perigo mais próximo, mais iminente, questionando o próprio estatuto do indivíduo. Da mesma forma que permitem e se sustentam nas diferenças, segregam tudo aquilo que tornam o indivíduo um indivíduo, separando-o de suas relações com os outros, fragmentando o cotidiano e ligando-o a si mesmo, reforçando sua própria identidade, nem sempre positivamente.⁵

A identidade com a enfermagem e com seus valores, e a recorrência dessas situações, levam à necessidade de repensar as práticas dos profissionais de enfermagem sob um prisma das relações de poder, revendo relações e ações em uma perspectiva ético-estética. Foucault ressaltou a necessidade de refletir e questionar o cotidiano, de forma a problematizar a

realidade e não realizar, de maneira prescritiva, orientações focadas em determinados contextos. Problematizar, estranhar-se com fatos diários, com relações instituídas, intrigar-se com o que consideramos natural, uma vez que o perigo se encontra nas situações mais evidentes e banais, demonstra a necessidade de revermos racionalidades impostas pela sociedade⁵ e também pela nossa própria construção como sujeitos e trabalhadores de enfermagem.

O entendimento de poder como relações de forças com a imanente possibilidade de resistência permite um novo olhar sobre os diversos campos relacionais da enfermagem, quer sejam com chefias e administração, com trabalhadores da saúde e pacientes; permite revelar que lutas, saberes, práticas e estratégias de enfrentamento têm possibilitado a defesa de valores morais e profissionais, influenciando a construção moral dos sujeitos trabalhadores de enfermagem, principalmente nas situações decorrentes da vivência do SM.⁶

Ser “sujeito” significa estar preso a própria identidade nas atitudes que venha a tomar, explicitando uma forma de dependência, de sujeitar e assujeitar-se ao outro, agindo, mas também tornando-se alvo de ações e de reações humanas, constantes, diretas, difusas, mutáveis e que possuem em comum a instabilidade.⁵ Neste enfoque, compreender o SM vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem requer o estudo do indivíduo a partir de suas relações de poder e também de resistência, numa perspectiva ética, não considerando um ponto específico de origem ou de localização deste poder que é transversal, sem delimitação geográfica e que possui por objetivo a própria relação de poder como tal.⁵

Assim, tivemos como objetivo: conhecer as estratégias de resistência adotadas pelos trabalhadores de enfermagem, diante de situações de enfrentamento do SM, numa perspectiva ética.

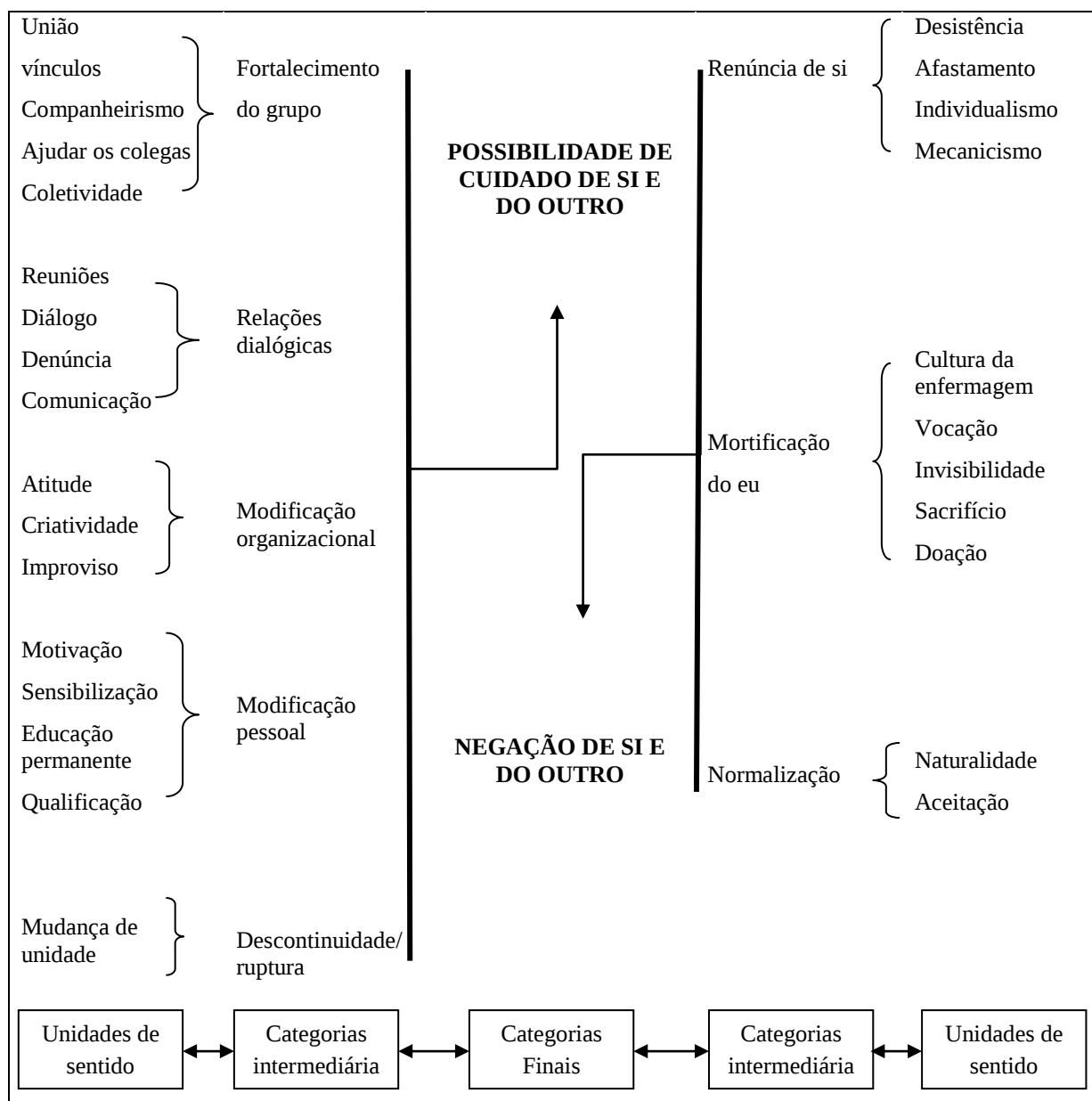
MÉTODO

Pesquisa qualitativa, desenvolvida em um hospital universitário localizado no sul do Brasil, mais especificamente em uma unidade de clínica médica com 49 leitos, atendida por uma equipe de enfermagem constituída por 9 enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem e 18 auxiliares de enfermagem, distribuídos em quatro turnos. A partir da apresentação da proposta e do convite aos trabalhadores de enfermagem, foram selecionados intencionalmente 5 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem e 4 auxiliares de enfermagem, todos identificados com a letra E, T ou A, de acordo com a inicial de sua categoria profissional, seguida de uma numeração sequencial.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas, com uma duração média de 30 minutos, enfocando as estratégias de resistência adotadas frente situações de SM vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem. A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro a abril de 2011.

Após sua transcrição, realizou-se a Análise Textual Discursiva (ATD)⁷, forma de análise que transita entre a análise de conteúdo e análise de discurso. O processo iniciou-se com a unitarização dos dados, mediante a fragmentação das entrevistas em unidades de significado, o que possibilitou gerar outros conjuntos de unidades oriundas das interlocuções empírica e teórica, além das interpretações realizadas. Neste movimento de interpretação de significados, foram atribuídas vozes aos dados para melhor compreender o texto.

Figura 1- Análise textual discursiva -unidades e níveis de categorização – Rio Grande - 2012



Posteriormente a essa unitarização, realizada com intensidade e profundidades pertinentes à pesquisa qualitativa, passou-se à articulação dos significados entre suas similitudes, em um processo denominado categorização. Durante essa etapa, reuniram-se as unidades de significado por semelhança e aproximação, em categorias intermediárias, gerando, a seguir, duas categorias de análise.⁷ Os preceitos éticos foram obedecidos em sua totalidade (parecer n. 70/2010 do Comitê de Ética local).

RESULTADOS

A partir da análise dos dados foram construídas duas categorias apresentadas a seguir: *negação de si e do outro; possibilidade de cuidado de si e do outro.*

NEGAÇÃO DE SI E DO OUTRO

Nesta categoria, estão presentes estratégias de individualismo e aceitação frente a situações que desencadeiam a vivência do SM, numa aparente negação de si e dos próprios valores, evitando seu envolvimento na resolução de problemas, limitando-se a um contato mínimo com os pacientes, priorizando um número reduzido de atendimentos a poucos pacientes ou pautando suas ações mediante o entendimento que a enfermagem é a profissão da doação e do sacrifício pessoal.

Percebe-se a aceitação e conformismo com práticas do cotidiano profissional, mesmo que reconhecidas como inadequadas, associadas possivelmente a uma crença em sua imutabilidade e ao que é esperado e reconhecido como próprio da profissão: *Eu vejo diariamente que muitos profissionais sofrem e até muitos profissionais que estão acomodados, eles continuam sofrendo; só que às vezes as pessoas estão tão submersas nesse sofrimento e nesse não fazer, nessa estagnação, que elas não conseguem visualizar que precisam sair disso; que não se envolver também traz sofrimento, e muito (E1).*

Nesse sentido, é possível perceber distanciamento e adoção de uma conduta evasiva dos trabalhadores de enfermagem frente aos pacientes, evitando seu envolvimento na busca da qualificação da assistência oferecida pelos trabalhadores aos pacientes, limitando-se a ações fragmentadas, emergenciais, pontuais, reconhecidas como as possíveis. Ao optarem por um distanciamento dos pacientes com um relacionamento mais distante, os trabalhadores parecem sensibilizar-se menos frente à dor e ao sofrimento vivenciados pelos sujeitos que se encontram internados, o que pode resultar em um afastamento ainda maior dos demais

trabalhadores da saúde, uma vez que a negação da realidade dos pacientes pode dificultar o trabalho em equipe.

Uma aparente desistência de defesa da preservação dos valores profissionais pode ser evidenciada nas manifestações de trabalhadores, em seu microespaço de trabalho, em relação aos pacientes, ou mesmo quanto a sua identidade profissional: *Eu desisti! Eu não quero mais, deixa para lá. Eu não vou brigar mais, eu não vou discutir mais e principalmente eu não vou me expor mais (A1).*

Devido à alta demanda de serviço e ao número reduzido de pessoal de enfermagem, situação ressaltada no estudo como fonte de SM, também foi percebida a decisão de trabalhadores de priorizarem pacientes que, em suas concepções, parecem necessitar de cuidados de enfermagem, em maior quantidade, mais urgentes e complexos, preterindo os demais que exigem cuidados de enfermagem mais simples e em menor número o que parece assegurar, a esses profissionais, maior gratificação pessoal e conforto: *Para conseguir aliviar e voltar no próximo plantão eu só enxergava aquele paciente que realmente precisava, ou alguns que precisavam. Para esses pacientes eu me dedicava mais e desenvolvia mais o meu conhecimento e então me sentia um pouco melhor (E5).*

Diante da aparente dificuldade de realizar enfrentamentos numa tentativa de modificar e qualificar os ambientes organizacionais, quando as condições de trabalho se mostram ainda mais precárias, com a falta de recursos materiais, ações pautadas pelo individualismo parecem ser as estratégias mais comumente desenvolvidas: *Tu chegas pra trabalhar e falta material; ai muita gente, infelizmente isso é da nossa cultura da enfermagem, muita gente tem o material, mas guarda nas suas coisas, guarda nos seus armários, dizendo “Ah! Não pode, se eu não guardar vai faltar pra mim” (A3).*

Foi possível constatar, ainda, que alguns trabalhadores parecem visualizar a enfermagem como uma profissão associada à doação e à mortificação pessoal, frente à alta demanda de trabalho, favorecendo a aceitação de uma aparente missão de sacrifício e sofrimento decorrente, associados a quem exerce a enfermagem. Dessa forma, uma naturalização de sacrifício imputada à profissão enfermagem pode servir como forma de resistência possível, ofuscando a compreensão e percepção do SM. *Acho que quando entras na área da enfermagem, tens que saber que vais ter que te doar (T1); Sempre tentei superar de algumas formas, como deixar de ter horário de descanso para realizar todas atividades (E5); Isso é enfermagem, é para quem gosta e não é para qualquer um (A1).*

POSSIBILIDADE DE CUIDADO DE SI E DO OUTRO

Nesta categoria, encontram-se estratégias éticas frente ao SM e à necessidade de adequar emergencialmente os contextos de trabalho, a fim de assegurar melhores condições de cuidado aos pacientes e à própria equipe profissional. Grande parte dos trabalhadores de enfermagem refere adotar estratégias de resistência relacionadas à tentativas de modificar a organização e o ambiente de trabalho onde desenvolvem suas atividades laborais. Reuniões, mudanças de protocolos e de rotinas, a busca de qualificação profissional e capacitações são estratégias comumente referidas, partindo usualmente de decisões tomadas pelo grupo que reconhece suas fragilidades: *conscientização, qualificação, capacitação, valorização, tudo isso motiva o grupo. Cada dia que acontecem capacitações, eu vejo que a equipe vem diferente no outro dia (T3).*

Problemas relacionados à organização do trabalho, principalmente no que se relaciona à falta de recursos materiais para a sua execução, costumam ser enfrentados através do uso da criatividade do profissional de enfermagem, valor destacado pelos entrevistados como inerente à profissão. Mesmo que a criatividade possa ser reconhecida como custosa e desgastante, como na improvisação de materiais para realização dos procedimentos, pode, também, ser entendida como uma estratégia de resistência e de enfrentamento do SM, diante das dificuldades vivenciadas: *se eu não tenho um pacote de gaze, a primeira reação que eu tenho é de raiva. “poxa, eu não tenho um pacote de gaze!” ai depois tu pára para pensar e vira indignação, “ah! se não tem gaze o problema não é meu, o paciente é que vai ter que ficar sem curativo!” Mentira! Eu não vou conseguir deixar o paciente sem curativo, eu vou sair daqui, eu vou buscar em outra unidade, eu vou procurar alguma unidade que me empreste, mas eu vou lá, vou ser criativo e tentar fazer o curativo daquele paciente (A4).*

Demonstrar iniciativa e criatividade parece refletir-se positivamente no grupo, fortalecendo o espírito de equipe e encorajando o senso de advocacia do paciente por parte dos trabalhadores de enfermagem, retroalimentando mecanismos de criatividade, de investimento na organização do trabalho e principalmente de denúncia de situações moralmente incorretas. O profissional, ao se reconhecer como responsável pelo cuidado do paciente e com possibilidades de atuar beneficentemente em seu tratamento, sente-se mais encorajado a mobilizar-se para enfrentar situações que reconhece como moralmente inadequadas: *eu virei para ela e perguntei se ela estava brincando, por que eu achava que ela estava brincando, mas não estava. Eu disse pra ela, que se um dia ela adoecesse e todos dias lhe dessem sopa ou a mesma comida ela não iria querer comer. As pessoas aqui tem o direito de pedir o que*

precisam, é para isso que realmente estamos aqui (E1); muitas vezes tu vê algumas coisas nos médicos, nos enfermeiros e nos teus colegas que não é o certo, mas aí tu comunicas e se toma uma atitude (A2).

Ainda, diante da percepção da transgressão de valores morais, de fragilização do cuidado dispensado aos pacientes, e de dificuldades de enfrentamento dos sujeitos envolvidos nessas situações, alguns trabalhadores, a partir de um processo reflexivo e como uma prática de cuidado de si, optam por se afastar desses ambientes de trabalho: *às vezes tu vê algumas coisas que acontecem e tu queres sair da unidade. Até mesmo se tu é um bom funcionário, isso afeta, pois tu não consegue ver as coisas acontecendo (A2).*

DISCUSSÃO

O estudo demonstra que, no cotidiano profissional, frente ao SM, os trabalhadores de enfermagem podem executar ações que se pautam predominantemente por imobilismo e conformismo, evitando enfrentamentos diretos de quem representa o poder nas situações vivenciadas; podem exercer poder, mediante ações e reações emergenciais e, também, construir ações e reações coletivas. Nesse sentido, percebemos uma tentativa dos profissionais de enfermagem desenvolverem uma nova economia nas relações de poder, na utilização da resistência como um verdadeiro catalisador químico frente a toda relação de poder.⁵

Possivelmente sem compreenderem suficientemente as relações de poder em que estão imersos e os exercícios de poder que implementam, seja agindo e reagindo, seja se omitindo, profissionais de enfermagem manifestam desconforto quando reconhecem não executar as ações que acreditam serem as mais corretas, vivenciando os efeitos do SM, mesmo podendo não identificá-lo como tal. Tais situações demonstram a necessidade de um olhar crítico e questionador à profissão de enfermagem e ao seu entorno, com a máxima atenção a tudo o que parece natural, pequeno, banal, desinteressante ou obscuro, tal como as práticas diárias e até mesmo os pequenos gestos que passam despercebidos nas tramas cotidianas.⁸

Parece interessante destacar que nenhum profissional entrevistado mencionou a palavra poder quando questionado sobre as situações que enfrentava em seu cotidiano de trabalho, possivelmente por não identificar as relações de poder e de forças em que estão imersos; no entanto, a pouca visibilidade da enfermagem foi repetidamente mencionada. A problematização da falta de visibilidade profissional, no entanto, parece demonstrar a percepção das relações de forças continuamente em embate no seu cotidiano de trabalho, apesar do insuficiente reconhecimento das suas possibilidades de exercício de poder no

sentido de visibilizar essa profissão e a relevância de seus valores profissionais, de modo a implementar o que acredita.

Reforçando uma postura histórica de docilidade, doação e sacrifício, a primeira categoria de análise demonstra que alguns profissionais adotam estratégias de individualismo e permanecem sustentando e reforçando a concepção de que o trabalho em enfermagem relaciona-se ao exercício de práticas pautadas pela abnegação e negação de si, participando de jogos de poder que reforçam a falta de expressividade e visibilidade da profissão. Dessa maneira, a aceitação e um *aparente imobilismo frente ao existente* pode ser entendida como uma estratégia de enfrentamento do SM, pela decisão de profissionais de enfermagem de, silenciosamente e numa aparente omissão, executarem o que lhes parece provocar menor sofrimento. Para esses profissionais, parece menos penoso acatar ordens, obedecer ao instituído e seguir o que determina a organização, sem expressar uma forma de resistência ética e transformadora⁸, ao invés de executar o que poderia lhes parecer o mais correto.⁹

Ao dissociar a subjetividade do indivíduo, transformando-a de maneira silenciosa e disciplinar¹⁰⁻¹¹, impondo-lhe uma nova forma de ser e estabelecer suas relações profissionais, alguns profissionais entrevistados relatam relacionar-se com os pacientes de maneira fragmentada e distante. Ao optarem por afastar-se dos pacientes e não realizar o enfrentamento de situações potencialmente geradoras de SM, os profissionais de enfermagem aparentemente optam não por evadir-se da profissão, mas de seus valores, crenças e por fim dos próprios ideais da profissão enfermagem.¹²

Ainda, derivando dessas situações, podemos perceber traços de renúncia e mortificação do eu em contextos da prática de enfermagem. Não resistir a quem representa o poder pode significar renunciar a si mesmo, aos seus desejos e paixões, assim como ao melhor cuidado que poderia ser prestado aos pacientes, constituindo-se em uma estratégia de enfrentamento dos problemas cotidianos e do SM provocado.

Entretanto, as formas de renúncia ou mortificação podem induzir ao não uso da liberdade pessoal, numa submissão dos próprios profissionais a vivenciarem estados em que poucas possibilidades de mudança podem ser percebidas¹³, com possível comprometimento das ações de cuidado. Assim, pode-se considerar que possivelmente pouco compreendem a dimensão ética envolvida em suas ações e omissões frente às relações de poder enfrentadas, seja com as chefias da instituição hospitalar, com os diferentes profissionais da equipe de saúde, com os pacientes atendidos.

As formas de resistência percebidas como a renúncia, a aceitação das situações cotidianas e a mortificação dos interesses profissionais nos levam à compreensão de que ao

refletirmos sobre problemas vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem e o decorrente SM, não estamos apenas enfocando como as relações de poder se constroem e desconstroem na enfermagem e na saúde, avançando também para o modo como os profissionais da enfermagem se transformam em sujeitos, se subjetivam e se governam, nem sempre como seres éticos.¹⁰

Ao mencionarmos o termo governo, principalmente aludindo ao governo de si e dos outros, direcionamos nossas análises à segunda categoria aqui apresentada. Nessa, destacam-se as estratégias de resistência modificadoras, primeiramente do contexto organizacional da instituição hospitalar e dos ambientes onde a prática de enfermagem se desenvolve, passando a estratégias de modificação pessoal, através da criatividade, da reflexão ou da qualificação profissional.

O discurso, neste contexto, seja em relações dialógicas, seja na denúncia de situações reconhecidas como de desrespeito aos sujeitos e aos valores profissionais, constitui-se em exercício de poder, demonstrando que a minúcia da técnica discursiva pode gerar resultados positivos quando utilizada como forma de resistência frente a situações que levam à vivência de SM¹⁴, caracterizando-se também como expressão de cuidado de si dos trabalhadores de enfermagem.¹⁵

Constituindo-se como importante ferramenta veiculadora de informações, muitos profissionais acreditam que denunciar atos incorretos parece ser a forma de resistência mais eficaz, uma vez que essa atitude pode repercutir em mudanças significativas para a qualidade do cuidado. Assim, o falar verdadeiro denominado *parrhesia*, o exercício do diálogo e da denúncia são apontados como técnicas de si, como estratégias de resistência ao SM, numa perspectiva ética, presentes no contexto dos profissionais deste estudo.¹⁵

Os profissionais, ao utilizarem estratégias de cuidado de si e dos outros, optam por estratégias predominantemente coletivas, evidenciando que “constituir-se como sujeito que governa implica que se tenha constituído como sujeito que cuida de si” e também dos outros.^{16:280} Assim, um dos pontos fundamentais das práticas de si e do cuidado de si é que os mesmos não se constituem em exercícios de solidão, mas engajam-se no campo das práticas coletivas, reforçando o espírito de grupo: “o cuidado de si aparece, portanto, intrinsecamente ligado a um serviço de alma que comporta a possibilidade de um jogo de trocas com o outro e de um sistema de obrigações recíprocas”, reforçando a responsabilidade dos profissionais de enfermagem com os pacientes.^{17:59}

Do ponto de vista pessoal, ocupar-se consigo é voltar-se para si mesmo como sujeito de ação, nas relações pessoais e com o outro.¹⁵ O cuidado de si é um ato vital, representado

pela infinita e complexa variedade de atividades que o profissional realiza durante sua existência. Como construção humana, é o resultado de um processo socializador envolvendo costumes, hábitos, atitudes, crenças, valores, representando, assim, a autovalorização, a sensibilidade e o compromisso social e consigo mesmo.¹⁸

No contexto do estudo, o cuidado de si pode ser compreendido “como um conjunto de experiências modificadoras do sujeito, cuja finalidade é estabelecer para si mesmo um modo de vida ético e estético ativo”.^{19:142} Dessa maneira, a necessidade de cuidar de si estaria vinculada ao exercício de poder, ao domínio pessoal de práticas e desejos, além da necessidade de reflexão, uma vez que nenhuma técnica, nenhuma habilidade profissional pode ser adquirida sem exercício constante de reflexão.²⁰

Entre as habilidades destacadas pelos profissionais de enfermagem, a criatividade do profissional destaca-se como importante para assegurar o cuidado dos pacientes, principalmente em virtude das constantes situações de falta de recursos materiais e insuficiência de pessoal de enfermagem.

Uma questão a ser destacada diz respeito ao tempo gasto para colocar em prática essa criatividade. Embora a criatividade tenha sido destacada como relevante para assegurar o cuidado aos pacientes, o tempo dispensado para seu exercício pode tornar-se demasiadamente extenso em alguns casos, com comprometimento da qualidade e continuidade da atenção a ser dispensada pelos profissionais de enfermagem aos pacientes. Dessa maneira, de forma ambígua, a criatividade pode servir simultaneamente de resistência e, também de fonte de SM, exigindo dos profissionais zelo constante em relação à administração do tempo disponível para realizar o seu trabalho.

Ainda, quando o SM se faz presente e o profissional se percebe impotente para enfrentar o contexto que provoca seu sofrimento, sua opção de afastamento pode constituir-se em uma fronteira a ser cruzada, não apenas como uma forma evasiva frente aos problemas vivenciados, mas também como possibilidade de uma resistência positiva. Assim, a solicitação de mudança de unidade de trabalho pode ser uma estratégia para tentar assegurar a preservação dos valores profissionais e a continuidade de uma atuação qualificada em outros ambientes, evitando um aparente conformismo ao existente, apesar possivelmente da manutenção e continuidade das condições consideradas como inadequadas na unidade de trabalho anterior.

As situações destacadas demonstram que não existe relação de poder sem resistência, sem instabilidade, sem fuga ou escapatória, sem a possibilidade de uma inversão eventual da intensidade das relações de forças. As relações de poder presentes entre os profissionais de

enfermagem implicam desejo de luta, de afrontamento, inclinando-se a seguir a sua própria linha de conduta e desenvolvimento, para tornar-se efetivamente uma estratégia de ação.⁵

Possibilidades de mudança nas relações de poder são realidades concretas aos profissionais de enfermagem que buscam construir formas de resistência que ultrapassem uma simples aceitação do contexto como ele se apresenta. Torna-se necessário, para isso, um nível de percepção que permita compreender as tênues linhas que o poder trama na vida de cada profissional, em suas múltiplas relações com outros seres, permitindo-lhes uma postura moral condizente com a prática a ser exercida.¹⁰

Essa prática, identificada, nas entrevistas, como a defesa dos interesses dos pacientes, termo relacionado ao cuidado e advocacia, evidencia em sua essência uma relação ética e estética. Foi possível perceber nas situações de uso da criatividade, ou mesmo de enfrentamento das adversidades numa perspectiva ética, que a advocacia do paciente pode gerar alívio para os profissionais de enfermagem, ou diferentemente, maior intensidade de SM quando o profissional de enfermagem não consegue desempenhar esse papel de maneira que corresponda aos seus ideais¹⁹ e ao que acredita.

A advocacia dos pacientes é uma dimensão importante da assistência de enfermagem, sendo considerada um valor fundamental da profissão. Embora não seja um atributo exclusivo da enfermagem, porque a advocacia é praticada também por outros profissionais de saúde, é um papel que merece amplo destaque nesta pesquisa. Situações de SM reforçam a necessidade de resistência dos trabalhadores de enfermagem para atuarem como advogados do paciente, principalmente em virtude da natureza do seu trabalho, da sua proximidade com o paciente e do caráter de continuidade do cuidado de enfermagem. Como situações integrantes da advocacia do paciente, percebem-se o reforço da sua autonomia, a construção de relações de cuidado terapêutico e a melhoria da qualidade da comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes.²¹

Por fim, compreende-se que, no cotidiano do trabalho, pode ser difícil para os profissionais de enfermagem reconhecerem, de maneira individual, os problemas de desrespeito aos direitos que afetam seus pacientes e a si e tentarem enfrentá-los. Se o objetivo da enfermagem passa prioritariamente pelo cuidado do paciente e pela defesa dos seus interesses, destaca-se que esta meta necessita ser alcançada coletivamente, pois somente assim a própria enfermagem como profissão é reforçada.²²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos problemas do cotidiano do trabalho dos sujeitos desta pesquisa, resultando em situações de SM, percebemos que alguns profissionais parecem utilizar estratégias de enfrentamento, de modo a assegurar e preservar valores profissionais. No entanto, muitas vezes, a opção de alguns profissionais de enfermagem pode recair no imobilismo e na ausência de construção de estratégias de resistência, numa perspectiva ética. É possível considerar que as vozes dos trabalhadores de enfermagem ainda são pouco ouvidas para além da própria profissão, não se fazendo ouvir suficientemente nos diferentes espaços das instituições de saúde, situação que pode representar o seu reduzido exercício de poder e uma insuficiente resistência frente aos problemas éticos, contribuindo para intensificar sua invisibilidade na área da saúde.

Para o enfrentamento das situações que resultam em SM, os trabalhadores de enfermagem necessitam ultrapassar dimensões de aparente conformismo ao existente em que, por vezes, se encontram, possivelmente por ainda acreditarem que a resolução da maior parte dos problemas do seu cotidiano de trabalho encontra-se em sua internalidade, agindo de forma isolada e não coletiva.

É importante avançar neste contexto, considerando que formas concretas de modificação dos ambientes de trabalho resultam da relação construída com o outro, do exercício de relações de poder e resistência, numa perspectiva ética, ou seja, do encontro de possibilidades coletivas que favoreçam relações interpessoais e a preservação de valores profissionais, em busca do enfrentamento dos problemas cotidianos e do consequente SM.

REFERÊNCIAS

1. Barlem ELD, Rosa AF, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Percepções, sentimentos e dificuldades da equipe de enfermagem no cuidado a pacientes terminais idosos. *Enfermagem Brasil*, v.5, n.1, p.289-98, 2006.
2. Jameton A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Clinical Issues*, v.4, n.4, p.542-51, 1993.
3. Hardingham LB. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy*, v.5, n.1, p.127-34, 2004.
4. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered Nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing ethics*, v.16, n.5, p.561-73, 2009.

5. Rabinow P, Dreyfus H. Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
6. Costa R, Souza SS, Ramos FRS, Padilha MI. Foucault and its utilization as scientific production in nursing research. *Texto e Context. Enferm*, v. 17, n.4, p. 629-37. 2008.
7. Galiazzi MC, Moraes R. *Análise Textual Discursiva*. Ijuí; Editora Unijuí. 2011.
8. Lunardi VL. Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 1997.
9. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas, 2011.
10. Foucault M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 1995.
11. Foucault M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1997.
12. Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS, Santos SSC, Lunardi Filho WD, Silveira RS, *et al*. Moral distress and the ethical dimension in nursing work. *Rev. bras. enferm.* vol.62 no.4 Brasília July/Aug. 2009.
13. Foucault M. O uso dos prazeres. *História da sexualidade*. 2. ed. São Paulo: Graal, 1984.
14. Foucault M. A vontade de saber. *História da sexualidade*. 1. ed. São Paulo: Graal, 1988.
15. Foucault M. *Hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
16. Foucault M. *Ética, sexualidade, política. Ditos e escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
17. Foucault M. O cuidado de si. *História da sexualidade*. 3. ed. São Paulo: Graal, 1985.
18. Guevara B, Zambrano GA, Evies A. Worldview in self-care and care of the other. *Enfermería Global*, v.10, n.21, p.1-7, 2011.
19. Portocarrero V. *As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
20. Foucault M. *Estratégia, poder-saber. Ditos e escritos IV*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994a.
21. Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nursing ethics*, v.17, n.2, p.255–67, 2010.
22. Mahlin M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nursing ethicis*, v.17, n.2, p.247–54, 2010.

5 CONSIDERAÇÕES QUE NÃO SÃO FINAIS...

Os resultados desta tese, apresentados nos três artigos que constituem o capítulo de análise e discussão dos dados, demonstram o quanto o SM é um problema de importantes dimensões nas equipes de enfermagem pesquisadas, embora nem sempre seja identificado em suas atividades cotidianas. A falta de reconhecimento do SM merece destaque, uma vez que ela reforça a concepção de que os trabalhadores de enfermagem ainda pouco associam suas dificuldades diárias, seus problemas cotidianos e a necessidade de enfrentamentos, nem sempre realizados, à dimensão ética que compõe cada uma dessas situações.

Nesse sentido, torna-se necessário aos trabalhadores de enfermagem, um exercício constante de estranhamento com seus fatos cotidianos, questionando de maneira incisiva suas instituições e a si, identificando os motivos pelos quais as situações se apresentam de determinada forma e até mesmo os motivos que os levam ou não a agir, a aceitar ou resistir em determinados contextos, a argumentar ou renunciar ao direito de ter uma opinião diferente, enfim, levando-os a refletir sobre o que pensam e de que forma tem sido levados a se reconhecerem como sujeitos.

No primeiro artigo, intitulado Características psicométricas do Moral Distress Scale (MDS) em profissionais de enfermagem brasileiros, que nos permitiu afirmar que o instrumento utilizado para identificar a intensidade e frequência do SM, é válido e fidedigno, podendo ser aplicado em profissionais de enfermagem brasileiros, conseguimos obter uma visão mais ampla do SM em nosso contexto de trabalho, com uma concepção do SM dividida em cinco constructos: *falta de competência na equipe de trabalho; condições de trabalho insuficientes; desrespeito à autonomia do paciente; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente.*

Mediante a formação dos constructos, pudemos identificar que, para os profissionais de enfermagem, a competência profissional é um valor de grande importância, uma vez que sua ausência esteve atrelada aos maiores índices de intensidade de SM e de frequência de ocorrência simultaneamente. Situações recorrentes de incompetência técnica, seja para atuar profissionalmente com os

demais profissionais e pacientes, demonstrando as habilidades necessárias para exercer sua função; de incompetência ética para gerir situações moralmente inadequadas; ou de incompetência pessoal para realizar os enfrentamentos necessários, podem se traduzir em SM.

Ainda, intenso desconforto pode ser associado à falta de segurança que profissionais de enfermagem e/ou pacientes são submetidos, principalmente quando associadas os constructos *falta de competência na equipe de trabalho* e *condições de trabalho insuficientes*. Esses dois constructos apresentam riscos para o próprio desenvolvimento do cuidado por parte dos profissionais de enfermagem, uma vez que pode ser identificada uma falta de competência profissional inclusive para exercer poder, reivindicando e, se necessário, exigindo condições adequadas para exercer o cuidado de enfermagem, preferentemente, de modo coletivo, como a maior categoria profissional presente nas instituições hospitalares, em vistas a obter o que se mostra como relevante no que se refere às condições de trabalho.

Apesar da sua representação numérica e da sua característica profissional de centralidade na assistência em saúde, uma vez que a enfermagem se encontra, ou deveria encontrar-se, muito próxima ao paciente durante as vinte e quatro horas do dia, constituindo-se em referência e apoio constante às demais profissões da área da saúde, os profissionais de enfermagem pouco exercem o poder atrelado à importância da sua profissão nos ambientes de trabalho, assumindo um modo de pensar e agir, muitas vezes, como se nada pudessem realizar, sentindo-se falidos e impotentes.

Neste sentido, o segundo artigo da presente tese, denominado *Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem do sul do Brasil*, identificou situações específicas que podem iniciar o desvelamento dos motivos que forjam sentimentos de impotência dos profissionais de enfermagem e o SM relacionado a tais situações. Uma primeira impressão sobre os resultados deste artigo demonstrariam que o SM estaria relacionado intensamente à hierarquia profissional; às dificuldades de exercer a enfermagem em sua plenitude em virtude do modelo organizacional adotado pelas instituições; aos desequilíbrios de poder entre enfermagem e medicina; à necessidade de seguir ordens, em especial, às ditadas pelas equipes médicas.

No entanto, ultrapassando os limites sólidos dos dados quantitativos, utilizando-se do referencial foucaultiano adotado ao longo da tese, podemos

perceber que os problemas associados a enfermagem são muito mais da ordem de sua internalidade e das relações que os profissionais de enfermagem se permitem desenvolver consigo mesmo e com os outros, do que aos entraves externos à profissão. Diferentemente de questionarmos o motivo pelo qual a enfermagem vivencia o SM em função de determinadas situações e contextos, Foucault nos leva a questionar os motivos pelos quais os profissionais de enfermagem se permitem aceitar determinados contextos como imutáveis ou naturais, renunciando à possibilidade de resistirem eticamente às situações que implicam em SM.

A possibilidade de transformação, de resistência, a negação de tudo o que nos limita, que fragmenta nossas relações e nos torna aparentemente impotentes e subordinados, encontra-se em nós mesmos. Como identificado e apresentado nos resultados do segundo artigo, os profissionais de enfermagem do hospital público, em relação aos profissionais do hospital filantrópico, conseguem perceber de maneira mais profunda as situações que os conduzem ao SM no contexto pesquisado.

Tais situações aparentam estar associadas a um exercício mais amplo de poder dos profissionais de enfermagem da instituição pública, que realizam reuniões com a equipe em maior frequência do que o constatado na instituição filantrópica, assim como buscam maior qualificação profissional. Vivenciam uma abertura ao diálogo maior por parte de sua instituição, apresentam um número maior de profissionais atuantes por leitos, possuem uma remuneração maior e uma carga de trabalho semanal menor, fruto de conquistas geradas por movimentos reivindicatórios predominantemente coletivos.

Qualificando esses dados com uma percepção mais aprofundada da percepção do SM e das estratégias de resistência construídas, o terceiro artigo, *Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência*, decorre de uma etapa qualitativa, porém em diálogo com os dados quantitativos. Os resultados reforçam que diferenças na percepção do SM, assim como das possibilidades de resistir eticamente ou não às situações que conduzem ao SM, estão assentados mais na ordem dos sujeitos do que em suas instituições, em uma relação de si para consigo próprios.

Apesar dos dados quantitativos terem indicado um panorama mais positivo no hospital público, no que se refere à percepção da vivência do SM, os dados qualitativos demonstram diferenças no modo de ser e de fazer dos profissionais no

interior da própria instituição, que nos permitem, mais uma vez, considerar a relevância da diferença situar-se nos sujeitos. Duas categorias distintas foram obtidas por meio dos dados qualitativos, uma evidenciando a *negação do cuidado de si*; outra evidenciando a *possibilidade de cuidado de si e do outro*.

Na primeira categoria, verificamos a presença de profissionais que pouco parecem questionar o *status* das situações que vivenciam, optando, aparentemente, por não exercerem uma resistência ética, deixando-se conduzir por situações de aceitação frente aos problemas vivenciados, reduzindo seu contato e aproximação com os pacientes, fragmentando suas relações no ambiente de trabalho, priorizando um número menor de pacientes para desenvolver o cuidado de enfermagem, entre outras, aceitando o que vivenciam na profissão como fruto das características históricas de sacrifício e abnegação da própria enfermagem.

Na segunda categoria, diferentemente, verificamos a existência de profissionais que realizam um número maior de enfrentamentos, desenvolvendo uma resistência reconhecida como ética frente aos problemas vivenciados no trabalho. Exercem o poder em suas ações numa tentativa de transformação dos seus ambientes de trabalho, buscando melhorias em suas qualificações profissionais, questionando situações mais banais e cotidianas, refletindo, realizando reuniões de grupo, assumindo posturas coletivas e, por fim, mesmo quando as situações aparentam ser de difícil enfrentamento, utilizando-se da criatividade para desenvolver aquilo que acreditam, advogando pelos interesses dos pacientes.

Em uma perspectiva foucaultiana, verificamos que o que diferencia os sujeitos e o modo como se situam nas diferentes situações vivenciadas que lhes provocam SM, é a sua força e capacidade de exercer poder e resistir, de se visualizar e reconhecer como sujeito de ação, fortalecendo-se com os outros, capaz de cuidar de si e dos outros. Tal percepção nos torna capaz de confirmar a tese de que:

Os trabalhadores de enfermagem vivenciam situações que lhes provocam SM e adotam estratégias de resistência para o seu enfrentamento.

As situações destacadas e a tese aqui defendida demonstram que não existe relação de poder sem resistência, sem instabilidade, sem fuga ou escapatória, sem a possibilidade de uma inversão eventual da intensidade das relações de forças. As relações de poder presentes entre os profissionais de enfermagem implicam desejo

de luta, de afrontamento, inclinando-se a seguir a sua própria linha de conduta e desenvolvimento, para tornar-se efetivamente uma estratégia de ação.

Possibilidades de mudança nas relações de poder são realidades concretas aos profissionais de enfermagem que buscam construir formas de resistência que ultrapassem uma simples aceitação do contexto como ele se apresenta. Torna-se necessário, para isso, um nível de percepção que permita compreender as tênues linhas que o poder trama na vida de cada trabalhador, em suas múltiplas relações com outros seres, permitindo-lhes uma postura profissional e pessoal ética, condizente com a prática profissional a ser exercida.

Situações vivenciadas que provocam SM reforçam a necessidade de resistência dos trabalhadores de enfermagem para atuarem como advogados do paciente, principalmente em virtude da natureza do seu trabalho, da sua proximidade com o paciente e do caráter de continuidade do cuidado de enfermagem. Como situações integrantes da advocacia do paciente, percebemos a relevância do respeito ao exercício da autonomia do paciente e ao seu fortalecimento, a construção de relações de cuidado terapêutico e a melhoria da qualidade da comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes.

Destacamos, ainda, que esse estudo teve, como limitações, sua realização em uma amostra de profissionais de enfermagem de uma única região no sul do Rio Grande do Sul, que apesar de representativa em dois hospitais, um público e um privado, possivelmente não se assemelhem aos múltiplos contextos de saúde existentes no Brasil, não podendo, portanto, ter seus resultados generalizados para todo país.

O trabalho demonstra a necessidade e a importância de prosseguirmos realizando estudos sobre ética, relações de poder na enfermagem/saúde, problemas morais e, em especial, SM, de modo a contribuir para a transformação da realidade, mediante formas éticas de resistência a situações do ambiente de trabalho, reconhecidas como aceitáveis, apesar de se caracterizarem como moralmente inadequadas.

É importante avançar neste contexto, considerando que formas concretas de modificação dos ambientes de trabalho resultam da relação construída com o outro, do exercício de relações de poder e resistência, numa perspectiva ética, ou seja, do encontro de possibilidades coletivas que favoreçam relações interpessoais e a

preservação de valores profissionais, em busca do enfrentamento dos problemas cotidianos e do consequente SM.

Ampliar os estudos da enfermagem no campo da ética poderá contribuir, especialmente, para libertar nosso pensamento daquilo que nos sujeita silenciosamente, que nos forma e conforma, dando-nos a possibilidade de entender quais jogos de verdade nos temos permitido jogar como profissionais de enfermagem, afetando nossas formas de cuidar, dos outros e de nós, de pensar, agir, refletir sobre nós, rompendo com subjetividades que nos fazem sentir incapazes de determinados atos.

REFERENCIAS

AUSTIN, W; KELECEVIC, J.; GOBLE, E.; MEKECHUK, J. An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. **Nursing ethics**, v.16. n.1, p.57-68, 2009.

BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

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.289-98, 2006.

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

BARLEM, E. L. D.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI, G.L.; DALMOLIN, G.L.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G. Vivência do Sofrimento Moral no Trabalho da Enfermagem: percepção da enfermeira. **Rev Esc Enf USP**, v.46, n.3, 2012. No prelo.

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.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, de 7 de novembro de 2001: institui as **Diretrizes Curriculares**

Nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa União. Brasília (DF) 2001.

BULHOSA, M. S. **Sufrimento moral no trabalho da enfermagem.** 2006. 82 p. 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.** 2005. 100 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2005.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CATHAIN, A. O.; THOMAS, K. Combinando métodos qualitativos e quantitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009. p. 117-26.

CHAVES, P.L.; COSTA, V.T.; LUNARDI, V.L. A enfermagem frente os direitos de pacientes hospitalizados. **Texto Contexto Enfermagem**, v.14, n.1, p.38-43, 2005.

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.250-56, 2001.

CORLEY, M. C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. **Nursing Ethics**, v.9, n.6, p.636-50, 2002.

CORLEY, M. C, *et al.* Nurse moral distress and ethical work environment. **Nursing Ethics**, v.12, n.4, p.381-90, 2005.

CORLEY, MC.; PTLENE, M.; ELSWICK, RK.; JACOB, M. Nurse moral distress and ethical work enviroment. **Nursing Ethics**, v.12, n.4, p.381-90, 2005.

COSTA, R.; SOUZA, S.S.; RAMOS, F.R.S.; PADILHA, M.I. Foucault and its utilization as scientific production in nursing research. **Texto e Context. Enferm**, v. 17, n.4, p. 629-37. 2008.

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

_____. **Sufrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras:** uma revisão integrativa. 2009. 97 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2009.

DEJOURS, P.J.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo/; Atlas, 2011.

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.

ESCOBAR, C. H. **O dossier:** ultimas entrevistas. Rio de Janeiro: Taurus, 1984.

FERREL, B. R. Understanding Moral Distress of Nurses witnessing Medically Futile Care. **Oncology Nursing Forum**, v.33, n.5, p.922-30, 2006.

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

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 1966.

_____. **A arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1969.

_____. **A ordem do discurso.** São Paulo: Edições Loyola, 1970.

_____. **O uso dos prazeres.** História da sexualidade. 2. ed. São Paulo: Graal, 1984.

_____. **O cuidado de si.** História da sexualidade. 3. ed. São Paulo: Graal, 1985.

_____. **A vontade de saber.** História da sexualidade. 1. ed. São Paulo: Graal, 1988.

_____. **Tecnologías Del yo y otros textos afines.** Barcelona: Paidós, 1990.

_____. **Estratégia, poder-saber.** Ditos e escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994a.

_____. **Ética, sexualidade, política.** Ditos e escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994b.

_____. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento.** Ditos e escritos II. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994c.

_____. **Microfísica do poder.** São Paulo: Graal, 1995.

_____. **Vigiar e punir.** Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. **Problematização do sujeito:** psicologia, psiquiatria e psicanálise. Ditos e escritos I. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

_____. **Hermenêutica do sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **O governo de si e dos outros.** São Paulo: Martins Fontes, 2010a.

_____. **El coraj de la verdad:** el gobierno de sí e de los otros II. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010b

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

GUEVARA, B.; ZAMBRANO, G.A.; EVIES, A. Worldview in self-care and care of the other. **Enfermería Global**, v.10, n.21, p.1-7, 2011.

GAYA, A. (col). **Ciências do movimento humano:** introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed, 2008.

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

GREGOLIN, M. R. **Foucault e Pêcheux na análise do discurso:** diálogos e duelos. São Carlos: Editora Clara Luz, 2006.

GROS, F. (org). **Foucault:** a coragem da verdade. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.

GUEVARA, B.; ZAMBRANO, G. A.; EVIES, A. Cosmovisión em El cuidar de si y cuidar Del outro. **Enfermería Global**, v.10, n.21, p.1-7, 2011.

GUTIERREZ, K. M. Critical care Nurses' perceptions of and responses to moral distress. **Dimensions of critical care Nursing**, v.24, n.5, p.229-41, sep./oct. 2005.

HAIR, J.F.; BLACK, W.C.; BABIN, B.J.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L. **Análise multivariada de dados.** Porto Alegre: Bookman, 2009.

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.103-04, 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.422-29, 2007.

HANKS, R. G. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. **Nursing ethics**, v.17, n.2, p.255–67, 2010.

HANNA, D. R. The Lived Experience of Moral Distress: Nurses Who Assisted With Elective Abortions. **Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal**, v.19, n.1, p.95-124, 2004.

HARDINGHAM, L. B. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. **Nursing Philosophy**, v.5, n.1, p.127-34, 2004.

HILL, M. M.; HILL, A. **Investigação por questionário**. Lisboa: Editora Sílado, 2002.

HULLEY, S. B, *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2008.

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

_____. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **Clinical Issues**, v.4, n.4, p.542-51, 1993.

KAGAN, P. N. Historical voices of resistance: crossing boundaries to praxis through documentary filmmaking to the public. **Advances in Nursing Science**, v.32, n.1, p.19-32, 2009.

KELLY, B. Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v.28, n.1, p.1134-45, 1998.

KHOIEE, E.M.; VAZIRI, M.H.; ALIZADEGAN, S.; MOTEVALLIAN, A.S.; KASHANI, O.M.R; GOUSHERIR, S.A; GHOROUBI, J. developing the moral distress scale in the population of Iranian nurses. **Iranian Journal of Psychiatry**, v.3, n.1, p.55-58, 2008.

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

KURCGANT, P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, 2005.

LACKMAN, V. D. Whistleblowers: Troublemakers or Virtuous Nurses? **MEDSURG Nursing**, v.17, n.2, p.126-34, 2008.

LUNARDI FILHO, W.D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 1997. 348 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

LUNARDI, V.L. **Do poder pastoral ao cuidado de si; a governabilidade na enfermagem**. 2006. 225 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2006.

_____. Reflexões sobre o cotidiano como experiências modificadoras de si. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v.4, n.7/8, p.73-9, 1998.

_____. **A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Florianópolis: Editoras Universitárias UFSC/UFPel, 1999.

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.933-39, 2004.

LÜTZEN, K.; BLOM, T.; EWALDS-KIVIST, B.; WINCH, S. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. **Nursing ethics**, v.17, n.2, p.213-24, 2010.

MAHLIN, M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. **Nursing ethicis**, v.17, n.2, p.247–54, 2010.

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

McCARTHY, J.; DEADY, R. Moral Distress reconsidered. **Nursing Ethics**, v.15, n.2, p.254-62, 2008.

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.256-63, 2007.

MOLINA, A. **Iniciação em pesquisa científica**: manual para profissionais e estudantes das áreas da saúde, ciências biológicas e humanas. Recife: EDUPE, 2003. p.52.

MORAES, R; GALIAZZI, M.C. **Análise textual discursiva**. 2. ed. rev. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.

NATHANIEL, A. Ethics and human rights. **American Nurse Association**, v.1, n.2, p.3-8, 2002.

OHNISHI, K.; OHGUSHI, Y.; NAKANO, M.; FUJII, H.; TANAKA, H.; KITAOKA, K.; NAKAHARA, J.; NARITA, Y.; Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. **Nursing Ethics**, v.17, n.6, p.726-40, 2010.

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.12-9, jan./fev. 2006.

PAULY, B.; VARCOE, C.; STORCH, J.; NEWTON, L. Registered Nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. **Nursing ethics**, v.16, n.5, p.561-73, 2009.

POLL, M. A. **Atendimento em unidade de emergência: organização e ética**. 2007. 116 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2007.

PORTOCARRERO, V. **As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

RANGE, L. M.; ROTHERHAM, A. L. Moral distress among nursing and non-nursing students. **Nursing ethics**, v.17, n.2, p.225-32, 2010.

ROBERT, G.; HANKS, R. N. Barriers to Nursing Advocacy: A Concept Analysis. **Nursing Forum**, v.42, n.4, oct./dec. 2007.

SANTOS, J.L.G.; PROCHNOW, A.G.; LIMA, S.B.S.; LEITA, J.L.; ERDMANN, A.L. Concepções de comunicação na gerência hospitalar de enfermagem entre enfermeiros gerentes de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.4, p.959-65, 2011.

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

SILVEIRA, R. S. **A Expressão do Caminhar Construído junto à Equipe de Enfermagem de uma Unidade Cirúrgica sobre o Cotidiano do Trabalho, com Vistas a uma Consciência Crítica**. 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2000.

_____. **A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético.** 2006. 225 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2006.

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.** 1998. 218 p. 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.

VAARTIO, H.; LEINO-KILPI, H.; SUOMINEN, T.; PUUKKA, P. Nursing Advocacy in Procedural Pain Care. **Nursing ethics**, v.16, n.3, p.340-62, 2009.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários.** São Paulo: Atlas, 2009.

WEBSTER, G. C.; BAYLIS, F. Moral residue. In: RUBIN, S. B.; ZOLOTH, L. (Eds.). **Margin of Error: The ethics of mistakes in the practice of medicine.** Hagerstown MD: University Publishing Group, 2000. p. 217-30.

ZUZELO, R. P. Exploring the Moral Distress of Registered Nurses. **Nursing Ethics**, v.14, n.3, p.343-59, 2007.

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento original proposto por Corley *et al.*, (2001).

MORAL DISTRESS SCALE

Code Number _____

Moral Distress is defined as a painful feeling and/or psychological disequilibrium caused by a situation in which:

- 1) you believe you know the ethically appropriate action to take, and
- 2) you believe you cannot carry out that action due to institutionalized obstacles, such as lack of time, supervisory disinterest, medical power, institution policy or legal limits.

This scale measures your perceptions on two dimensions:

- 1) level of moral distress, and
- 2) frequency in which situation occurs.

The following situations occur in clinical practice. These situations may or may not cause moral problems for you

For your current position, please check for each of the following situations, the extent to which you experience **MORAL DISTRESS** and its **FREQUENCY**.

Please answer by checking the appropriate column for each dimension:

Moral Distress & Frequency

[illegible]

ANEXO II – Instrumento aplicado por Barlem (2009).

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

ANEXO III – Questões validadas por Barlem (2009).

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

ANEXO IV- Parecer do Comitê de ética

**CEPAS****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

Universidade Federal do Rio Grande
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Avenida Itália km 08 - Campus Carreiros - Caixa Postal 474 - Rio Grande - RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 6822
E-Mail: propesp@furg.br Homepage: www.propesp.furg.br
cepas@furg.br Homepage: www.cepas.furg.br
Fone: 32330235

PARECER Nº 70/ 2010

PROCESSO Nº 23116.004118/2010-95

CEPAS 27/2010

TÍTULO DO PROJETO: **"Sofrimento moral no trabalho: percepção da equipe de enfermagem."**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Valéria Lerch Lunardi

Orientando: Edison Luis Devos Barlem

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando o atendimento às pendências informadas no Parecer 69/2010, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto **"Sofrimento moral no trabalho: percepção da equipe de enfermagem."**

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: julho/2011.

Rio Grande, RS, 05/08/2010.

Profa. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS

APENDICES

APÊNDICE A – artigo do referencial teórico produzido após a banca de qualificação do projeto de Tese

MORAL DISTRESS: CHALLENGES FOR AN AUTONOMOUS PROFESSIONAL PRACTICE

SOFRIMENTO MORAL DESAFIOS PARA UMA PRÁTICA PROFISSIONAL AUTÔNOMA

SUFRIMIENTO MORAL: DESAFÍOS PARA UNA PRÁCTICA PROFESIONAL AUTÓNOMA

Edison Luiz Devos Barlem
Valéria Lerch Lunardi
Guilherme Lerch Lunardi

Abstract: Constantly experiencing limiting situations that hinder a professional practice coherent with its principles – of autonomy and advocacy of users' interests – and often conditioned to experience moral distress, the nursing profession plays a prominent role in the current health model because it has the characteristic of managing the care rendered to users in a perspective of social inclusion, both in the basic health network and in hospitals. Aiming at carrying out a reflection on the nursing practice and the difficulties present in its work routine, and considering its characteristics as a profession, this article sought to make a reflection between the practice of nursing and the numerous moral challenges imposed by the routine, resulting, in many cases, in a value crisis that can reverberate directly on the quality of the service rendered, and in abandonment of the ideals of advocacy for users.

Key-words: Nursing, ethics, Advocacy in health.

Resumo: Constantemente vivenciando situações de limitações que dificultam o exercício profissional coerente com seus princípios, de autonomia e advocacia pelos interesses dos usuários, condicionada muitas vezes a vivenciar o sofrimento moral, a profissão enfermagem apresenta um papel de destaque no atual modelo de saúde, possuindo a característica de gerenciar os cuidados prestados aos usuários em uma perspectiva de inclusão social, tanto na rede básica quanto nas instituições hospitalares. Com o objetivo de realizar uma reflexão sobre a prática de enfermagem e as dificuldades existentes no seu cotidiano de trabalho, considerando suas características como profissão, o presente artigo buscou realizar uma reflexão entre o fazer da enfermagem e os inúmeros desafios morais impostos pelo cotidiano, resultando, em muitos casos, em uma crise de valores que pode repercutir diretamente na qualidade do atendimento prestado e no abandono dos ideais de advocacia pelos usuários.

Palavras Chave: Enfermagem, ética, Advocacia em saúde.

Resumen: Constantemente viven situaciones de limitaciones que impiden la práctica profesional coherente con sus principios de autonomía y defensa de los intereses de los usuarios, condicionada a menudo a vivir el sufrimiento moral, la profesión de enfermería tiene un papel de relieve en el modelo actual de la salud, teniendo la función de administrar la atención prestada a los usuarios en una perspectiva de inclusión social, tanto en los servicios básicos de salud como en los hospitales. Con el objetivo de desarrollar una reflexión sobre la práctica de enfermería y las dificultades de su trabajo diario, considerando sus características como profesión, este artículo buscó hacer una reflexión entre la actividad de enfermería y los numerosos desafíos morales planteados por el cotidiano, resultando en muchos casos, en una crisis de valores que puede influir directamente en la calidad de la atención prestada y el abandono de los ideales de la defensa de los usuarios.

Palabras claves: Enfermería, Ética, Defensa en salud.

INTRODUCTION

Nursing professionals face every day a variety of moral problems ranging from those resulting from the growth in scientific and knowledge and technology, with the creation of new diagnostic equipment and new treatment modalities ¹, to conflicts caused by the way users can be treated by professionals, whether in the basic network or in hospital environments. When there are attempts to face conflicts, workers seem to be poorly answered in their requests, being often ignored by their leaders and heads, thus being insufficiently supported in the practice of their professional autonomy ^{2,3}, and this may cause workers to feel angry, indignant, guilty, sad, hopeless, frustrated and impotent toward problems ⁴.

Nursing workers experience moral problems and conflicts in trivialized situations in the work environments, which are taken as inseparable parts in the professional life. Some of these problems include lack of consent before procedures, elongation of life without worrying about its quality, inhuman or questionable professional practices, fragmented decisions and inequality in allocation of resources, especially those assigned to the nursing team itself ⁵, which triggers in the workers a suffering recognized as moral distress.

Every day, in Brazil, thousands of nursing professionals working in health services might be experiencing those situations without understanding their consequences, without at least question what is hindering the autonomous professional practice, and without being able to fully practice their profession, often failing to defend the user's rights, without knowing how to cope with such contexts ⁵.

In a mood of constant changes in health care, of organizational difficulties and of an intense value crisis, the defense of users has become the biggest challenge in the nursing practices ⁶, demanding that nurses assume their roles, especially those linked to advocacy of users. It is impossible not to recognize the importance of nursing as a "moral practice" in its essence, which daily deals with issues of moral agency in the lives of people receiving its cares, which makes full use of the ability to think, act, and be responsible for actions not always easy to be adopted ⁷.

These actions, which are related to other people's lives, may also be hampered by value conflicts that are not always explicated among the health team or with the users, and these are facts that, although not verbalized by nursing

professionals, may still weaken them, by affecting their principles with loss of autonomy and difficulties in exercise of power ⁷.

In health teams, the nursing professional's voices are muffled when it comes to express their moral preoccupations, bringing out questions about the morality of the cares provided. Thus, nursing professionals may present themselves impotent and in non-recognized experience of a process of moral distress, mainly as a result of the incongruence of their actions with their moral judgments, possibly suffering along with the users and their families. These events are used to strengthen their isolation and even the abandonment of the profession ⁸.

This article aims at carrying out a reflection on the nursing practice and the difficulties present in its routine, considering the characteristics of the profession – toward care and advocacy of users –, with the confrontation of limitations for a professional practice coherent with its principles. Firstly, we are going to approach moral distress and its implications for nursing, followed by the rescue of the concept of advocacy of the user, and some possibilities for more autonomous and competent professional practices from the moral point of view.

MORAL DISTRESS IN NURSING PRACTICE

In the professional context of nursing, moral distress was firstly described in the 1980's, being defined as the suffering resulting from the incoherence between the workers' actions and their personal convictions ⁹. The nursing professionals facing a moral problem acknowledge that a more specific action would be the best one to be adopted, however, they see it as something almost impossible to be implemented, and misjudgments, failures of conduct and even circumstances apart from their personal control may contribute to this situation ¹⁰.

Three distinct categories of moral problems can be experimented: *Moral Uncertainty*, when the person recognizes a problem as an inadequate or incorrect situation, and questions himself; *Moral Dilemma*, when the person identifies to distinct courses to follow, but can only choose one; *moral distress*, situation in which the person know what is correct and what should be done, but it is not possible for him to follow his conscience ⁹.

Another applicable definition to moral distress is to consider it as a grievous feeling or psychological imbalance resulting from the acknowledgement of an

ethically correct action that can't be adopted because of hurdles such as lack of time, managers' reluctance or a power structure that is able to inhibit a moral, political, institutional, or legal action ^{9,11}. When nurses and other health professionals face limitations in their capabilities for an autonomous practice, feeling forced to endanger their values and personal rules, they may experience moral distress ¹².

Despite the generalized preoccupations of researchers of the health field and their studies about work in care environments throughout the last two decades, many nursing professionals still face serious challenges in the performance of their duties ^{4,6,10-16}. Exhaustive routines, high demands for work and productivity, stress, precariousness in the cares rendered, lack of dialogue, banalization of death, and bureaucracy, among other characteristics, may influence the way nursing cares are carried out, resulting in feelings of impotence toward situations and apparent negligence to users ^{2,3,12,17-19}. This may cause discomfort and suffering, without commonly identifying it as moral distress.

Problems that are difficult to deal with and to solve and that involve complex relations of power and authority add a subjective dimension to the nursing work, and they are complicated even more by the lack of dialogue and communication, common characteristics among the members of the teams ²⁰. In general, most studies suggest that moral distress makes a big impact on the lives of the nursing professionals. Qualitatively, feelings of anger and sadness are the most cited ones in the literature as psychosocial effects caused by moral distress – introspection being the main characteristic ⁸.

One identified problem concerns the conflict between experienced and newly-graduated professionals. Education and experience are not always beneficial to professionals, causing, occasionally, the hampering of moral sensibility of more experienced professionals. On its turn, the current nursing, by focusing on clinical and biomedical aspects, may inhibit the personal growth of undergraduates, bringing out difficulties of moral sensibility to newly-graduated ones ¹.

These difficulties may make the professional away from the user, ending up with fragilities in his treatment. Two situations may emerge for nursing workers facing moral distress: a very common response of user's defense, which can also cause frustrations to the professionals toward the consequences of their actions; or responses related to impotence, demoralization, helplessness, desperation, anger,

affliction and guilt for the failure related to what seems to be expected from the nurse¹⁵.

Moral distress may make nursing professionals trivialize situations, denying possible damages and harms that can be caused in the user, and this may favor the abandonment of professional principles in consequence of fear, conveniences or self-preservation²¹. For being a singular individual, different from everyone else, each worker can perceive differently the situations in his life. Nowadays, it is discussed whether moral distress would be an inability to act in situations in which there seems to be only one possibility of action or a discomfort related to the moral subjectivity of professionals²², which could be associated with the necessity of exercising advocacy of the user.

ADVOCACY OF USER: A CONCEPT TO BE RESCUED

The main role of nursing, related to user's care and defense of his interests, evinces in its essence a direct relation with morals, thus being possible to verify, through advocacy of user, the fundamental activity of nursing, which, on the other hand, may cause moral distress when the nursing professional is unable to perform this role in way that satisfies his ideals²².

Although advocacy is not an exclusive attribute of nursing, it is clearly a role that deserves great attention. This term has its definition in the origin of the term advocate – the one who assists, defends or judges another person. In nursing, it is translated as the communication of bad news in an adequate manner, the protection of interests, the construction of more equitable relationships, and the preservation of the user's autonomy²³.

It can be also understood as a response to the problems in the health system and to the disparities caused by these problems. Although it is formulated in terms of call of duty of each professional with the users, defense must also include social and political activism²⁴.

Still, it can be defined as the users' voice, as a guideline toward the use of specialized knowledge by nursing professionals, as a way of facing the various challenges imposed by the health structures and their power relations, as a way of qualifying users for their self-care, and for intervening in the communication failures between users and health professionals²³.

Since the creation of the term user's advocate, in the 1980's ²⁵, nursing has been seen as ideal profession to assume this role because of its close relationship with the user and the managing functions assumed by this profession ²⁶. Advocacy seems to have a close relation with power, and it can be seen as a motivational construct for nursing, enabling the facing of the physical and social demands of the health environments ²⁷.

Situations of moral distress reinforce the necessity of the nurse's performance as user's advocate, mainly because of the nature of the work carried out by this professional. It is perceived as constituent parts of users' advocacy the reinforcement of their autonomy, construction of relationships of therapeutic care and improvement of the quality of communication between nursing professionals and users ²³.

User's autonomy is an essential part to be defended. By accepting this moral commitment, nursing professionals can show they are in a unique position in health relations, being properly qualified to assist users, and clarify the objectives of their treatments and the making of related health decisions ²⁴.

One of the themes identified nowadays is the relationship between educational preparation for the role of defender and the ability of defender, that is, the specific professional competence for this job. It is possible to perceive that, although there is a desire related to the defense of users' interests, so often professionals don't have a proper preparation to take their desires ahead, as in the lack of understanding of moral situations or because of personal or technical limitations ²³.

Most definitions of advocacy in the health literature present the description of attributes instead of real definitions, and that is a fact that shows the difficulty in making headway in the thematic of advocacy from the theory and intentionality plane, to place it in terms of instituted practice in health systems ²⁶.

REFERRALS AND POSSIBILITIES

The legacy left by moral distress must be faced with seriousness, since the failure in the intended actions, because of various embarrassments, may result in a definitive behavior in the moral integrity of professionals, leading to incoherence in their values, and endangering future actions. These facts may affect their moral conscience, as demonstrated in the words of a professional when he stated that, after the experience of a certain fact, he would never be the same internally, and that

he would bear with him, for the rest of his life, the consequences of the great load of moral distress ²¹.

The origin of moral dilemmas may have as starting points the moral education of the nursing workers, since the ability to understand a conflictive situation as a moral problem interferes directly in the way of facing and trying to solve problems, and the constitution of an autonomous subject becomes an important step. Thus, each human being's life experiences is strongly connected with his moral construction, since the singularity of the facts experienced in the communities determine greatly our values ².

Nursing needs to assume more effectively the professional and moral responsibilities in order to perform the assistance of the users' needs, and must question, reflect upon, denounce other professional's abusive practices that may be interfering negatively in the care and, consequently, reverberating in bigger moral distress for professionals themselves.

One of the objectives of the care, in its essence, is maintenance of life, besides its promotion and development, and this can be related to the action of listening to, reflecting upon, evaluating and constructing strategies of rehabilitation or healing, along with the characters involved – user and family – according to their cultures and habits ²⁸.

Opposed conceptions, of the health and nursing teams in relation to the user's care, may endanger the nursing professional's moral judgment, since the nursing care to the human being, by having a close relationship with life, cannot be abolished even when the treatment possibilities carried out by the medical team are abandoned ²⁹.

When it concerns to the stagnation often verified toward a situation of moral distress, or the option of resisting and fighting against its effects, adopted by few, we realize that so often the nursing's choice can lean on immobilism and on the lack of resistance. Only a few professionals seem to use strategies of resistance toward moral distress, against a great number of workers that stop exercising their power, whose voices are rarely heard in the communities or in the hallways of health institutions, and this situation may represent nursing's poor exercise of power and a practically null moral resistance toward moral problems ³⁰.

Nursing professionals have to change this panorama and cross the disciplinary and methodological frontiers that seem to cause such attitudes, making

their voices be heard publically, which may contribute to the increase of nursing's image. Thus, nursing professionals could create a more productive future even for health cares, since these professionals could promote a continuous integration of the sciences with humanization, rejecting frontiers among specific knowledges and the coldness in relationships ³⁰.

Education in nursing is still a hurdle for the nursing professionals to understand their political importance and how much their knowledge could change reality, and this seems to contribute to the unawareness of the action potential of nursing and the possibility of positive intervention in people's lives. It can no longer be neglected the fact that the classroom is still the most radical environment to start the process of resistance of the nursing professionals, so that they become more critical, reflective and, mainly, with actively reverberating voices in society ³⁰.

Still, it is practically impossible for the nursing professionals to recognize individually the problems that affect them and their users, trying to singly modify them. If the objective of nursing is the care, and this includes the defense of the users and their interests, this goal can only be reached collectively. In order to be effective, defense must be collective, because only in this way nursing itself will be reinforced ^{24,31}.

CONCLUSION

Several confrontations are demanded from nursing professionals in their work routine, from those related to the exercise of advocacy of users, those of interest of the health institutions, till those related to desires and personal necessities, so often forgotten or trivialized, related to the exercise of autonomy and power relations not always explicit or perceptible to careless eyes. The recurrence of these situations leads to the need of rethinking nursing and its practices, reviewing relations and their actions in a moral perspective.

It becomes fundamental to problematize the professional routine in a wide and collective way, trying to reveal how we have constructed and acknowledged ourselves as individuals based on a heteronomous morality, who daily mortifies themselves, their desires, and their own individuality without even question about the reasons of such options and actions. More than ever it is time to question, after all,

what has been supporting the maintenance of a personal attitude that does not express resistance, and does not do what we acknowledge as correct.

REFERENCES

1. Range LM, Rotherdam AL. Moral distress among nursing and non-nursing students. *Nurs ethics* 2010; 17(2):225-32.
2. Silveira RS. A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético. [tese]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006. 225 p.
3. Bulhosa MS. Sofrimento moral no trabalho da enfermagem. [dissertação]. [Rio Grande]: Universidade Federal do Rio Grande; 2006. 82 p.
4. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs ethics* 2002; 9(6):636-50.
5. Lunardi VL, Barlem ELD, Dalmolin, Santos SSC, et al. Moral distress and the ethical dimension in nursing work. *Rev. bras. enferm.* 2009; 62(4):599-63.
6. Ham K. Principled thinking: a comparison of nursing students and experienced nurses. *Journ Contin Educ Nurs* 2004; 35(2):66-73.
7. Lützen K, Blom T, Ewalds-Kivist B, Winch S. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nurs ethics* 2010; 17(2):213-24.
8. Gutierrez KM. Critical care Nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens critic care Nurs* 2005; 24(5):229-41.
9. Jameton A. *Nursing Practice: the Ethical Issues*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.
10. Hardingham LB. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nurs Phil* 2004; 5(1):127-34.
11. Corley MC, et al. Development and evaluation of moral distress scale. *Journ Adv Nurs* 2001; 33(2):250-56.
12. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered Nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs ethics* 2009; 16(5):561-73.
13. Hamric AB. What is happening to advocacy? *Nurs Outl* 2000; 48(3):103-4.
14. Corley MC, et al. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs ethics* 2005; 12(4):381-90.
15. Ferrel BR. Understanding Moral Distress of Nurses witnessing Medically Futile Care. *Oncol Nurs For* 2006; 33(5):922-30.

16. Mobley MJ, *et al.* The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Int Crit Care Nurs* 2007; 23(1):256-63.
17. Barlem ELD, *et al.* Perceptions, feelings and difficulties of the nursing team who cares for elderly patients with terminal illnesses (nursing care for adults at the end of life). *Enferm Bras* 2006; 5(1):289-98.
18. Barlem ELD. Vivência do Sofrimento Moral no Trabalho da Enfermagem: percepção da enfermeira. [dissertação]. [Rio Grande]: Universidade Federal do Rio Grande; 2009. 105 p.
19. Dalmolin GL. Sofrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa. [dissertação]. [Rio Grande]: Universidade Federal do Rio Grande; 2009. 97 p.
20. Austin W, Kelecevic J, Goble E, Mekechuk J. An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. *Nurs ethics* 2009; 16(1):57-68.
21. Webster GC, Baylis F. Moral residue. In: Rubin SB, Zoloth L. (org). *Margin of Error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown MD: University Publishing Group; 217-30; 2000.
22. Hanna DR. The Lived Experience of Moral Distress: Nurses Who Assisted With Elective Abortions. *Resear Theor Nurs Pract* 2004; 19(1):95-124.
23. Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nurs ethics* 2010; 17(2):255–67.
24. Mahlin M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nurs ethicis* 2010; 17(2):247–54.
25. Gadow S. Existential advocacy: Philosophical foundation of nursing. In: Spicker S, Gadow S. (org) *Images and ideals: Opening dialogue with the humanities*. New York: Springer; 79-101. 1980.
26. Robert G, Hanks RN. Barriers to Nursing Advocacy: A Concept Analysis. *Nurs Forum* 2007; 42:[s/n].
27. Vaartio H, Leino-Kilpi H, Suominen T, Puukka P. Nursing Advocacy in Procedural Pain Care. *Nurs ethics* 2009; 16(3):340-62.
28. Collière MF. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL; 1999.
29. Pauletti G, *et al.* Health multiprofessional team's perceptions/conducts about the family's participation in the terminal patient assistance decision making process. *Enferm Bras* 2006; 5(1):12-9.
30. Kagan NPN. Historical voices of resistance: crossing boundaries to praxis through documentary filmmaking to the public. *Adv Nurs Scienc* 2009; 32(1):19-32.

31. Mabuchi AS, Fustinoni SM. The meaning given by the healthcare professional to labor and humanizing delivery. *Acta paul. Enferm* 2008; 20(3):420-6.

APENDICE B- Escala de sofrimento moral para enfermeiros

ESCALA DE SOFRIMENTO MORAL

Enfermeiras(os)

Ano de conclusão da Graduação: _____ Instituição: _____
 Outros cursos realizados: () Não () Especialização () Mestrado () Doutorado
 () Outros. Quais: _____
 Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino
 Instituição: _____ Tempo de atuação nesta instituição: _____
 Unidade de trabalho: _____ Tempo de atuação nesta unidade: _____
 Tipo de unidade: () SUS () Privada () Mista
 Comissão de Ética na instituição: () Não () Não sei () Sim
 Educação Permanente na instituição: () Não () Não sei () Sim
 Reuniões na unidade: () Não () Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra _____
 Instituição receptiva ao diálogo: () Não () Às vezes () Sim
 Chefia receptiva ao diálogo: () Não () Às vezes () Sim
 Equipe receptiva ao diálogo: () Não () Às vezes () Sim

Tenho interesse e disponibilidade para participar da continuidade deste trabalho
 () Não () Sim Telefone para contato: _____

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

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

A escala, a seguir apresentada, mede suas percepções em duas dimensões:

- 2) 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

		Sofrimento Moral							Frequência							
		nenhum intenso						Muito	nunca frequente						Muito	
		0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
01	Fazer improvisações para enfrentar a falta de material no cuidado aos pacientes.															
02	Seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele.															
03	Evitar tomar providência ao constatar sobra de medicamentos no box do paciente.															
04	Prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar.															
05	Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte.															
06	Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes.															
07	Ignorar situações em que não foram dadas ao paciente as informações adequadas para assegurar o seu consentimento informado.															
08	Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência ou emergência em um paciente.															
09	Evitar tomar providência ao constatar que um membro da equipe de enfermagem aplica medicação equivocada e deixa de reportá-lo.															
10	Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades.															
11	Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.															
12	Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais.															
13	Trabalhar com equipe de enfermagem com um nível que considera “inseguro”.															
14	Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos.															
15	Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos.															
16	Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente.															
17	Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.															
18	Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente.															
19	Reivindicar melhores condições de trabalho para o atendimento dos pacientes.															
20	Atuar com profissionais que não respeitam as manifestações dos pacientes sobre os cuidados de enfermagem.															

APENDICE C – Escala de sofrimento moral para técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem

ESCALA DE SOFRIMENTO MORAL
Técnicas(os) e Auxiliares de Enfermagem

Categoria Profissional: () Técnica(o) de Enf. () Auxiliar de Enf.
 Ano de conclusão de Curso: _____ Nome do Curso _____
 Outros Cursos realizados: () Não () Pós- Técnico () Graduação () Pós-Graduação
 () Outros. Quais/Carga horária: _____
 Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino
 Instituição: _____ Tempo de atuação nesta instituição: _____
 Unidade de trabalho: _____ Tempo de atuação nesta unidade: _____
 Tipo de unidade: () SUS () Privada () Mista
 Comissão de Ética na instituição: () Não () Não sei () Sim
 Educação Permanente na instituição: () Não () Não sei () Sim
 Reuniões na unidade: () Não () Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra _____
 Instituição receptiva ao diálogo: () Não () Às vezes () Sim
 Chefia receptiva ao diálogo: () Não () Às vezes () Sim
 Equipe receptiva ao diálogo: () Não () Às vezes () Sim
 Tenho interesse e disponibilidade para participar da continuidade deste trabalho
 () Não () Sim Telefone para contato: _____

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

3) você acredita que sabe qual a atitude eticamente apropriada a assumir, e

2) você acredita que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, tais como falta de tempo, desinteresse da chefia, poder dos médicos, política da instituição ou limitações legais.

A escala, a seguir apresentada, mede suas percepções em duas dimensões:

3) 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

APENDICE D – Consentimento livre e esclarecido etapa quantitativa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) Trabalhador(a) de Enfermagem:

Meu nome é Edison Luiz Devos Barlem, sou docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio grande e discente do Curso de Doutorado de Enfermagem da FURG. Pretendo iniciar juntamente a minha orientadora, Valéria Lerch Lunardi, uma pesquisa intitulada “SOFRIMENTO MORAL RECONFIGURADO: UMA VISÃO FOUCAULTIANA”, objetivando *Analisar a percepção da equipe de enfermagem frente ao Sofrimento Moral vivenciado no exercício da profissão contemplando elementos do seu cotidiano profissional, relacionando a sua frequência e intensidade.*

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. Ressaltamos ainda, que estaremos disponíveis 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 acreditamos 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 “SOFRIMENTO MORAL RECONFIGURADO: UMA VISÃO FOUCAULTIANA”, executada pelo doutorando Edison Luiz Devos Barlem e por sua orientadora Valéria Lerch Lunardi.

Assinatura

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

Contatos

Valéria Lerch Lunardi
e-mail: vlunardi@terra.com.br
Fone: (xx)xxxxxxxxx

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

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

APENDICE E – Escala de sofrimento moral validada para aplicação em enfermeiros

ESCALA DE SOFRIMENTO MORAL

Enfermeiras(os)

Ano de conclusão da Graduação: _____ Instituição: _____
 Outros cursos realizados: () Não () Especialização () Mestrado () Doutorado
 () Outros. Quais: _____
 Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino
 Instituição: _____ Tempo de atuação nesta instituição: _____
 Unidade de trabalho: _____ Tempo de atuação nesta unidade: _____
 Tipo de unidade: () SUS () Privada () Mista
 Comissão de Ética na instituição: () Não () Não sei () Sim
 Educação Permanente na instituição: () Não () Não sei () Sim
 Reuniões na unidade: () Não () Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra _____
 Instituição receptiva ao diálogo: () Não () Às vezes () Sim
 Chefia receptiva ao diálogo: () Não () Às vezes () Sim
 Equipe receptiva ao diálogo: () Não () Às vezes () Sim

Tenho interesse e disponibilidade para participar da continuidade deste trabalho
 () Não () Sim Telefone para contato: _____

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

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

A escala, a seguir apresentada, mede suas percepções em duas dimensões:

- 4) 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

APENDICE F – Escala de sofrimento moral validada para aplicação em técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem

ESCALA DE SOFRIMENTO MORAL
Técnicas(os) e Auxiliares de Enfermagem

Categoria Profissional: () Técnica(o) de Enf. () Auxiliar de Enf.
 Ano de conclusão de Curso: _____ Nome do Curso _____
 Outros Cursos realizados: () Não () Pós- Técnico () Graduação () Pós-Graduação
 () Outros. Quais/Carga horária: _____
 Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino
 Instituição: _____ Tempo de atuação nesta instituição: _____
 Unidade de trabalho: _____ Tempo de atuação nesta unidade: _____
 Tipo de unidade: () SUS () Privada () Mista
 Comissão de Ética na instituição: () Não () Não sei () Sim
 Educação Permanente na instituição: () Não () Não sei () Sim
 Reuniões na unidade: () Não () Semanal () Quinzenal () Mensal () Outra _____
 Instituição receptiva ao diálogo: () Não () Às vezes () Sim
 Chefia receptiva ao diálogo: () Não () Às vezes () Sim
 Equipe receptiva ao diálogo: () Não () Às vezes () Sim
 Tenho interesse e disponibilidade para participar da continuidade deste trabalho
 () Não () Sim Telefone para contato: _____

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

5) você acredita que sabe qual a atitude eticamente apropriada a assumir, e

2) você acredita que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, tais como falta de tempo, desinteresse da chefia, poder dos médicos, política da instituição ou limitações legais.

A escala, a seguir apresentada, mede suas percepções em duas dimensões:

5) 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

APÊNDICE G - Guia de entrevista gravada

ENTREVISTA**I) Dados de Identificação:**

2. Idade:
3. Sexo:
4. Instituição onde concluiu a graduação:
5. Ano de formação (a):
6. Tempo de atuação profissional:
7. Categoria profissional:

II) Questões Norteadoras da Entrevista:

1. Como vês teu trabalho como profissional de enfermagem no dia a dia? Consegues desenvolver aquilo que acreditas que deve ser feito em teu dia? Exemplifique.
2. Tu enfrentas conflitos e dilemas no cotidiano de trabalho? Como costumavas agir nessas situações? Existem resistências frente às tuas ações como profissional de enfermagem? Como as percebes?
3. Quais as principais dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho? Como te sentes frente a essas dificuldades?
4. Como estás enfrentando estas dificuldades?
5. Na tua opinião, quais os principais pontos negativos que observas no teu trabalho? E os positivos?
6. Consideras que algo deveria ser implementado no intuito de auxiliar os profissionais de enfermagem no enfrentamento das situações de conflito cotidianas? Podes falar sobre isso?

APENDICE H – Solicitação para realização da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Prezados Senhores,

Como aluno do Curso de Doutorado em Enfermagem da FURG, orientado pela Professora Dra. Valéria Lerch Lunardi, venho por meio deste solicitar a sua autorização para desenvolver uma pesquisa intitulada “SOFRIMENTO MORAL RECONFIGURADO: uma visão foucaultiana” junto aos profissionais de enfermagem de sua instituição.

Tenho como objetivos *Analisar a percepção da equipe de enfermagem frente ao Sofrimento Moral vivenciado no exercício da profissão contemplando elementos do seu cotidiano profissional, relacionando a sua frequência e intensidade; Conhecer as formas éticas de resistência nas situações de sofrimento moral, possibilitando a construção de estratégias para seu enfrentamento.*

Em nenhuma situação os(as) profissionais 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. 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.

Cordialmente
Edison Luiz Devos Barlem
Valéria Lerch Lunardi

Ciente. De acordo

Data:

Responsável pela Instituição: _____

Chefe de enfermagem: _____

Contato _____

Edison Luiz Devos Barlem

e-mail: ebarlem@gmail.com

Fone: (xx)xxxxxxxx

APÊNDICE I - Consentimento livre e esclarecido etapa qualitativa

Prezado(a) Profissional de Enfermagem:

Meu nome é Edison Luiz Devos Barlem, sou discente do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Este trabalho é orientado pela Dr^a Valéria Lerch Lunardi e viemos convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: **“Sofrimento moral reconfigurado: uma visão foucaultiana”**. Esta etapa do estudo tem como objetivo: *Conhecer as formas éticas de resistência nas situações de sofrimento moral, possibilitando a construção de estratégias para seu enfrentamento*. A metodologia adotada prevê a realização de entrevista gravada para a coleta de dados. A Coleta de dados será realizada conforme agendado previamente, de acordo com o seu interesse e disponibilidade e mediante a sua autorização e indicação para o encontro, bem como, com o seu consentimento para o uso do gravador durante a realização da entrevista.

As informações obtidas durante a coleta de dados serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa. Garantimos o direito de acesso aos resultados do trabalho.

Para o alcance dos objetivos propostos para esta pesquisa é imprescindível a sua participação. No entanto, sua participação é completamente voluntária. Sua decisão em não participar ou em retirar-se em qualquer fase do processo não terá nenhuma implicação para você. Nos colocamos a disposição para sanar qualquer tipo de dúvida acerca do trabalho. Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Edison Luiz Devos barlem

Valéria Lerch Lunardi

Responsáveis pelo Trabalho:

Edison Luiz Devos Barlem

ebarlem@gmail.com

Rua Dr. Nascimento, 115, centro

Rio Grande - RS Tel: (xx)xxxxxxxx

Orientadora: Dr^a Valéria Lerch Lunardi

vlunardi@terra.com.br

Eu, _____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: “ **Sufrimento moral reconfigurado: uma visão foucaultiana**” . Fui igualmente esclarecido(a) do objetivo proposto e metodologia que será desenvolvida nessa pesquisa. Concordo em participar dela e que as informações que eu prestar sejam utilizadas em sua realização.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.