

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

ANA PAULA TROMBETTA

**DISTRESSE MORAL DOS ENFERMEIROS EM UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO E EMERGÊNCIAS**

**FLORIANÓPOLIS
2017**

ANA PAULA TROMBETTA

**DISTRESSE MORAL DOS ENFERMEIROS EM UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO E EMERGÊNCIAS**

Tese submetida ao Programa de Pós
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina para obtenção do
Título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza
Ramos.

Coorientadora: Dra. Maria José Menezes Brito

**FLORIANÓPOLIS
2017**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Trombetta, Ana Paula
Distresse moral dos enfermeiros em unidade de
pronto atendimento e emergências / Ana Paula
Trombetta ; orientador, Flávia Regina Souza Ramos,
coorientador, Maria José Menezes Brito, 2017.
220 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Distresse Moral. 3.
Enfermagem. 4. Ética em enfermagem. 5. Serviços de
Emergência. I. Ramos, Flávia Regina Souza. II.
Brito, Maria José Menezes . III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem. IV. Título.

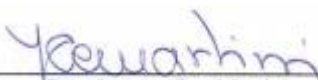
ANA PAULA TROMBETTA

**DISTRESSE MORAL DE ENFERMEIROS EM UNIDADES DE
PRONTO ATENDIMENTO E EMERGÊNCIAS**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

DOUTORA EM ENFERMAGEM

e aprovada em sua versão final em 04 de dezembro de 2017, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

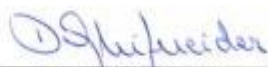


Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

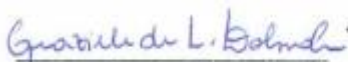
Banca Examinadora:



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Presidente



Dra. Dulcineia Ghizoni
Schneider
Membro



Dra. Grazielle de Lima Dalmolin
Membro



Dra. Eliane Regina Pereira do
Nascimento
Membro

*Dedico esta tese à **minha família**, em especial aos meus pais Osmar e Marilva, aos meus avós Alda in memorian, Hermínia in memorian e Antônio in memorian e ao meu padrinho Nelson Victor in memorian. A realização deste sonho não seria possível sem vocês.*

AGRADECIMENTOS

Muitas foram às pessoas que acompanharam a minha trajetória. Foi fácil? Lógico que não, ninguém disse que seria! Passa um filme na cabeça... Se me arrependo? De maneira nenhuma! Foram momentos de crescimento e amadurecimento, realização pessoal e profissional. Aqui se encerra mais um ciclo, um ciclo vitorioso... Agora sim Doutora em Enfermagem! E não poderia deixar de agradecer...

A Deus, todo poderoso, por guiar os meus caminhos e por permitir que eu seja uma pessoa extremamente abençoada.

A minha orientadora Flávia Regina Souza Ramos a qual eu acompanho desde o mestrado. Vejo-te com olhos de admiração e penso que um dia quero ser um pouquinho do que você é. Características como a tranquilidade e paciência, a compreensão, o companheirismo, o incentivo e os puxões de orelha nos momentos certos proporcionaram a realização deste sonho. Fosse o meu porto seguro em diversos momentos. MUITO OBRIGADA por tudo!

Aos meus pais Osmar Luiz Trombetta e Marilva Nunes Trombetta. O apoio de vocês nessa trajetória foi fundamental. Obrigada pelos momentos em que me ouviram, me aconselharam, me incentivaram a ser uma pessoa melhor, demonstraram o quanto estavam orgulhosos de mim e de tudo que eu construí até o momento e por me ensinarem a nunca desistir dos meus objetivos. Divido essa conquista com vocês... MEUS AMORES!

Aos meus irmãos Sérgio Ricardo e Ana Cláudia Trombetta, a minha cunhada Juliana Prando e minha afilhada Isabelle Yasmin pelos momentos de descontração em família e por sempre acreditarem no meu potencial. Amo vocês!

Aos meus avós Alda, Hermínia e Antônio, *in memoriam*. Amo vocês!

Ao meu padrinho Nelson Victor, *in memoriam*, que foi um dos maiores incentivadores para que eu realizasse este doutorado. Na última vez que te vi, sem saber que seria a última, foi em uma UTI Cardiológica e ao entrar no setor fui recebida de maneira acolhedora e carinhosa pela equipe de enfermagem e médica no qual sabiam que eu era a afilhada “Enfermeira Padrão” que iria iniciar o Doutorado em Enfermagem na UFSC em março daquele ano. Este orgulho que demonstrava sempre que falava de mim me motivou em diversos momentos para que eu concluísse mais esta etapa e onde você estiver, sintase feliz, pois fizesse parte da formação da tua afilhada agora doutora.

A minha co-orientadora Maria José Menezes Brito e a Banca Examinadora através das professoras Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dra. Grazielle de Lima Dalmolin, Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dr. Edison Luiz Devos Barlem e Dra. Denise Elvira Pires de Pires pelos ensinamentos e contribuições valiosas.

Agradeço aos participantes do Grupo Práxis pelas discussões e momentos de aprendizado, em especial a Priscila Barth pela paciência, companheirismo e disponibilidade em me ajudar nas análises dos dados quantitativos.

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem que me proporcionaram a oportunidade de uma formação de referência e de alta qualidade desde a graduação.

Aos professores do PEN, em especial as Professoras Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha e Dra. Vânia Marli Schubert Backes por serem grandes incentivadoras e motivadoras no decorrer deste doutorado. Gratidão pelos conhecimentos adquiridos e pela agradável convivência neste período.

Aos colegas de doutorado, em especial, aos presentes que a vida me deu, Elaine Forte e Marciele Misiak! Elaine, amiga desde o mestrado, com seu jeito ame ou odeie, e eu já amei ela de cara! Sincera, direta, criativa e com um coração enorme que muitas vezes me acolheu e aliviou as minhas angústias! Mas não foram só angústias... demos muitas e boas risadas né?! E Marciele, amor antigo, desde 2010 do hospital e da aula de fundamentos quando fomos professoras. Carinhosa, responsável, exemplo de profissional e uma grande amiga para todas as horas! É meninas, formamos uma parceria e tanto. Foi maravilhoso ter vocês como colegas e amigas! Amo vocês!

Aos amigos da vida, representados aqui pela Andréa, Ivete, Marília e Vinícius, Matheus e Karina. Diversos foram os momentos em que não me fiz presente devido aos compromissos acadêmicos, mas foi por uma boa causa! Obrigada por me incentivarem e torcerem por mim!

Às direções do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina e Hospital Regional de São José – Homero de Miranda Gomes e aos enfermeiros das respectivas emergências por contribuírem de maneira efetiva com a realização desta pesquisa.

Por fim, gostaria de agradecer aos funcionários da Hemodinâmica do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, meus colegas e amigos! Obrigada pela convivência diária, carinho e amizade que existe entre nós. Tenho muito orgulho em chefiar e fazer parte desta equipe que desenvolve um trabalho de qualidade e de referência estadual, salva

muitas vidas e mantem uma relação de interdisciplinaridade com grande respeito e valorização pelo saber de todos os profissionais que compõe esse time. Vocês vivenciaram toda essa trajetória comigo desde o início do doutorado, e só posso agradecer por cuidarem de mim e por torcerem para que esta etapa fosse concluída com sucesso!

OBRIGADA A TODOS!

TROMBETTA, Ana Paula. **Distresse moral dos enfermeiros em unidade de pronto atendimento e emergências**. 2017. 220p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos.

Coorientadora: Dra. Maria José Menezes Brito

RESUMO

O distresse moral está presente na rotina de muitos enfermeiros que atuam em unidades de urgência-emergência e pronto atendimento e é vivenciado de maneira singular, sendo processual e integrado às situações de deliberação moral na prática assistencial. Apresentou como objetivos verificar aplicabilidade da escala de distresse moral nos contextos de urgência-emergência e pronto atendimento, analisar intensidade e frequência de distresse em enfermeiros no contexto específico e analisar as formas de enfrentamento e deliberação moral. O estudo foi desenvolvido em duas etapas. Quantitativa metodológica com aplicabilidade da escala de distresse moral e quantitativa transversal, com análise da intensidade e frequência e correlações do objeto com variáveis sociodemográficas e laborais. A coleta ocorreu de novembro de 2015 até junho de 2016, com 207 participantes de diferentes regiões do país. Utilizou-se análise fatorial, *Alfa de Cronbach* e testes de associação não paramétricos. A etapa qualitativa foi desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas, de novembro 2016 até março 2017, com 21 enfermeiros de dois hospitais estaduais da Grande Florianópolis, sendo que destes 08 também atuavam em unidades de pronto atendimento. A análise foi textual discursiva. Em relação aos resultados quantitativos, a versão validada do instrumento obteve *Alfa de Cronbach* de 0,978, correspondendo à consistência interna adequada, com 43 questões do instrumento original que identificam as situações geradoras de distresse moral nos enfermeiros e foram agrupadas em 08 constructos: Cuidado Seguro e Qualificado, Condições de Trabalho, Defesa de Valores e Direitos, Infrações Éticas, Equipes de Trabalho, Conflito com a Gestão, Conflito Pessoal e Competência Profissional. A construção de um instrumento específico é importante na identificação do distresse moral e favorece as discussões e reflexões. Destacam-se as causas geradoras de distresse moral em intensidade: omissão por parte médica; sobrecarga de trabalho e quantitativo reduzido de profissionais;

sentir-se pressionado a agir diante de situação que não pode intervir. E em relação à frequência, voltado às ações educativas destinadas ao usuário serem insuficientes. Houve associações entre constructos e variáveis do instrumento com destaque para enfermeiros com menor tempo de formação, apresentaram maior distresse quando não possuem suporte nas decisões prática assistencial e enfermeiros com maior tempo de atuação por vivenciarem maior distresse quando confrontados com questões éticas. Dos resultados qualitativos concluí-se que os profissionais desenvolvem estratégias para minimizar o sofrimento e lidar com situações de conflito, que não representam uma abordagem coletiva e consciente do problema ou intervenções planejadas sobre suas causas. Dentre os elementos que embasam a deliberação moral destacam-se a defesa dos interesses e necessidades dos pacientes, a prática acordada junto à equipe, a experiência profissional, a prática estabelecida no serviço e na instituição e a defesa dos interesses e imagem profissional, além do código de ética profissional, princípios éticos e bioéticos e bases teóricas adquiridas na formação. O estudo trouxe contribuições para o marco conceitual utilizado e ampliou a compreensão sobre o distresse moral no tipo de serviço de saúde selecionado, porém o reconhecimento do distresse moral e a problematização do mesmo na prática ainda é um grande desafio para os enfermeiros.

Palavras Chave: Distresse Moral. Enfermagem. Serviços de Emergência. Ética em enfermagem. Tomada de decisões.

TROMBETTA, Ana Paula. **Moral distress of nurses in emergency care unit and emergencies.** 2017. 220p. Thesis (PhD in Nursing) – Post Graduate Program in Nursing. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Advisor: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Co Advisor: Dra. Maria José Menezes Brito

ABSTRACT

Moral distress is present in the routine of many nurses who work in urgency-emergency and prompt care units and are experienced in a singular way, being procedural and integrated to situations of moral deliberation in the practice of care. The objective of this study was to verify the applicability of the moral distress scale in the emergency and emergency care contexts, to analyze the intensity and frequency of distress in nurses in the specific context, and to analyze the forms of moral confrontation and deliberation. The study was developed in two stages. Methodological quantitative with applicability of the scale of moral and quantitative transversal distress, with analysis of intensity and frequency and correlations of the object with sociodemographic and labor variables. The collection took place from November 2015 to June 2016, with 207 participants from different regions of the country. Factorial analysis, Cronbach's Alpha and non-parametric association tests were used. The qualitative stage was developed through semi-structured interviews, from November 2016 to March 2017, with 21 nurses from two state hospitals of Greater Florianópolis, of whom 08 also worked in emergency care units. The analysis was textual discursive. Regarding the quantitative results, the validated version of the instrument obtained Cronbach's alpha of 0.978, corresponding to the adequate internal consistency, with 43 questions from the original instrument that identify the situations generating moral distress in the nurses and were grouped into 08 constructs: Qualified, Working Conditions, Defense of Values and Rights, Ethical Offenses, Work Teams, Conflict with Management, Personal Conflict and Professional Competence. The construction of a specific instrument is important in the identification of moral distress and favors discussions and reflections. The causes of moral distress in intensity are highlighted: medical omission; work overload and reduced quantitative of professionals; feel pressured to act in a situation that can not intervene. And in relation to frequency, aimed at educational actions aimed at the

user are insufficient. There were associations between constructs and variables of the instrument, with emphasis on nurses with shorter training time, greater distress when they did not have support in practical care decisions, and nurses with more time to perform because they experienced greater distress when faced with ethical issues. From the qualitative results it was concluded that professionals develop strategies to minimize suffering and deal with conflict situations, which do not represent a collective and conscious approach to the problem or planned interventions on its causes. Among the elements that support moral deliberation are the defense of patients' interests and needs, agreed practice with the team, professional experience, practice established in the service and institution and the defense of interests and professional image, besides the code of professional ethics, ethical and bioethical principles, and theoretical foundations in training. The study has contributed to the conceptual framework used and broadened the understanding about moral distress in the type of health service selected, but the recognition of moral distress and its problematization in practice is still a great challenge for nurses.

Keywords: Moral distress. Nursing. Emergency Services. Ethics in nursing. Decision-making.

TROMBETTA, Ana Paula. **Distrajo moral de los enfermeros en unidad de pronta atención y emergencias.** 2017. 220p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Post-Grado en Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos.

Coorientadora: Dra. Maria José Menezes Brito

RESUMEN

El distracción moral está presente en la rutina de muchos enfermeros que actúan en unidades de urgencia-emergencia y pronta atención y es vivido de manera singular, siendo procesal e integrado a las situaciones de deliberación moral en la práctica asistencial. Se presentó como objetivos verificar la aplicabilidad de la escala de distracción moral en los contextos de urgencia-emergencia y pronta atención, analizar intensidad y frecuencia de distraer en enfermeros en el contexto específico y analizar las formas de enfrentamiento y deliberación moral. El estudio se desarrolló en dos etapas. Cuantitativa metodológica con aplicabilidad de la escala de distensión moral y cuantitativa transversal, con análisis de la intensidad y frecuencia y correlaciones del objeto con variables sociodemográficas y laborales. La recolección ocurrió de noviembre de 2015 a junio de 2016, con 207 participantes de diferentes regiones del país. Se utilizó análisis factorial, Alfa de Cronbach y pruebas de asociación no paramétricas. La etapa cualitativa fue desarrollada por medio de entrevistas semiestructuradas, de noviembre de 2016 hasta marzo de 2017, con 21 enfermeros de dos hospitales estatales de la Grande Florianópolis, siendo que de estos 08 también actuaban en unidades de pronta atención. El análisis fue textual discursivo. En cuanto a los resultados cuantitativos, la versión validada del instrumento obtuvo Alfa de Cronbach de 0,978, correspondiendo a la consistencia interna adecuada, con 43 cuestiones del instrumento original que identifican las situaciones generadoras de distracción moral en los enfermeros y fueron agrupadas en 08 constructos: Cuidado Seguro y De acuerdo con las condiciones de trabajo, la defensa de valores y derechos, las infracciones éticas, los equipos de trabajo, el conflicto con la gestión, el conflicto personal y la competencia profesional. La construcción de un instrumento específico es importante en la identificación del distracción moral y favorece las discusiones y reflexiones. Se destacan las causas generadoras de distensión moral en intensidad: omisión por parte médica; sobrecarga de trabajo y

cuantitativo reducido de profesionales; se siente presionado a actuar ante una situación que no puede intervenir. Y en relación a la frecuencia, volcado a las acciones educativas destinadas al usuario son insuficientes. Se han producido asociaciones entre constructos y variables del instrumento con destaque para enfermeros con menor tiempo de formación, presentaron mayor distracción cuando no poseen soporte en las decisiones práctica asistencial y enfermeros con mayor tiempo de actuación por experimentar mayor distracción cuando se enfrentan a cuestiones éticas. De los resultados cualitativos se concluyó que los profesionales desarrollan estrategias para minimizar el sufrimiento y lidiar con situaciones de conflicto, que no representan un abordaje colectivo y consciente del problema o intervenciones planificadas sobre sus causas. Entre los elementos que fundamentan la deliberación moral se destacan la defensa de los intereses y necesidades de los pacientes, la práctica acordada junto al equipo, la experiencia profesional, la práctica establecida en el servicio y en la institución y la defensa de los intereses e imagen profesional, código de ética profesional, principios éticos y bioéticos y bases teóricas adquiridas en la formación. El estudio trajo contribuciones al marco conceptual utilizado y amplió la comprensión sobre el distracción moral en el tipo de servicio de salud seleccionado, pero el reconocimiento del distracción moral y la problematización del mismo en la práctica sigue siendo un gran desafío para los enfermeros.

Palabras Clave: Distresse Moral. Enfermería. Servicios de Emergencia. Ética en enfermeira. Toma de decisiones.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Matriz esquemática - Marco conceitual para a análise do processo de distresse moral	56
Figura 2 - Cálculo Amostral População COFEN	62
Figura 3 - Cálculo Amostral População CNES	62
Figura 4 - Adaptação do marco teórico para o setor de urgência-emergência e pronto atendimento.....	164

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação da confiabilidade a partir do coeficiente <i>Alfa de Cronbach</i>	81
Quadro 2 – Elementos para deliberação ética em enfermagem	130
Quadro 3 - Síntese dos achados da categoria Estratégias no Trabalho em si.....	146
Quadro 4 - Síntese dos achados da categoria Estratégias de Comunicação.....	149
Quadro 5 - Síntese dos achados da categoria Estratégias de Sustentação.....	150
Quadro 6 - Síntese dos achados da categoria Estratégias de Sustentação.....	151

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Serviços realizados no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina – Ano 2016.....	69
Tabela 2 - Serviços realizados no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina – Ano 2017	70
Tabela 3 - Perfil dos enfermeiros participantes (N=207). Florianópolis – SC. Brasil, 2017	81
Tabela 4 - Teste de KMO e Bartlett. Florianópolis – SC, Brasil, 2017.....	83
Tabela 5 - Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax). Florianópolis, Brasil, 2017	84
Tabela 6 – Análise descritiva da intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciado pelos enfermeiros nos serviços de emergência conforme questões do instrumento	108
Tabela 7 – Análise descritiva dos itens com as maiores Intensidades e frequências de distresse moral	111
Tabela 8 - Relação entre a percepção do DM em enfermeiros dos serviços de emergência conforme fatores identificados	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALESC	Assembleia Legislativa de Santa Catarina
CDI	Cardiodesfibrilador Interno
CIA	Comunicação interatrial
CIV	Comunicação interventricular
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EAD	Educação à Distância
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FOP	Oclusões de forames ovais
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
HEMOSC	Hemocentro de Santa Catarina
HRSJ	Hospital Regional de São José
ICSC	Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
ROP	Unidade Coronariana Cirúrgica
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TAVI	Implante Percutâneo Valvar Aórtico
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UCO	Unidade Coronariana Clínica
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
1.1 OBJETIVOS GERAIS	38
1.2 TESE	38
2 MINHA INSERÇÃO NO MACRO PROJETO	39
3 SUBSÍDIOS PARA A ABORDAGEM DO OBJETO.....	41
4 MARCO CONCEITUAL	51
4.1 DELIBERAÇÃO MORAL	51
4.2 DISTRESSE MORAL E SOFRIMENTO MORAL	53
5 PERCURSO METODOLÓGICO	59
5.1 ESTUDO 1: ETAPA QUANTITATIVA	60
5.1.1 Tipo de pesquisa	60
5.1.2 Local e participantes da pesquisa	60
5.1.3 Coleta de dados.....	63
5.1.4 Organização e análise de dados.....	64
5.2 ESTUDO 2 - ETAPA QUALITATIVA.....	66
5.2.1 Tipo de pesquisa	66
5.2.2 LOCAL DA PESQUISA.....	67
5.2.2.1 Instituto de Cardiologia de Santa Catarina - ICSC	68
5.2.3 Participantes da pesquisa	71
5.2.4 Coleta de dados.....	72
5.2.5 Organização e análise de dados.....	74
5.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	75
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	77
6.1 MANUSCRITO 1 - VALIDAÇÃO DA ESCALA BRASILEIRA DE DISTRESSE MORAL PARA ENFERMEIROS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	77
6.2 MANUSCRITO 2 – DISTRESSE MORAL DE ENFERMEIROS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	105
6.3 MANUSCRITO 3 - ELEMENTOS PARA A DELIBERAÇÃO ÉTICA EM ENFERMAGEM EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	125
6.4 MANUSCRITO 4 - ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO DISTRESSE MORAL EM	

ENFERMEIROS QUE ATUAM EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA: DESAFIO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	143
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
REFERÊNCIAS.....	167
APÊNDICES	189
ANEXOS.....	201

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro está estruturado em serviços de atenção a saúde nos setores primário, secundário e terciário. Com base no artigo 196, da Constituição Brasileira de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Somado a isso, o artigo 2º da Lei Orgânica nº 8.080, a qual reafirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover condições indispensáveis para o pleno exercício, evidencia que o estado deve disponibilizar serviços e fornecer atendimento de saúde adequado e que contemple, dessa forma, a necessidade de saúde da população (BRASIL, 1990).

Na prática evidenciamos um panorama contraditório, onde o que é direito e assegurando por lei, na maioria das vezes não caracteriza a realidade das nossas instituições públicas, tendo como exemplo notícias frequentes a respeito da superlotação, principalmente quando pensamos na área hospitalar e em serviços de urgência e emergência.

Como é possível não ficar impactado com notícias veiculadas em mídia do tipo: “Deputados estaduais da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa de Santa Catarina (ALESC) realizam vistoria surpresa em hospital estadual e um dos principais problemas encontrados no local foi a superlotação”. Funcionários concordam que o número de pacientes é grande, onde são apenas duas funcionárias de enfermagem para 40 pacientes, prejudicando dessa forma a assistência dos profissionais (SITE GLOBO/SC, 2013).

O frio agrava a situação das emergências dos hospitais na Região Norte do Rio Grande do Sul, aonde pacientes chegam a esperar até uma semana por leitos. O número de leitos é insuficiente e cerca de 60 pessoas aguardam atendimento diariamente em macas nos corredores. Tanto médicos como a equipe de enfermagem acabam sendo sobrecarregados com o número excessivo de atendimentos (SITE GLOBO/RS, 2013). Quatro emergências médicas de Porto Alegre estão com restrições no atendimento devido à superlotação. No Hospital da Restinga, na zona sul, os setores pediátrico e adulto estão fechados para novos pacientes. É o caso mais grave (SITE GLOBO/RS, 2015).

A superlotação é rotina nos setores de emergência de três grandes instituições de saúde de Porto Alegre. Os hospitais de Clínicas, Conceição e Santa Casa, costumam ter mais pacientes que o número de

leitos, o que dificulta o trabalho dos profissionais (SITE GLOBO/RS, 2016). O Hospital Regional de São José, na Grande Florianópolis, passa novamente pela situação da superlotação. Pacientes lotam corredores em macas e há quem prefira sair um pouco do hospital com soro na mão por causa do calor (SITE GLOBO/SC, 2017).

A precariedade do setor saúde é uma realidade presente, exemplificada pelos relatos acima que ocorreram em setores de emergência de hospitais nos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Chama atenção que situações similares são evidenciadas em períodos diferentes, caracterizando dessa forma o sucateamento e superlotação de serviços de saúde, o que acaba influenciando diretamente na assistência de enfermagem e na qualidade do atendimento aos usuários.

Está em vigor desde 2011 a Portaria nº 1.600, que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ela descreve que o atendimento de pacientes apresentando quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade se necessário. Através dessa política os pacientes que necessitam de atendimento de doenças agudas podem receber o atendimento inicial desde a atenção básica até os hospitais de alta complexidade (BRASIL, 2011). Ainda, a política considera como serviços que compõe a rede: serviços de promoção, prevenção e vigilância em saúde; atenção básica; serviços de atendimento móvel a urgências; salas de estabilização; unidades de pronto atendimento (UPA 24 horas) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas (BRASIL, 2013).

Atualmente temos a Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011 que normatiza as diretrizes para a implantação dos componentes das UPAs e serviços de urgência 24 horas de acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Esta portaria descreve a UPA como um estabelecimento de complexidade intermediária entre a atenção básica de saúde e a rede Hospitalar e deve estar localizada em locais estratégicos para a configuração da rede de atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Apresenta como competências o funcionamento do serviço por um período ininterrupto nas 24 horas, incluindo feriados e pontos facultativos; disponibilizar acolhimento a pacientes e familiares; implantação do processo de acolhimento com classificação de risco;

articulação com os demais dispositivos da rede de atenção à urgência, além da construção de fluxos de referência e contra referência na região; assistência de equipe multiprofissional e interdisciplinar; prestação de atendimento inicial aos pacientes acometidos por quadros agudos, promovendo a estabilização do paciente e após encaminhamento para hospitais de maior complexidade (BRASIL, 2011).

As UPA atuam resolvendo grande parte das urgências e emergências, como hipertensão e febre alta, fraturas, infarto e acidente vascular cerebral. Por oferecer, na teoria, uma estrutura simplificada com raio X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Este estabelecimento contribui para diminuir boa parte das filas nas emergências e pronto socorros. Ao procurar a unidade, o paciente recebe atendimento, é estabilizado e, se necessário, é encaminhado para um hospital ou permanece em observação por 24 horas (PAC, 2015).

Por fim, o componente hospitalar é constituído na Rede de Urgência e Emergência pelas portas hospitalares de urgência, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências (BRASIL, 2011).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, até Janeiro de 2017 estavam cadastrados 10.137 estabelecimentos públicos que prestam atendimento à urgência no país, com predomínio da região sudeste (3.427) e nordeste (3.230); a região sul ocupa a terceira posição (1.811) seguida da região norte (876) e centro oeste (793). Quando considerados somente os de hospital especializado, hospital geral, pronto atendimento, pronto socorro especializado, pronto socorro geral, pronto socorro de hospital geral (antigo) e pronto socorro traumatológico-ortopédico (antigo), encontramos 4.880 estabelecimentos públicos que prestam atendimento a urgência no país, com predomínio no sudeste (1.699); nordeste (1.457); sul (889); centro oeste (441) e norte (394) (CNES/DATASUS, 2017a).

Especificamente no estado de Santa Catarina, segundo o CNES o estado possui 409 estabelecimentos públicos cadastrados, sendo que a maior concentração se encontra na capital Florianópolis com 17 estabelecimentos, seguido da cidade de Joinville com 11 e São José com nove estabelecimentos. Ao realizar o mesmo refinamento da pesquisa, considerando hospital especializado, hospital geral, pronto atendimento,

pronto socorro especializado, pronto socorro geral, pronto socorro de hospital geral (antigo) e pronto socorro traumatológico-ortopédico (antigo), encontramos 199 estabelecimentos com maior concentração de serviços nos municípios de Florianópolis (10), Joinville (8) e São José (4) (CNES/DATASUS, 2017a).

Na percepção da equipe de enfermagem, sobre Unidades de Pronto-Atendimento, os profissionais identificam tal local como importante no atendimento rápido e eficaz às urgências, porém reforçam que tal serviço está sendo utilizado como porta de entrada para patologias ambulatoriais as quais poderiam ser resolvidos na atenção básica. Ainda, a sobrecarga de trabalho em função dessa demanda de pacientes, somado à falta de recursos materiais, estrutura física e de pessoal insuficientes prejudica a qualidade dos atendimentos prestados (ROSSETTI; GAIDZINSKI; FUGULIN, 2013; OLIVEIRA et al., 2015).

Além disso, inúmeros são os motivos que contribuem para a insuficiência de profissionais no serviço e dentre eles se pode destacar a pouca informação das gerências sobre critérios sistematizados ou de planejamento; escassez de parâmetros que favoreçam a padronização ou operacionalização de métodos (ROSSETTI; GAIDZINSKI; FUGULIN, 2013).

Estudo realizado em ambientes de atuação da enfermagem voltados ao atendimento à urgência demonstra que fatores como: falta de materiais e do profissional médico na emergência, unidade desorganizada e equipamentos sem condições de pronto uso em situações de urgência/emergência, número insuficiente de profissionais de enfermagem, além da falta de um trabalho integrado dificultando as relações humanas podem ser geradores ou desencadear estresse no enfermeiro (FREITAS et al., 2015). Nos ambientes nos quais predomina a enfermidade, os profissionais sofrem influências em função de estarem expostos à elevada gama de estressores, o que pode gerar a vivência de problemas e dilemas morais em seus cotidianos, levando assim ao sofrimento moral (DALMOLIN et al., 2012). Logo, situações problemáticas podem gerar conflitos ou dilemas morais entre os profissionais envolvidos, bem como ser um potencial gerador de sofrimento moral para os mesmos.

Na prática em saúde, a deliberação moral é a consideração dos valores e deveres implicados em um fato concreto, a fim de conduzir a situação conflituosa por um caminho razoável, considerando conhecimentos práticos da assistência. A deliberação não tem por

objetivo chegar a uma decisão ideal, certa e maximizadora de resultados, mas fazer com que a pessoa que delibera possa perceber a existência de mais soluções que a vislumbrada em primeiro momento, dando a possibilidade de novas descobertas e perspectivas (ZOBOLI, 2016).

No estudo de Freitas e colaboradores (2015) foram retratadas inúmeras dificuldades que o enfermeiro se depara quando atua no cenário de urgência e emergência e essas podem ser associadas à existência de demandas diversas dentro das instituições. O que se espera do profissional quando se depara com alguma situação ética ou conflitante, que foge dos padrões estabelecidos como normais, é identifica-lo como situação de conflito e buscar estratégias que o auxiliem a resolver o problema ou buscar uma resolução para o mesmo.

Na prática da enfermagem, o profissional nem sempre consegue identificar o conflito conforme descrito acima. O profissional pode se deparar rotineiramente com situações que fogem ao estabelecido como padrão e não conseguir identifica-las como situações éticas no cotidiano, não conseguindo realizar dessa forma o processo de deliberação moral. Outro caminho é quando o profissional identifica o problema, porém, mesmo identificando qual a melhor forma de solucionar tal adversidade, ele é impedido, por motivos que fogem a competência do profissional, a tomar a decisão que julga ser a mais correta, podendo dessa forma causar distresse ou angústia moral ao profissional.

O processo de deliberação trazido no estudo de Zoboli e Soares (2012), inspirado em Gracia (2002; 2008; 2009), é descrito como o processo de autoeducação, quase autoanálise, que visa ocasionar a transformação da prática profissional através da mudança de atitude. Com isso, amplia-se a compreensão das vivências e experiências, criando-se ambiente favorável às mudanças dos profissionais, em compromisso responsável com a excelência moral e técnica de sua prática e assistência (ZOBOLI; SOARES, 2012).

Considerando que um determinado problema ético é entendido como um conflito de valores, os profissionais de saúde necessitam desenvolver hábitos, habilidades e competências deliberativas para melhorar a qualidade da atenção à saúde, visto que a habilidade de tomar decisões nos problemas éticos é essencial para a excelência profissional e para a qualidade da atenção à saúde. Só é excelente a assistência que alia exatidão técnica e responsabilidade na tomada de decisão ética (ZOBOLI, 2013).

Em relação aos problemas morais, pode-se afirmar que eles são o que mobiliza a reflexão moral do sujeito e acontece quando a regra

instituída ou as ações rotineiras do setor não correspondem às escolhas que o profissional deve fazer, gerando conflito muitas vezes dos atores envolvidos. O problema faz com que o profissional questione a si próprio a situação e pode ser considerado problema moral por uns e não ser percebido da mesma forma por outros. Para que o problema seja identificado, é necessária a presença da sensibilidade moral como um estranhamento ou uma capacidade de percepção diferenciada (RAMOS et al., 2016).

A noção de problema moral é o início do caminho no processo de deliberação moral. Não existe decisão moral quando o sujeito não é colocado frente a um problema que lhe exige posicionamento. E não existe sofrimento moral se esta decisão é concretizada e são alcançados os efeitos e resultados esperados (RAMOS et al., 2016).

No caso de unidades de urgência e emergência, o sofrimento moral parece manifestar-se pelas condições de superlotação, falta de espaço e privacidade para os pacientes, visto que percebem não conseguir promover um cuidado de qualidade (DALMOLIN et al., 2012). De acordo com o pensamento anterior, pode-se dizer que o ambiente de trabalho é determinante no desencadeamento do sofrimento. Os enfermeiros estão susceptíveis a vivenciar conflitos éticos, problemas morais e sofrimento moral no exercício da profissão, e este último acontece quando os profissionais sabem a melhor maneira de agir, mas não conseguem atuar de acordo com seus conhecimentos (JAMETON, 1984; DALMOLIN; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2009).

A preocupação em estudar o distresse, angústia ou sofrimento moral¹ iniciou em nível mundial na década de 80 do século XX, com Jameton (1984), que foi o precursor das discussões relacionadas à temática na prática da enfermagem. O autor trouxe como primeiro conceito o distresse moral como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando os

¹ O termo original em inglês “moral distress” continua sendo o mais usado, embora exista também o termo “moral suffering”. No Brasil foi adotada a tradução para sofrimento moral. Inicialmente o macro projeto² também adotou este termo, mas posteriormente, com o avanço dos estudos, optou-se pela tradução mais literal do termo distresse, acompanhando a incorporação que o termo “estresse” teve na língua portuguesa do Brasil. No presente estudo será adotado o termo distresse, mas preservados os termos sofrimento ou angústia quando estes forem usados por outros autores referenciados.

trabalhadores de enfermagem não podem executar situações moralmente adequadas, segundo suas consciências (JAMETON, 1984).

No Brasil as discussões iniciaram próximas do ano 2000 com estudos relacionados a enfermeiros no âmbito hospitalar. E a partir desses estudos entende-se o sofrimento moral como a experiência em que o enfermeiro sabe qual ação moralmente correta deveria tomar, porém devido a problemas institucionais ou de relação é impedido de atuar de acordo com seus conhecimentos, podendo realizar ações moralmente inadequadas e dessa forma, entrando em sofrimento (JAMETON, 1993; BULHOSA, 2006; LUNARDI et al., 2009; BARLEM, 2009; BARLEM, 2012; BARLEM; RAMOS, 2015). Portanto, este é um tema relevante para prática e de caráter inovador.

A aproximação com o tema surgiu inicialmente com a disciplina tópico especial: *Bioética – conceitos perspectivas de análise em saúde e enfermagem* que realizei durante o mestrado, assim como em discussões pontuais em reuniões do grupo de pesquisa Práxis – trabalho, ética, saúde e enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Associada a isso, surgiu à oportunidade de me integrar a um macro projeto de pesquisa² vinculado a este grupo e envolvendo outros dois grupos de duas universidades (Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG e Universidade Federal do Rio Grande - FURG), o qual tem como objeto o estudo do distresse moral de enfermeiros nas diversas áreas de atuação.

Após participar das discussões, passei a questionar a minha prática assistencial. Atuei por três anos no setor de emergência de um hospital cardiológico, referência no Estado de Santa Catarina, e em muitos momentos vivenciei situações conflitantes no qual não conseguia realizar o encaminhamento que julgava ser correto, principalmente em função da estrutura, condições de trabalho e por dificuldades burocráticas e de gestão que vivenciava, por ser um hospital público. Em diversas situações me senti em distresse moral enquanto enfermeira e me questionava o que poderia fazer de diferente para evitar ou minimizar este distresse na minha prática. Além da auto reflexão, percebi que muitos colegas enfermeiros sofriam de maneira semelhante

² Projeto "O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde", coordenado pela Dra. Flávia Regina Souza Ramos, financiado pelo CNPq.

e outros preferiam não discutir a situação, assumindo um papel de coadjuvante, onde o problema passa a ser da instituição e não do profissional, logo, se não é problema meu, não soffro.

Em relação à busca na literatura, realizei juntamente com o grupo de pesquisadores da temática do distresse moral da UFSC, uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os cruzamentos booleanos “moral suffering and nursing”; “moral distress and nursing”; “moral suffering and nurse”; “moral distress and nurse”. Após o levantamento, foram identificados 753 artigos que foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão. Esta revisão forneceu um panorama geral acerca das causas de distresse moral nos enfermeiros que atuam nas diversas áreas e complexidades. Porém, será que as causas são as mesmas para aqueles profissionais que atuam no serviço de urgência e emergência?

Uma nova busca na literatura foi realizada, também na Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed, utilizando as palavras-chave moral suffering, sofrimento moral, moral distresse, distresse moral, nursing, enfermagem, nurse, enfermeira, emergencies, emergency e emergência em diferentes combinações com utilização do operador booleano “and”.

Os critérios de inclusão foram artigos nos idiomas inglês, português ou espanhol; textos completos e disponibilizados online até o primeiro semestre de 2017 e que tivessem relação com sofrimento moral dos enfermeiros que atuam em setores de emergência. Foi utilizado como critérios de exclusão artigos duplicados. Ao término da pesquisa foram identificados 28 artigos, sendo que destes foram excluídos 19 no qual, 12 eram repetidos e 07 por não apresentarem textos completos. Dessa forma, 09 artigos passaram para a leitura dos resumos, o que definiu a exclusão de outros 02 artigos. Permaneceram somente 07 artigos que apresentavam relação com a temática de estudo proposta.

Os artigos trouxeram informações importantes em relação à vivência do distresse moral nos enfermeiros do setor de emergência, inclusive como fator importante no abandono da profissão, principalmente quando experimentam cuidados com maus resultados para os pacientes, comunicação pessoal insuficiente e trabalho com colegas incompetentes (TRAUTMANN, 2015).

Outro estudo relata que para os enfermeiros a angústia moral leva ao esgotamento, desgaste e fadiga, além de relação direta com a competência dos prestadores de cuidados de saúde e com o cuidado fútil. A pesquisa contou com a colaboração de 51 profissionais e destes, 20% disseram que tinham considerado deixar a profissão, mas não o

fizeram, e 13,3% afirmaram que estão pensando em deixar sua posição por causa do distresse moral (FERNANDEZ-PARSONS; RODRIGUES; GOYAL, 2013). Os cuidados fúteis também foram relatados como uma importante fonte de distresse moral em enfermagem no atendimento ao trauma (HOUGHTALING, 2012).

Enfermeiros de emergência experimentam distresse moral porque eles são os primeiros enfermeiros a assistir o paciente quando este chega ao hospital e tais experiências se relacionam a uma variedade de situações, incluindo o fornecimento de tratamentos de suporte de vida que prolonguem o processo de morrer (JONES, 2014).

Corroborando resultados obtidos em outros tipos de serviços/unidades, enfermeiros e membros da equipe de cuidados de saúde de um serviço de emergência relataram situações eticamente angustiantes e apresentaram distresse moral por não poder realizar ações em função de obstáculos institucionais, como falta de tempo, falta de apoio de supervisão, exercício do poder médico, política institucional ou limites legais (UNRUH, 2010).

Neste contexto, estudo buscou determinar como enfermeiras de emergência definem sofrimento moral a partir de suas experiências na emergência e identificar possíveis estratégias para combater o sofrimento através de um método qualitativo fenomenológico. Os enfermeiros relatam estarem sofrendo e as principais fontes de sofrimento moral identificadas incluíam questões de defesa do paciente, comportamento profissional de outros profissionais de saúde, conflitos internos com o que eles perceberam ser o certo e fazer o correto e culpa por seus próprios sentimentos sobre assistência ao paciente (ROBINSON; STINSON, 2016).

Por fim, estudo que fala sobre estresse entre enfermeiros que trabalham em três áreas distintas, emergências, equipe de anestesia e em unidades de terapia intensiva, através do modelo JDC que reconhece a importância de estressores ambientais diários sobre as experiências de longo prazo, e que estão expostos a situações críticas de sobrecarga e estresse diariamente. O estudo conclui que os enfermeiros que possuem uma capacitação/qualificação maior conseguem ter uma melhor percepção do sofrimento/estresse. Ainda, o estresse acomete enfermeiros que não dominam ou possuem controle do local onde atuam e a percepção da falta de decisão e sofrimento moral quando comparada as três áreas de atuação é maior no enfermeiro de unidade de terapia intensiva (TROUSSELARD et al., 2016).

Fica evidente que o distresse de enfermeiros precisa ser estudado na realidade brasileira e na especificidade dos serviços de atendimento às urgências e emergências. Para este estudo optou-se em trabalhar com os profissionais que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento e Portas hospitalares de urgência e emergência por acreditar que exista similaridade no processo de trabalho destes profissionais.

Diante a essas inquietações e reflexões surgiram as **questões norteadoras**:

- Qual a intensidade, frequência e situações associadas ao distresse moral em enfermeiros que atuam em serviços de pronto atendimento e urgência-emergência de hospitais públicos?

- Quais são as formas de enfrentamento e deliberação moral desenvolvidas por enfermeiros no cotidiano dos serviços de pronto atendimento e urgência-emergência de hospitais públicos?

1.1 OBJETIVOS GERAIS

- Verificar a aplicabilidade da escala brasileira de distresse moral para enfermeiros que atuam no contexto específico dos serviços de pronto atendimento e urgência-emergência.

- Analisar a intensidade, a frequência e os fatores associados ao distresse moral em enfermeiros que atuam em serviços de pronto atendimento e urgência-emergência.

- Analisar as formas de enfrentamento e deliberação moral desenvolvidas por enfermeiros que atuam em serviços de pronto atendimento e urgência-emergência.

1.2 TESE

A **tese** a ser defendida e sustentada neste estudo é a seguinte:

Os enfermeiros que atuam em serviços de pronto atendimento e urgência-emergência vivenciam distresse moral, que se apresenta associado a diferentes fatores e em níveis variados de intensidade e frequência, desenvolvendo estratégias de enfrentamento e deliberação moral diante de tais situações.

2 MINHA INSERÇÃO NO MACRO PROJETO

Esta tese está inserida no macroprojeto intitulado: “O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde” que é desenvolvido pela pesquisadora Prof. Dra. Flávia Regina Souza Ramos (UFSC) em colaboração com Dr. Edison Luiz Devos Barlem (FURG) e Dra. Maria José Menezes Brito (UFMG) e equipe de pesquisadores destas instituições. Tal projeto foi submetido ao CNPq em chamada universal no ano de 2013.

O grupo de pesquisadores já estudava a temática do sofrimento moral muito antes de ser contemplado pelo CNPq, porém com esse macroprojeto o grupo teve como objetivo analisar o processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde, incluído os serviços de atenção básica e estratégia de saúde da família, urgência e emergência, unidade de terapia intensiva e gestores.

Com o objetivo de identificar possíveis situações de sofrimento moral nos enfermeiros, o grupo de pesquisadores realizou no ano de 2013 um estudo do tipo *Survey*, em que foi aplicado um questionário aberto a cerca de 1.200 enfermeiros que realizavam especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem, modalidade educação à distância - EAD, promovido pelo Ministério da Saúde e executado e coordenado pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em parceria com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). O questionário solicitava informações referentes ao perfil profissional dos participantes, bem como continha o conceito de sofrimento moral e, em seguida, solicitava que os participantes citassem até cinco situações causadoras de sofrimento moral por eles vivenciada. Houve a devolutiva de 771 enfermeiros pertencentes a diversos cenários de atuação. As respostas foram analisadas pelo grupo em três etapas e foram construídas as seguintes categorias: condição de trabalho, organização de trabalho, relações profissionais, conflito, competência profissional, qualidade do cuidado, *advocacy*.

A interpretação e tratamento dos resultados foram fundamentados no conceito e na literatura sobre o processo de angústia/sofrimento moral, com sucessivas sínteses analíticas compartilhadas e confirmadas pelos pesquisadores. A partir desse trabalho surgiu o instrumento intitulado “Questionário de Distresse Moral de Enfermeiros brasileiros” (ANEXO A).

Além da construção do questionário, realizei juntamente com o grupo de pesquisadores da temática do distresse moral da UFSC, uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os termos “moral suffering and nursing”; “moral distress and nursing”; “moral suffering and nurse”; “moral distress and nurse”. Após finalizar a busca, foram identificados 753 artigos.

Os critérios para seleção da amostra foram artigos nos idiomas inglês, português ou espanhol; textos completos; disponibilizados online de 2000 até o primeiro semestre de 2015; que contemplassem os descritores selecionados. Foram excluídos estudos duplicados; artigos de revisão; teses e dissertações. Ao término da aplicação dos critérios, foram excluídos 150 artigos por estarem repetidos, restando dessa forma 603 artigos para serem analisados.

Os artigos selecionados foram analisados pelo grupo e em relação às causas de distresse moral, foram selecionados 112 artigos, que descrevem algumas situações geradoras de distresse moral para enfermeiros como: a futilidade terapêutica principalmente em relação ao processo de terminalidade por acreditarem ser impotentes (PAVLISH, 2011; WIEGAND; FUNK, 2012; ÖZDEN; KARAGÖZOĞLU; YILDIRIM, 2013; WILSON et al., 2013); situações relacionadas a advocacia do paciente, destacando-se o desrespeito à vontade e o direito do paciente (SUNDIN-HUARD; FAHY, 1999; BARLEM et al., 2013); conflitos na relação entre profissionais, principalmente voltados a questão de poder e autonomia profissional (HOLMSTRÖM; HÖGLUND, 2007; PAPATHANASSOGLU et al., 2012; BARLEM et al., 2013); distresse relacionado ao paciente, evidenciada em situações como a ocorrência de dor ou a situações que provoquem mudança na rotina do paciente (CARLÉN; BENGTSSON, 2007; JUMISKO; LEXELL; SÖDERBERG, 2007; SCHANTZ, 2007); qualidade do cuidado, também influenciada por fatores diversos podendo citar alguns como sobrecarga de trabalho, causas estruturais, deficiência de material, divergência entre os membros da equipe (AUSTIN; BERGUM; VANGIE, 2003; VAN ZUUREN; VAN MANEN, 2006; WOODS, 2011; BOROWSKA, 2012); ainda, situações relacionadas a condições e organização do trabalho, (CRONQVIST, 2004; BARLEM, 2013); competências profissionais (VAN DER CINGEL, 2009) e conflitos de conduta (ZUZELO, 2007; SHLUTER, 2008; WIEGAND; FUNK, 2012); também foram citados.

3 SUBSÍDIOS PARA A ABORDAGEM DO OBJETO

Os serviços de saúde no Brasil apresentam políticas específicas de regulamentação, porém o que é comum a todas é sua sustentação nas diretrizes do SUS, que são universalidade, integralidade, descentralização e a participação social, ao lado da humanização, a que todo cidadão tem direito. A Política Nacional de Atenção a Urgências trazia em uma versão inicial que a organização da assistência à atenção às urgências deveria fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2006).

Através da portaria nº 1.600 de 07/07/2011, ocorre à reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta teve como finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Além disso, implementa o acolhimento com classificação do risco como uma base do processo a fim de melhorar os fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências. Inicialmente a Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção a Urgência e Emergência, como rede complexa e que atende a diferentes condições agudas é composta por diferentes *pontos de atenção*, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Isso quer dizer que o usuário poderá receber um atendimento inicial de uma situação aguda em uma unidade básica e após ser encaminhado para os serviços de referência ou de maior complexidade para dar continuidade ao atendimento.

Para tanto, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Neste panorama, entende-se como componentes da rede: serviços de promoção, prevenção e vigilância em saúde; atenção básica; serviços de atendimento móvel a urgências; salas de estabilização; unidades de pronto atendimento e o conjunto de serviços de urgência 24 horas e estes devem atuar de forma transversal a todos os componentes, estar presentes no acolhimento, na qualificação profissional, na informação e na regulação de acesso (BRASIL, 2013).

Em relação aos serviços públicos de urgência e emergência, estes têm se caracterizado pela superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais da saúde. Em relação ao cenário para o cuidado de enfermagem a situação de superlotação da emergência é descrita como perigosa, por absorver uma capacidade de pacientes maior do que proposta pelo serviço, o que gera a deficiência de recursos, traz insegurança tanto aos pacientes quanto aos profissionais, interfere no atendimento de situações de emergência iminentes, ocasiona imprevisto na acomodação dos pacientes e promove desarticulação com o restante do hospital (FERNANDES; COELHO, 2013).

Gerenciar um serviço de urgência e emergência requer experiência, envolvimento, habilidades e planejamento, e apresenta como desafio a constante busca do equilíbrio mediante o desenvolvimento e as habilidades em mecanismos gerenciais que permitam o uso dos recursos disponíveis com o máximo de eficiência, eficácia e efetividade (GALVÃO, 2013). Logo, o gerenciamento da superlotação passa a ser um desafio bastante grande para os enfermeiros. Aqueles que realizam a gestão nas emergências muitas vezes já incorporam a superlotação ao processo de trabalho, mas é necessária a criação de estratégias para amenizá-lo, a fim de proporcionar um atendimento mais humanizado e de qualidade ao usuário (SANTOS et al., 2013).

A unidade de emergência se caracteriza pela grande demanda de pacientes com risco iminente de morte, ocorrências de natureza imprevisível, longas jornadas de trabalho, escassez de recursos humanos e materiais, instalações físicas inadequadas, pressão de chefia, cobrança de familiares, tempo reduzido para a realização do cuidado e convívio cotidiano com o processo de morte e morrer. Dessa forma sentimentos de dor, de sofrimento, de impotência, de angústia, de medo, de desesperança, de sensação de desamparo e de perda permeiam as unidades de emergência constituindo assim demandas psicológicas com possível efeito negativo à saúde e à qualidade de vida do trabalhador (ADRIAENSSENS; DE GUCHT; MAES, 2013).

Constatou-se que as atividades que constroem o processo de trabalho em enfermagem estão pautadas em diversos subprocessos interligados, que se estruturam com base nas práticas do cuidado, administrativas e gerenciais. Dessa forma, entende-se que o parcelamento do trabalho entre os diferentes membros da equipe teve na gerência o elo de articulação das atividades e de sua integração ao processo de trabalho em saúde como um todo (MONTEZELLI, 2011).

Logo, a enfermagem é uma categoria profissional que precisa organizar o trabalho, de forma que cada integrante da equipe contribua com eficiência e competência no atendimento das pessoas que procuram o serviço, especialmente quando este serviço é de cuidados críticos, onde são comuns situações que exigem observações e decisões rápidas e seguras, cuidado frequente e prolongado, que envolve uma sequência de procedimentos invasivos e complexos, mediados pela tecnologia (SILVA; PIRES, 2011).

Além disso, a superlotação dos serviços exige que os trabalhadores escolham, muitas vezes, para quem destinar a atenção, deixando alguns pacientes desassistidos. Identificou-se em um pronto socorro público no estado do Rio Grande do Sul que os atendimentos realizados sobrecarregavam o setor e a equipe multiprofissional, incluindo a equipe de enfermagem, devido a grande procura de atendimento por pacientes classificados como cuidados mínimos e não internados. Além disso, grande parte dos pacientes internados permaneciam acomodados em macas, nos corredores e sem privacidade e, muitas vezes, sem a presença do acompanhante, com recurso físico inadequado para atendimento, causando insatisfação ao paciente e à equipe que presta assistência (CASAROLLI et al., 2015).

Tal problema era agravado devido ao quantitativo reduzido de profissionais de enfermagem no setor para prestar assistência com qualidade à alta demanda. Nessas condições, aumentava o nível de insegurança dos pacientes, os quais ficavam expostos a complicações como queda, infecção relacionada à assistência à saúde, erros na administração de medicamentos e lesões de pele (CASAROLLI et al., 2015).

Em relação à ética em saúde, os profissionais de enfermagem em sua rotina de trabalho se deparam com várias situações de confronto como o exercício da advocacia do paciente, interesses das instituições de saúde, desejos e necessidades em relação ao exercício da autonomia e das relações de poder, em que a ocorrência destas sugere que a enfermagem repense suas práticas (BARLEM et al., 2013).

Problemas éticos são vivenciados pelos profissionais nos hospitais por meio de conflitos de valores e deveres para os quais vislumbram vários cursos de ação, mas nenhum parece totalmente satisfatório, pois um valor encobre o outro e o profissional fica sem saber como agir (ZOBOLI, 2016). Diante desse panorama é necessário deliberar e ponderar à respeito da melhor alternativa para resolução do conflito (GRACIA, 2009).

Considerar a prática de reflexão ética, incentivar a equipe de enfermagem a aplicar os conhecimentos éticos na prática e criar um clima propício para discutir e refletir sobre questões éticas melhora a percepção dos participantes a respeito da temática (HUANG et al., 2016).

O raciocínio moral é identificado quando o sujeito se vê confrontado a agir de acordo com suas próprias escolhas e princípios, e essa mobilização ocorre a partir de situações comuns da vida e do trabalho. Fatos como desrespeito a direitos como integralidade da assistência ao usuário, equidade e igualdade no acesso aos serviços, desconsideração à aspectos importantes como qualidade da assistência e atenção livre de discriminação, também podem ser visualizados como situações, problemas e/ou conflitos éticos.

A capacidade de tomar decisões nos problemas éticos é fundamental para a excelência profissional e para a qualidade da atenção à saúde onde somente é possível conseguir uma assistência de qualidade se aliar a exatidão técnica e responsabilidade na tomada de decisão ética. Diversas vezes os problemas éticos decorrem da falta de clareza quanto aos objetivos da intervenção ou da aparente incompatibilidade entre eles e estes dependem do reconhecimento dos paradigmas de bem e mal, certo e errado, como nos casos típicos de justiça ou injustiça, crueldade ou gentileza, dizer a verdade ou mentir, cujos méritos e atitudes aceitas estão bem definidos. Ainda, o conhecimento ético é a habilidade de operar o discernimento ético com atenção para considerações sutis e menos evidentes que possam ser cruciais na concretização das regras e princípios nas diversas situações (ZOBOLI, 2013).

O julgamento moral envolve a integração de inúmeras considerações éticas que contam a favor ou contra em um determinado curso de ação, a fim de determinar o que deve ser feito em uma situação específica. Logo, o julgamento moral sempre antecede uma tomada de decisão e é baseado em princípios e valores morais que cada profissional possui (FERREIRA; RAMOS, 2006). As decisões tomadas estão ligadas a elementos subjetivos, crenças, valores, princípios e conhecimentos técnicos e muitas vezes não vão ao encontro das melhores escolhas quando tais conflitos são avaliados à luz de diferentes olhares daqueles levados em consideração pela pessoa que o tomou (SCHNEIDER; RAMOS, 2012b).

Os enfermeiros no sistema de saúde raramente utilizam um modelo de tomada de decisão moral, sendo na prática a forma mais comum de tomada de decisão ética aquela guiada pela intuição e não

pelo raciocínio de princípios. Os enfermeiros, como outros indivíduos, tendem a decidir e justificar suas decisões morais, com base nos próprios valores e experiências pessoais, ao invés de se envolverem em raciocínio crítico (JOHNSTONE; HUTCHINSON, 2015). Contudo, a sensibilidade moral e as habilidades de raciocínio moral, como habilidades necessárias para a tomada de decisões éticas dos enfermeiros, devem permear as práticas assistenciais e devem ser ensinados em programas de educação em enfermagem (PARK et al., 2012).

Outro conceito importante é o que trata da sensibilidade moral que, por sua vez, é a capacidade de reconhecer um conflito moral, contextualizar e compreender intuitivamente a situação de vulnerabilidade do paciente e ter uma visão sobre as consequências éticas de decisão a ser tomada em nome da pessoa. A sensibilidade moral é o que permite estar consciente das questões éticas da profissão e encontrar soluções criativas para os problemas identificados (KIM; KANG; AHN, 2013). Os profissionais que desenvolveram a sensibilidade moral e que usam estratégias para resolver problemas éticos aprimoram com maior facilidade à competência moral que é a capacidade de dar sentido moral às situações e usar o julgamento moral. Logo, esses profissionais são menos propensos a experimentar o distresse moral (CORLEY, 2002) e a tomar decisões mais exitosas.

Na área da saúde, a sensibilidade moral é algo positivo e um pré-requisito para tomar decisões diante de questões conflitantes. Na China, constatou-se que 15% dos enfermeiros não conseguiram verbalizar a compreensão do conceito de sensibilidade moral e dos que tentaram, somente 10% forneceram a definição correta. Além disso, muitos enfermeiros expressaram que não pensam conscientemente sobre questões éticas em seus dias de trabalho (HUANG et al., 2016).

Ainda, o grau de sensibilidade pode diferir de acordo com a idade e experiência de trabalho, onde enfermeiros mais experientes e de maior idade parecer ter percepções maiores em relação à sensibilidade, possivelmente por estarem mais familiarizados. Como estratégia facilitadora da sensibilidade moral tem-se a criação de um ambiente cultural positivo no local de trabalho com a função de capacitar o pessoal de enfermagem para discutir e refletir sobre questões éticas, favorecendo assim a tomada de decisão, comunicação e educação continuada no serviço (HUANG et al., 2016).

O primeiro conceito de distresse moral foi abordado por Jameton (1984), nos Estados Unidos, sendo expresso como a manifestação de

sentimentos dolorosos e/ou desequilíbrio psicológico que ocorre nos enfermeiros quando estes estão conscientes da ação moralmente adequada a ser tomada, porém são impedidos de realizar essa ação por constrangimentos legais ou barreiras institucionais (JAMETON, 1984).

O distresse moral foi descrito por Jameton (1993) de duas formas distintas. A angústia inicial que está relacionada com sentimentos de frustração, raiva e ansiedade; e a angústia reativa, quando os indivíduos não respondem à sua primeira experiência de angústia. Isso envolve sentimentos de impotência, culpa, autocrítica e baixa estima, bem como respostas fisiológicas, como choro, perda de sono, pesadelos e perda de apetite (JAMETON, 1993).

Em estudos posteriores, Corley (2002) aponta o distresse moral como um dos principais problemas na profissão de enfermagem, por afetar os enfermeiros e o sistema de cuidados de saúde, em inúmeras e comuns situações, que dificultam a assistência aos pacientes e familiares. O conflito é evidenciado pelo fato do profissional ter que optar/escolher o que é melhor para o paciente. Existe um conflito entre as obrigações enquanto profissional e seus valores, principalmente quando o curso tomado é percebido como incompatível com as necessidades dos pacientes (CORLEY, 2002).

O distresse moral provoca sucessivas mudanças na dimensão pessoal, profissional e educativa do profissional de saúde e pode ser a resposta enfrentada quando, após uma decisão de um conflito ético, vemos a ação contrariada por alguma barreira individual, institucional ou social (KOPALA; BURKHART, 2005). Situações rotineiras também podem desencadear distresse moral, quando há um número insuficiente de trabalhadores, funcionários mal treinados, sobrecarga e superlotação do serviço, políticas e procedimentos organizacionais que dificultam ou mesmo impossibilitam que os enfermeiros atendam as necessidades dos pacientes e seus familiares.

Muitas questões vivenciadas, pelos profissionais, cotidianamente são apenas percebidas como problemas e conflitos organizacionais e/ou de relacionamento na equipe de enfermagem e de saúde, relacionados com a administração, chefias, pacientes e familiares e não são percebidos como problemas ou conflitos morais. Esses problemas ou conflitos morais podem ocorrer quando há diferenças no modo de perceber uma determinada situação, as quais não podem ser adequadamente comunicadas, compreendidas e resolvidas (BULHOSA, 2006).

Situações que provocam sofrimento moral, percebido ou não pelos enfermeiros, reforçam a necessidade de que os profissionais de enfermagem devem atuar como defensores de seus pacientes devido ao caráter contínuo dos cuidados de enfermagem. O questionamento mais importante a ser realizado são as razões pelas quais os profissionais se permitem aceitar certos contextos como sem possibilidade de mudança ou naturais, abrindo mão de uma possibilidade de confrontar eticamente as situações que causam sofrimento moral (BARLEM; RAMOS, 2015).

Logo, faz-se necessário realizar outra diferenciação conceitual relacionada a problemas éticos e dilema moral. Os problemas éticos são divididos, por Jameton (1984), em três categorias: a *Incerteza Moral*, quando há um questionamento diante de uma situação inadequada ou incorreta e um sentimento de tensão, frustração e incômodo, porém tal situação não é percebida com parte de um problema ético; o *Dilema Moral*, que se caracteriza por duas opções distintas a seguir, porém com uma única opção de escolha; e o *Distresse Moral*, que é uma situação em se sabe o que é correto e o que deveria ser feito, mas é impedido de fazê-lo por algum motivo, não podendo seguir o rumo de sua consciência (JAMETON, 1984).

Os dilemas morais são representados pela obrigação em escolher um determinado caminho entre duas ou mais possibilidades de ação, sem que nenhum seja mais correto do que o outro. Quando existem diferentes percepções sobre uma mesma situação e que coloca o indivíduo entre duas proposições opostas e a decisão por uma opção torna inválida a outra (DALMOLIN et al., 2012). A característica fundamental dos dilemas morais é a indecisão no conflito, logo, o dilema moral está presente quando está claro para a profissional o conflito entre importantes e diferentes valores, porém não existe a opção ou escolha que preserve ambos (JAMETON, 1993).

Quando o sofrimento se faz presente o impacto para o doente pode ser a falta de advocacia por parte da enfermagem e situações em que os trabalhadores evitam o contato com os doentes, causando um aumento no desconforto e no próprio sofrimento do cliente frente à doença e ao tratamento (BARLEM, 2009). Estudo realizado por Corley (2002) identifica as principais causas externas de distresse moral, sendo estas: obstinação terapêutica, comunicação deficiente entre profissionais, pacientes e familiares sobre o processo de morte e morrer, uso inadequado de recursos materiais e humanos, falta de qualificação profissional, controle ineficaz da dor, falsa esperança dada aos pacientes e familiares. Questões relacionadas a desigualdades de poder entre os

membros da equipe de saúde, pressão para reduzir custos em instituições privadas, medo de processos judiciais, falta de apoio administrativo e conflito entre políticas hospitalares e as necessidades dos pacientes (JAMETON, 1993) também estão presentes como causas externas de distresse moral.

Ainda, estudo realizado por pesquisador australiano e que buscou identificar o sofrimento moral dos enfermeiros dentro do ambiente de atendimento aos idosos identificou que fatores que contribuem para o sofrimento moral decorrem de características individuais, sistemas específicos de sítio e ou influências externas. Respectivamente, estes podem incluir, por exemplo, os traços pessoais de uma enfermeira e experiências de vida, um quadro de atendimento e contexto assistencial e influências externas mais amplas como o atendimento (BURSTON; TUCKETT, 2013).

Os resultados dessa angústia podem manifestar-se internamente ou externamente e são geralmente negativos ao indivíduo. Estes podem incluir, por exemplo, sentimentos de raiva em relação a si mesmo, autodúvida, diminuição da autoestima, depressão e até mesmo esgotamento e para o outro sentimento de raiva, amargura, cinismo, desânimo e frustração. Finalmente, os efeitos de sofrimento moral para o sistema incluem a enfermeira envolver-se em comportamentos de isolamento, mudança de emprego e abandono da profissão (BURSTON; TUCKETT, 2013).

Quando a responsabilidade, advocacia e compromisso estão presentes nos enfermeiros, que aprendem com situações cotidianas e possuem uma maior maturidade ética, conseguem se tornar mais sensíveis moralmente e desenvolver formas próprias de enfrentamento do distresse moral que conduzam a melhores ações em relação ao seu papel frente os pacientes (CORLEY, 2002). A reflexão sobre as condições e elementos envolvidos no trabalho que causam sofrimento e angústia poderá sensibilizar nas questões morais e éticas, promovendo o protagonismo do profissional e a transformação da realidade (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI; 2006). Nessa ótica, o sofrimento moral pode repercutir positivamente quando a profissional reverte o sofrimento em atitudes em prol do paciente, encarando como um fator energizante e positivo. Considera-se tal afirmação no sentido de visualizar as situações como a possibilidade de alcançar as metas profissionais satisfatoriamente, podendo contribuir para deixar os indivíduos mais atentos, reflexivos sobre a própria conduta moral (BARLEM, 2009).

Os enfermeiros aprendem a gerir o distresse moral apenas através da experiência e, por continuarem a enfrentar situações que causam distresse moral, a todo o momento, necessitam desenvolver novas estratégias para gerenciá-lo (CORLEY, 2002).

Como sugestão de enfrentamento aos profissionais recomenda-se a criação de estratégias de prevenção de sofrimento moral através da educação, melhorar a compreensão ética, habilidades éticas e comunicação; implementação de mecanismos de apoio; desenvolvimento da auto-reflexão crítica; diálogo interdisciplinar e educação (BURSTON; TUCKETT, 2013). Isto se torna fundamental na satisfação no trabalho, permanência dos profissionais no ambiente de trabalho e por ser uma temática que deve ser abordada no processo de formação e nas instituições de saúde (LAZZARIN; BIONDI; DI MAURO, 2012).

É necessário que os profissionais de saúde desenvolvam hábitos, habilidades e competências deliberativas para o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde (ZOBOLI, 2013) e que consigam prestar aos usuários que buscam os serviços de urgência e pronto atendimento, uma assistência de qualidade e que minimizem as causas de sofrimento moral nos profissionais. Os profissionais de enfermagem necessitam de um exercício de estranhamento em relação à rotina, buscando uma olhar diferenciado para o que é apresentado como normal, questionando as normas das instituições, relações interpessoais e eles próprios e identificando as razões pelas quais as situações se tornam impedimentos até mesmo às razões que as levam ou não à aflição moral ou à deliberação moral (BARLEM; RAMOS, 2015).

4 MARCO CONCEITUAL

Como integrante de um macro projeto de pesquisa, o presente estudo compartilha uma matriz conceitual pertinente ao objeto e assume categorias teóricas chave, que foram em sua maior parte propostas para um conjunto de estudos, a partir de conceitos da literatura e de leituras a apropriações particulares. Em síntese, estes conceitos são apresentados a seguir, mesmo que retomando aspectos apresentados em capítulos anteriores.

4.1 DELIBERAÇÃO MORAL

Diariamente enfermeiros, principalmente nos setores de urgência e emergência, são confrontados com situações e problemas éticos diante dos quais precisam tomar decisões rápidas e em benefício do paciente, o que nem sempre é uma tarefa fácil. Ao longo da prática diária, os enfermeiros encontram situações em que podem ser obrigados a tomar uma decisão ética que entra em conflito com os valores pessoais, impedindo o processo de deliberação moral (SCHNEIDER; RAMOS, 2012a; 2012b).

A proposição de Diego Gracia para a deliberação moral em bioética clínica vem inspirando diferentes pesquisadores do campo da saúde, inclusive da enfermagem, a exemplo de Zoboli (2010; 2012; 2013; 2016). Para esta autora, a partir do referencial de Gracia, a deliberação é um processo intelectual que busca encontrar alternativas prudentes e apresenta como objeto as decisões sobre o que se deve ou não fazer (ZOBOLI, 2012). Os profissionais de saúde precisam desenvolver hábitos, habilidades e competências deliberativas para aprimorar a qualidade da atenção à saúde (ZOBOLI, 2013). A deliberação não se limita ao tratamento de questões éticas como ‘dilemas’, confrontando argumentos ‘pró’ e ‘contra’, com vistas a chegar ao curso que tenha a maior probabilidade de ser o correto, já que a redução da ética a cálculos de probabilidade sempre será incompatível com a própria concepção de deliberação. Durante o processo de deliberação os profissionais desenvolvem uma reflexão conjunta, compartilhando percepções e expondo diferentes sentidos morais neste diálogo. Assim, a deliberação se mostra um recurso que apoia a ordenação das discussões em torno de problemas éticos, que requer criatividade e capacidade deliberativa e que as diferentes perspectivas da

realidade sejam expressas em seu sentido moral (POSE, 2009; ZOBOLI, 2013).

Para a autora, novamente a partir do referencial de Gracia, deliberar implica em aspectos como além de conhecimento e habilidades, respeito mútuo, humildade, modéstia intelectual, vontade de aprimorar a compreensão de fatos através da escuta dos outros não sendo visto apenas como uma metodologia, mas sim na perspectiva de autoconhecimento e autoanálise (ZOBOLI, 2010).

Antes de iniciar o processo de deliberação moral é preciso que exista um problema ou um fato real e que este seja percebido ou identificado como algo contraditório ao preconizado ou ao que se pensa como o mais correto e desejável. É necessário que o enfermeiro reflita sobre ele, para que assim inicie o processo de deliberação.

Para que o enfermeiro consiga evoluir além do reconhecimento do problema, é necessário o desenvolvimento da *sensibilidade moral*, ou condições para identificarem o conteúdo moral de ações, fatos e pensamentos cotidianos, podendo tal percepção vir acompanhada de sentimentos de *estranhamento, inquietação ou desconforto moral*. Estes sentimentos não precisam estar vinculados a influências negativas ou desagradáveis, mas são identificados como condições para a reflexão e deliberação moral e geram uma maior percepção dos problemas morais que poderiam permanecer ocultos ou estranhos à experiência pessoal (BARLEN; RAMOS, 2015).

Com base em Gracia, a autora infere que para se realizar a deliberação deve ser considerada: deliberação sobre os fatos (onde a preocupação ocorre na apresentação da situação e esclarecimento da mesma); deliberação sobre valores (que inclui os problemas morais); deliberação sobre deveres (que se refere à articulação entre o que deveria ser feito e como deve ser feito); e por fim a deliberação das responsabilidades (no sentido de verificar se a decisão é legal? – legalidade; Consigo defender publicamente a decisão tomada? Se tivesse mais tempo para decidir, seria a mesma decisão?) (ZOBOLI, 2012).

Também retomando o referencial de Gracia, e suas similaridades com o de outros autores da Bioética, Schneider e Ramos (2010; 2012a) analisam questões empíricas da Enfermagem e consideram que sensibilidade e o raciocínio moral não prescindem de referenciais para a deliberação, de modo a contribuir para que a discussão dos fatos seja realizada de forma sistemática e objetiva. As ações dos profissionais de enfermagem apresentam como resultado da tomada de decisão o bem estar de terceiros e, dessa forma, não devem ser considerados apenas

aspectos subjetivos da percepção da moral de cada pessoa envolvida na questão ou na solução levantada (SCHNEIDER, 2010). Logo, a deliberação moral é a capacidade de refletir sobre a própria perspectiva acerca dos fenômenos, considerando as perspectivas dos outros, discutindo racionalmente os pontos de vista e modificando de maneira progressiva a visão do processo. A deliberação resulta em uma conclusão que nem sempre vai ao encontro das posições assumidas inicialmente (SCHNEIDER; RAMOS, 2012a; 2012b).

A discussão em busca de soluções para os conflitos morais vivenciados na prática assistencial remete à necessidade de estudar, identificar e caracterizar os conflitos, ressaltando quais são os mais frequentes, de que maneira ocorre a deliberação moral e qual a interferência da tomada de decisão para todos os envolvidos (SCHNEIDER, 2010).

4.2 DISTRESSE MORAL E SOFRIMENTO MORAL

Neste estudo, angústia, sofrimento moral ou distresse moral são tratados como um mesmo fenômeno, embora se adotando, preferencialmente o termo distresse moral, ou aquele usado pelos autores citados.

O termo distresse moral foi utilizado por Jameton, filósofo americano, precursor das discussões relacionadas à temática no século XX, que inicialmente descreve como um desequilíbrio psicológico que ocasiona sentimentos dolorosos, como dor e angústia, que ocorrem quando os trabalhadores de enfermagem não conseguem executar situações moralmente adequadas, segundo suas consciências (JAMETON, 1984).

Este conceito primário é reformulado nos anos subsequentes pelo mesmo autor no qual descreve o distresse moral em duas formas distintas: a primeira conhecida por angústia inicial, onde o profissional apresenta sentimentos de ansiedade, frustração e raiva e a segunda conhecida como angustia reativa, que é quando o sujeito não consegue lidar com a angústia inicial (JAMETON, 1993).

A partir desses estudos precursores, atualmente se entende por distresse moral a experiência em que o enfermeiro tem consciência da ação moral correta a ser tomada, porém por não conseguir realizar uma ação moral devido a obstáculos institucionais ou conflitos com outros indivíduos, leva a realizar ações moralmente incorretas/inadequadas (JAMETON, 1993; BARLEM; RAMOS 2014). Pode ser definido,

ainda, como uma resposta enfrentada quando, após uma decisão de um conflito ético, reconhecem uma ação pessoal dificultada por barreiras individual, institucional ou social (KOPALA, 2005).

No Brasil as discussões sobre a temática do sofrimento moral iniciaram na área hospitalar com Bulhosa que buscou compreender como as trabalhadoras de enfermagem vivenciam problemas, dilemas e sofrimento moral no cotidiano do trabalho (BULHOSA, 2006); seguidos de estudos bibliográficos com Dalmolin e Lunardi (2007) e Dalmolin, Lunardi e Lunardi Filho (2009).

No ano de 1995 a pesquisadora americana Corley, estudiosa da temática do distresse moral cria uma escala capaz de verificar a intensidade e frequência do distresse moral e esta foi chamada de *Moral Distress Scale*. Este instrumento foi aplicado em 111 enfermeiros que atuavam na unidade de terapia intensiva e foi possível identificar níveis moderados a intensos de distresse moral nesses sujeitos. A fim de ampliar o instrumento, o mesmo foi ampliado para as unidades clínicas e cirúrgicas de dois centros hospitalares distintos, atingindo um total de 214 enfermeiros (CORLEY et al., 2005). Os constructos identificados foram: responsabilidade individual, não é do melhor interesse do paciente e decepção (CORLEY, 2001).

No ano de 2009, Barlem validou e traduziu o instrumento criado por Corley, por meio de sua aplicação em quatro hospitais com 136 enfermeiros, identificando a intensidade e frequência do sofrimento moral. No ano de 2012 o mesmo autor aplicou esse instrumento incluindo mais treze questões, com 247 profissionais de enfermagem de dois hospitais do sul do país, criando assim um modelo adaptado.

Atualmente existem estudos relacionados ao distresse moral em diversas áreas de atuação do enfermeiro como atenção básica, gestão, docência, unidades de terapia intensiva e serviços de urgência e emergência. O distresse moral aparece descrito na literatura de enfermagem como um problema ético que afeta os profissionais em todas as áreas do sistema de saúde, apresentando como característica uma ameaça à integridade dos enfermeiros e da qualidade da assistência prestada ao paciente (JOHNSTONE; HUTCHINSON, 2015).

No dia a dia, observa-se a prática de rotinas exaustivas de trabalho, estresse, precariedade dos cuidados dispensados, falta de diálogo, banalização da morte e burocracia e estas podem influenciar na forma de ser da enfermagem, ocasionando sentimentos de impotência frente às situações e aparente descaso em relação aos pacientes (BARLEM et al., 2013; LUNARDI et al., 2009). Ainda, essa sensação

pode acarretar em desconforto e sofrimento, sem que esses sejam caracterizados como sofrimento moral. Já se sabe que situações de sofrimento moral têm sido relacionadas ao abandono de ambientes de trabalho pelos enfermeiros, evasão de profissionais da enfermagem e ao *burnout* (LUNARDI et al., 2009; DALMOLIN et al., 2014).

Porém quando os profissionais de enfermagem sentem-se incapazes em tomar uma decisão colocando em prática suas escolhas morais em relação aos pacientes, seja ela por constrangimentos, estrutura institucional inadequada, ou por outros trabalhadores, estes podem apresentar distresse moral (JAMETON, 1993).

As manifestações e consequências do distresse moral nem sempre são percebidas de maneira fácil, pois envolvem sentimentos de raiva e frustração, até expressões difíceis de serem verbalizadas ou compreendidas, como a autodepreciação, desvalorização silenciosa, isolamento; todas representando ameaças à integridade moral (EPSTEIN; DELGADO, 2010).

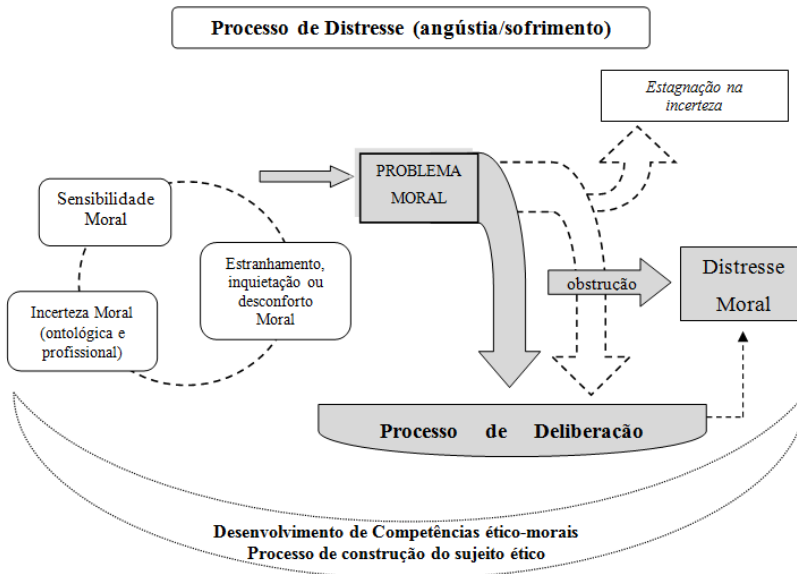
Os resultados decorrentes desta situação podem manifestar-se no sujeito através de sentimentos de raiva em relação a si mesmo, autodúvida, diminuição da auto estima, depressão e até mesmo esgotamento. Para outro, um sentimento de raiva, amargura, cinismo, desânimo e frustração e os efeitos do sofrimento moral para a instituição é a falta de comprometimento, isolamento, mudança de emprego podendo chegar a abandono profissional (BURSTON; TUCKETT, 2013).

Ainda, uma importante crítica que merece ser apontada é o fato de se acreditar que os profissionais enfermeiros sabem a opção moralmente correta e não são passíveis de questionamento em relação às atitudes tomadas. Ramos (2016) descreve que acreditar que enfermeiros sabem a coisa certa a fazer é questionável, pois devemos levar em consideração o juízo moral desses profissionais e não questionar a sua insuficiência é um problema a ser considerado (RAMOS et al., 2016).

Os mesmos autores trazem um olhar ampliado do distresse moral como processo, no qual consegue integrar a experiência moral ou ética e experiência singular de cada profissional. Tem por finalidade promover o estudo racional, sistemático e objetivo dos conflitos morais que emergem nas práticas de cuidado. Tal processo busca articular as competências ético-morais, em relação com a incerteza moral, considerada inerente à condição humana, a vida social (ontológica) e ao exercício profissional (RAMOS et al., 2016). Esta definição de processo de distresse moral será também adotada no presente estudo.

Esquemáticamente, os elementos que são considerados para análise do processo de distresse moral estão dispostos na figura a seguir.

Figura 1 - Matriz esquemática – Marco conceitual para a análise do processo de distresse moral.



Fonte: Ramos et al., 2015.

A matriz esquemática apresenta como ponto inicial o **problema moral** que é considerado o elemento central do processo de distresse moral. O Problema é o que irá mobilizar a reflexão moral do profissional e faz com que o mesmo questione a situação que está vivenciando. O problema surge quando a relação de confiança está fragilizada, quando as regras ou as ações instituídas não estão de acordo com as escolhas a serem feitas e quando as escolhas remetem a valores pessoais e profissionais que apresentam conflito entre os atores do processo. Para que ocorra uma decisão moral o sujeito deve ser colocado a frete de um problema que o force a se posicionar, bem como não existe sofrimento moral se a decisão se concretiza e produz os efeitos esperados (RAMOS et al., 2016).

Para que ocorra o reconhecimento do problema, é necessário que o profissional esteja empoderado de alguns elementos que antecedem o

reconhecimento do problema que são: sensibilidade moral, incerteza moral e estranhamento ou inquietação ou desconforto moral.

Ramos et al (2016) afirmam que a **sensibilidade moral** é a capacidade de percepção diferenciada, um refinamento, educação ou instrumentalização da percepção que se remete a questões morais exercitadas, promovidas e ampliada pela experiência caracterizando-se como habilidade em reconhecer problema ético ou a dimensão ética de uma situação, mesmo quando não há um conflito aparente. É um elemento indispensável para que o problema moral seja percebido e se tornado objeto de questionamento ou crítica (RAMOS et al., 2016).

A **incerteza moral** é caracterizada por estimular a sensibilidade e a consciência dos próprios limites e é contrária ao conforto, elimina a dúvida e a possibilidade a outras perspectivas e possíveis respostas. É a insegurança quanto a moralidade da ação realizada ou dificuldade em definir uma ação como correta (RAMOS et al., 2016). O **desconforto moral** é visto como um elemento de inquietação em relação às práticas rotineiras e de estranhamento em relação a posições, atitudes ou modos de agir (RAMOS et al., 2016).

A partir do reconhecimento de problemas morais, este modelo produz algumas derivações que irão desencadear o processo de distresse moral. Ramos et al. (2016) descreve que o processo pode desencadear três possíveis trajetórias (que estão representadas pelas setas na figura 1) que são: **a estagnação na incerteza**: apresenta como característica a não deliberação por parte do profissional, no qual não adota um posicionamento ético-moral e não enfrenta o problema. **O processo de deliberação moral**: em sua totalidade que é a identificação do problema; reflexão sobre quais caminhos seguir; revisar critérios e possibilidades e efetivar a ação, escolhendo um caminho. **A incompletude da deliberação moral**: que se caracteriza pela presença de obstáculos que impedem o curso adequado/ efetivação da ação mais adequada através do juízo que o profissional julga ser mais adequado. Esta possível trajetória é a que mais se assemelha ao conceito de distresse moral apresentado na literatura, conforme já abordado (RAMOS et al., 2016).

Dessa forma, os autores citados assumem uma nova noção de *processo de distresse moral*, que complementa o conceito clássico, pois assume que o mesmo pode ser tomado como um obstáculo à conclusão satisfatória do processo de deliberação moral ou do alcance das suas finalidades. Ainda, os mesmos autores consideram que é possível ocorrer distresse moral após a tomada de decisão e antes da ação ser

concretizada, especificamente na etapa de avaliação, quando se reavalia os resultados obtidos, numa perspectiva de maior afastamento e de reflexão crítica sobre a deliberação moral desenvolvida (RAMOS et al, 2016).

Adotar um modelo teórico de distresse moral faz com que situações cotidianas que aparentemente pareciam normais, sejam identificadas como armadilhas ou obstáculos nos processos de deliberação moral. É necessário que ocorra um exercício constante de estranhamento com situações rotineiras, questionando suas instituições, identificando os motivos pelos quais as situações se apresentam como obstruções aparentemente intransponíveis e até mesmo os motivos que os levam ou não a deliberação moral (BARLEN; RAMOS, 2015).

O delineamento deste marco conceitual já foi um grande avanço, por conseguir abordar o distresse moral como processo que consegue articular diversos conceitos ou experiências morais. Ainda, tais conceitos são fundamentais por possuírem profunda implicação com o desenvolvimento de competências morais fato este evidenciado atualmente nos discursos pedagógicos e profissionais, como no desenvolvimento contínuo ao longo da vida e do trabalho e como requisitos para a boa prática profissional (RAMOS et al., 2016).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo foi desenvolvido através do método misto, contemplando uma etapa de natureza quantitativa e outra qualitativa.

A utilização de estudos quantitativos e qualitativos concomitantes tem por objetivo a verificação de sobrepostos, porém distintos de um fenômeno. Os resultados do primeiro são utilizados para orientar o desenvolvimento do segundo. Um pesquisador quantitativo pode usar os dados levantados em primeiro momento e essas amostras podem guiar as entrevistas qualitativas em profundidade (GRAY, 2016).

O mesmo autor cita como exemplo uma avaliação de um programa de formação onde os métodos quantitativos seriam utilizados para avaliar resultados do programa e os qualitativos serviriam de subsídios para explorar as perspectivas dos participantes e os processos grupais que acontecem dentro do programa (GRAY, 2016).

Neste caso foi utilizada a pesquisa quantitativa com a aplicação de um questionário com o objetivo de identificar situações geradoras de sofrimento moral nos enfermeiros e que serviram de subsídios para o aprofundamento de questões relacionadas à temática através das entrevistas na parte qualitativa.

Durante a execução do método misto o pesquisador coleta e analisa os dados quantitativos e qualitativos de maneira rigorosa e com base nas questões de pesquisa; agrupam as duas formas de dados a fim de construir e complementar as informações através das duas formas de coleta; usa estes procedimentos em um único estudo, porém em múltiplas fases de um programa de estudo, características essas que fornecem uma abordagem útil para a pesquisa (CRESWELL; CLARK, 2015). Gray (2016) reforça a afirmativa anterior ao contribuir que a função do método misto é aumentar o significado e a validade dos constructos a partir de pontos fortes inerentes ao método e também contrapor a vieses inerentes. Além de aumentar e ampliar a profundidade dos resultados e interpretações ao analisá-los por diferentes métodos e paradigmas (GRAY, 2016).

Este tipo de abordagem busca compreender contexto vivenciado pelos profissionais que atuam no local, bem como ter uma maior interação com o objeto do estudo, visando a melhor compreensão da realidade. Como o estudo possui um objetivo de medição (intensidade e frequência de distresse moral) e também um de conhecer experiências de deliberação moral dos participantes, a articulação de métodos e técnicas se torna especialmente importante.

Uma fragilidade identificada nesse tipo de método está relacionada a mensuração entre os dados no qual estudos quantitativos dependem de escalas de mensuração padronizadas e preexistentes, embora testadas, e que podem não corresponder aos constructos que foram identificados e mensurados nos achados qualitativos. Logo, podem surgir diferenças entre os grupos qualitativos e quantitativos (GRAY, 2016).

O tipo de estudo e mais detalhes do desenvolvimento de cada estudo será descrito a seguir.

5.1 ESTUDO 1: ETAPA QUANTITATIVA

5.1.1 Tipo de pesquisa

Esta primeira etapa do estudo foi caracterizado por uma pesquisa quantitativa metodológica e transversal. A etapa metodológica está presente através da aplicabilidade da escala brasileira de distresse moral e a etapa transversal se caracteriza pela identificação da frequência e intensidade de distresse moral em enfermeiras de pronto atendimento e urgências-emergências.

A pesquisa quantitativa é tipicamente dedutiva, visto que a maioria dos conceitos pode ser reduzida a variáveis, tornando possível testar e estabelecer relações. Assim, o conhecimento resultante de uma pesquisa quantitativa é sempre baseado em uma observação minimalista, além da medição e interpretação objetiva da realidade, o que permite a análise das causas e suas influências nos resultados (CRESWELL; CLARK, 2015). O delineamento da pesquisa caracteriza-se como transversal, uma vez que a coleta de dados ocorre em um espaço de tempo predeterminado, pretendendo descrever e analisar o estado de uma ou várias variáveis em um dado momento (HAIR et al., 2009).

5.1.2 Local e participantes da pesquisa

O cenário escolhido para realização desta primeira etapa foi o território nacional que conforme censo de 2010 possui 190.732.694 milhões de pessoas, apresentando uma grande diversidade de raças com predomínio de brancos, pardos, seguidos de negros, indígenas e amarelos (IBGE, 2010). O mesmo órgão divulga que no ano de 2015 a expectativa de vida das mulheres era de 79,1 anos e dos homens 71,9 anos e quando realizado refinamento por estados, verificou que o estado

com maior expectativa é Santa Catarina, tanto para mulheres, com 82,1 anos, quanto para os homens, com 75,4 anos. O Espírito Santo é o segundo estado com a maior esperança de vida, com 77,9 anos, seguido por São Paulo, com 77,8 anos. O Distrito Federal está empatado no terceiro lugar, com o mesmo índice dos paulistas. O Maranhão, por outro lado, tem a menor expectativa do Brasil, com uma previsão de 70,3 anos para ambos os sexos (IBGE, 2015). Esses dados são utilizados para determinar os impactos na previdência, cálculo de aposentadoria e porque não considerar como indicador na saúde, visto que o país está envelhecendo e com isso favorece o aparecimento de doenças crônicas e certamente a necessidade dos serviços de saúde do país e das emergências.

Em relação aos participantes, estes foram enfermeiros atuantes nos serviços de emergência e unidades de pronto atendimento de todas as regiões do Brasil, porém não existe um dado concreto da quantidade de enfermeiros que atuem especificamente nessa área.

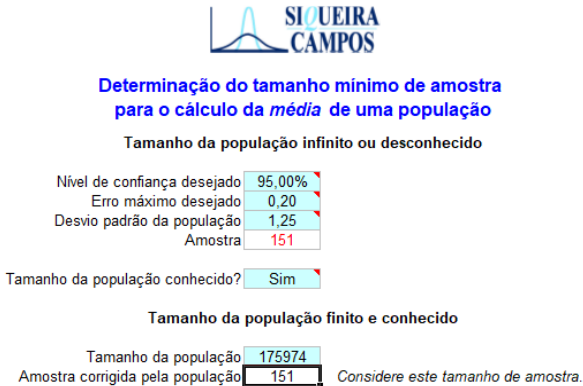
Logo, a população foi calculada de maneira aproximada, com base no número de 465,995 enfermeiros cadastrados no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017) e no número de enfermeiros cadastrados no Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social (CNES/Datasus), onde consta 175.974 profissionais, divididos em 47.928 enfermeiros atuantes na estratégia de saúde da família, representando 27,23% do total de enfermeiros e 128.046 enfermeiros atuantes nos demais níveis de atenção, representando 72,77% (CNES/DATASUS, 2017b).

Em relação aos estabelecimentos cadastrados, foram identificados 8.267 estabelecimentos que realizam o atendimento a urgência sendo que desses: 5.107 hospitais gerais; 1.023 hospitais especializados; 467 Pronto Socorro (geral e especializado); 1.010 Unidades de Pronto Atendimento e 660 unidades mistas (CNES/DATASUS, 2017c). Como não foi possível identificar o número exato de enfermeiros que atuam nos serviços de atendimento a urgências e considerando que os mesmos devem funcionar 24 horas por dia, acredita-se que o mínimo de profissionais que atuariam nesses serviços seria um enfermeiro por turno (considerando noturno em regime de 12x36 horas), logo, poderia ser realizado uma previsão mínima de 4 enfermeiros por serviço, totalizando 33.068 enfermeiros que atuam nesses serviços. Por ser apenas uma estimativa de baixa fidedignidade e pela dificuldade em encontrar dados específicos das áreas de atuação dos enfermeiros, optou-se por não utilizar tal estimativa como definidora da amostra.

Assim o cálculo da amostra se deu a partir do total de enfermeiros cadastrados no COFEN e no CNES, neste último caso reduzindo o número daqueles que atuam na Atenção Básica, conforme detalhado a seguir.

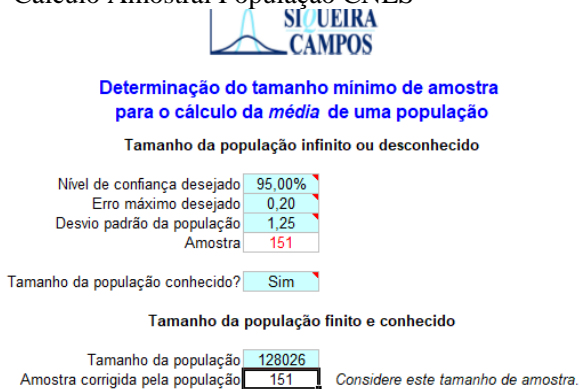
Para realizar o cálculo conforme figura abaixo.

Figura 2 - Cálculo Amostral População COFEN.



Fonte: Site Siqueira Campos. Cálculo amostra. Florianópolis, 2017.

Figura 3 - Cálculo Amostral População CNES



Fonte: Site Siqueira Campos. Cálculo amostra. Florianópolis, 2017.

A população de enfermeiros cadastrada no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) até abril de 2017 era de 465.995 enfermeiros; dos 175.974 profissionais cadastrados no CNES, 128.046 são enfermeiros atuantes nos demais níveis de atenção (excluindo atenção básica). Pode-se estimar que cerca de 10% dos profissionais cadastrados no COFEN ou no CNES também atuam na área da urgência e emergência, o que permite assumir como população os totais destes cadastrados, mas aplicando percentual máximo de 10%. Assim, para tal população estima-se um mínimo amostral de 151 enfermeiros, tanto para população de 465.995 (COFEN) como de 175.974 (CNES). A amostra coincide para as duas populações possíveis de serem utilizadas.

Para a seleção da amostra optou-se pela técnica de amostragem aleatória simples, a qual se baseia na escolha de uma amostra aleatória de uma população, porém fornece exatidão e eficácia a amostra, por todos os elementos da população pertencer a uma população específica (GRAY, 2016).

5.1.3 Coleta de dados

Para a referida tese optou-se por realizar a coleta na primeira parte do estudo através de questionários em um endereço eletrônico.

Os questionários são ferramentas de coleta de dados às quais as pessoas respondem algumas questões de ordem preestabelecida. O questionário é constituído por perguntas ordenadas, respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador (MARCONI; LAKATOS, 2012). Os questionários costumam ser vantajosos por possuírem baixo custo financeiro e de tempo do entrevistado, apresentam um fluxo rápido ao alcance das pessoas, o entrevistado pode preenchê-los onde desejar, são objetivos em relação a outros métodos de coleta e garantem a possibilidade de anonimato do entrevistado (GRAY, 2016).

Ainda, para Gray (2016), os questionários eletrônicos possuem baixo custo, pois podem ser encaminhados por e-mail ou respondidos em um website especializado, além do que por possuir características impessoais apresentam uma probabilidade menos de gerar respostas socialmente desejadas e que possam gerar viés no estudo (GRAY, 2016).

A coleta de dados foi realizada online, através do formulário de distresse moral intitulado “Questionário de Distresse Moral de Enfermeiros brasileiros”, disponível no endereço eletrônico: https://docs.google.com/forms/d/1_HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF2I

[4wMUqLwrvikfSfiE/viewform?usp=send_form](#), porém com enfoque específico aos profissionais enfermeiros do Brasil que atuassem em serviços de emergência e pronto atendimento. Os dados foram coletados através de um instrumento via google.docs durante o período de novembro de 2015 até junho de 2016, totalizando 08 meses.

No ano de 2013, a UFSC ofertou uma Especialização de Linhas de Cuidado a nível nacional contemplando a linhas de cuidado Atenção a Urgências e Emergências como uma das linhas prioritárias, onde pude participar como tutora dos alunos. Aproveitando esse banco de dados nacional, com enfoque na especialidade da referida tese, a busca dos participantes ocorreu inicialmente via e-mail, no qual me apresentei como ex-tutora do curso, encaminhei a proposta de estudo e o link de acesso e solicitei o auxílio dos colegas. Ao mesmo tempo, encaminhei e-mail para a rede de amigos que atuam nos serviços de urgência e emergência e solicitei que os mesmos replicassem os e-mails para outras pessoas. Ainda, tive através do grupo de pesquisadores através de redes sociais para divulgação da pesquisa e link de acesso.

Conforme os questionários foram sendo respondidos, houve o armazenamento de todas as respostas em uma planilha do Microsoft Excel e com o término do período de coleta, os mesmos foram exportados, totalizando uma amostra final de 207 entrevistas de enfermeiros com atuação em serviços de emergência e pronto atendimento.

5.1.4 Organização e análise de dados

Os dados que inicialmente estavam em planilha no programa Microsoft Office Excel/2007 foram submetidos à análise estatística, a partir do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 23.0 e envolveu:

Análise Estatística Descritiva que é utilizada para sintetizar e descrever dados e podem ser apresentados por meio de tabelas de distribuição de frequência, medida de posição (média aritmética, mediana e moda) e dispersão (desvio padrão e intervalo interquartil), de modo a totalizar, resumir e apresentar os dados do instrumento (POLIT; BECK, 2011). Ainda, esse tipo de análise envolve a criação de um quadro que resume uma amostra da população em termos de variáveis fundamentais que estejam sendo pesquisadas e essa apresentação pode se dar através de gráficos, sendo dados de porcentagens e médias (GRAY, 2016). Neste trabalho foi útil na identificação de dados do

perfil como: idade, sexo, formação complementar, local de atuação, estado de atuação, tipo de vínculo, carga horária, número de vínculos e tempo de atuação na profissão.

Análise estatística inferencial ocorre por meio de aplicação de testes estatísticos para verificar a associação entre as variáveis, entre a intensidade e frequência do SM e variáveis sociodemográficas e de perfil profissional. São úteis para resumir dados, baseando nas leis da probabilidade e fornecendo uma conclusão sobre a população a partir de dados amostrais (POLIT; BECK, 2011).

A escolha dos testes estatísticos para cada hipótese talvez seja a característica mais desafiadora, pois o teste utilizado dependerá de uma gama de fatores (GRAY, 2016). Com a intenção de verificar a clareza e confiabilidade dos dados através da análise fatorial, agrupamento de variáveis, gerando constructos e relações conceituais das questões (DEVELLIS, 2012), foram utilizados para validação da Escala de DM para Enfermeiros de Urgência e Emergência os testes de *Alfa de Cronbach* e análise fatorial. Para determinar a adequação da amostra e correlações inter-item e item-escala foram aplicados o *Kaiser-Meyer-Olkin test* e o *Bartlett's Test of Sphericity*. A aplicabilidade dos testes está descrita de maneira detalhada no manuscrito 01.

Em relação à normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov que verifica o grau de concordância entre os valores amostrais (valores observados) e a distribuição teórica específica, sendo determinada pelo P-Value. O valor de referência (P-Value) corresponde a P-Value $> 0,05$ é distribuição normal ou paramétrica e P-Value $< 0,05$, a distribuição será anormal ou não paramétrica (GAYA, 2008).

A definição de testes paramétricos ou não paramétricos se foi definida com apoio de expert em estatística, com a intenção de comparar duas ou mais populações. Foram aplicados os seguintes testes não paramétricos: Mann-Whitney (realiza a análise comparativa de dois grupos independentes. Exemplo: variável sexo) e Teste Kruskal-Wallis (compara três grupos ou mais. Exemplo: variável idade). Ambos adotaram como significância valores de $p < 0,05$.

5.1.4.1 Variáveis do Estudo

No estudo quantitativo, geralmente os conceitos são chamados de variáveis e como o próprio nome descreve, é algo que varia sendo um desafio para os pesquisadores, pois buscam descobrir como essas

variáveis se relacionam e podem ser do tipo dependente, independente, categórica, contínua, dicotômica, por exemplo (POLIT; BECK, 2011). Neste estudo algumas variáveis estão presentes nos questionários na parte de caracterização dos profissionais que são:

- Variáveis Quantitativas Discretas

Tempo de atuação: período de atuação do profissional enfermeiro na referida área;

Idade: relacionado para identificar a idade do participante e se essa possui relação com a intensidade ou frequência do sofrimento moral nos enfermeiros;

Tempo de Formação: relacionado ao tempo de formação que o enfermeiro possui e se essa possui relação com a intensidade ou frequência do sofrimento moral nos enfermeiros;

Número de vínculos: quantidade de vínculos empregatícios que o participante possui;

- Variáveis Qualitativas Ordiniais

Formação complementar: se o participante possui algum tipo de formação complementar exceto a graduação em enfermagem.

- Variáveis Qualitativas Nominiais

Região do país: local do país no qual o participante desenvolve as atividades de enfermeiro e se essa possui relação com a intensidade ou frequência do sofrimento moral nos enfermeiros;

Sexo: identificar o gênero da população estudada e se essa possui relação com a intensidade ou frequência do sofrimento moral nos enfermeiros;

Locais de Atuação: identificar quais locais o participante realizava suas práticas profissionais;

Natureza do vínculo: identificar se o participante atuava em serviço público ou privado e se essa possui relação com a intensidade ou frequência do sofrimento moral nos enfermeiros.

5.2 ESTUDO 2 - ETAPA QUALITATIVA

5.2.1 Tipo de pesquisa

O estudo foi de natureza qualitativa, sendo um estudo exploratório-descritivo. Este tipo de abordagem buscou entender o contexto vivenciado pelos profissionais que atuam no local, bem como ter uma maior interação com o objeto do estudo, visando a melhor compreensão da realidade.

A pesquisa qualitativa pode adotar diversos tipos de posturas e métodos, como a utilização de observações, entrevistas, questionários e análise de documentos. Este tipo de pesquisa é contextual quando coletado na “vida real” por ter a possibilidade de mostrar as coisas como elas realmente são. Apresenta dados que são abertos a múltiplas reflexões muitas vezes enriquecendo a análise do pesquisador (GRAY, 2016).

O termo pesquisa qualitativa quer dizer qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de processos estatísticos ou de outros meios de quantificação. Pode se referir a pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos e também a pesquisa sobre funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interação entre nações. Os métodos qualitativos podem ser utilizados para expor áreas substanciais sobre as quais pouco se sabe ou sobre as quais se sabe muito, para ganhar novos entendimentos (STRAUSS; CORBIN, 2008). É aquela abordagem em que o investigador sempre faz alegações de conhecimento com base principalmente em perspectivas construtivas de significados múltiplos das experiências individuais, significados sociais com o objetivo de construir uma teoria padrão. O pesquisador coleta dados emergentes abertos com o objetivo principal de desenvolver temas a partir dos dados. É fundamentalmente interpretativa (CRESWELL; CLARK, 2015).

As pesquisas descritivas buscam avaliar as características de uma população específica, em determinado tempo e são voltadas a determinar o que ocorreu ao invés do porque (GREY, 2016). A opção pela pesquisa do tipo exploratório fundamentou-se na existência de poucos estudos com tal especificidade. Esse tipo de pesquisa tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para auxiliar nos estudos posteriores (GIL, 1999). A fase exploratória da pesquisa tem importância fundamental de superar o empirismo nas abordagens das questões sociais (MINAYO, 2008). Quanto à abordagem exploratória e descritiva pode ser utilizada por existir interesse em explorar, conhecer, descrever através de dados subjetivos e profundos uma situação não conhecida, permitindo ao pesquisador aumentar sua experiência em torno dela, criando maior familiaridade, de modo que possa ao final do estudo apresentar sugestões ou intervenções e não somente informações (LEOPARDI, 2002).

5.2.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em dois locais que foram a Unidade de Emergência do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) e a Unidade de Emergência do Hospital Regional de São José (HRSJ). A escolha do local ocorreu com o objetivo de aprofundar qualitativamente as estratégias de enfrentamento e deliberação moral dos profissionais e em função dessas instituições possuir caráter de hospital referência e apresentar um grande fluxo de pacientes na região da Grande Florianópolis e a nível estadual acredita-se que foram locais adequados para o aprofundamento das questões.

5.2.2.1 Instituto de Cardiologia de Santa Catarina - ICSC

As informações abaixo, a respeito da história do hospital, foram coletadas no setor de recursos humanos e direção do ICSC e também relatadas pela enfermeira que atualmente trabalha na regulação de leitos do Instituto de Cardiologia e que vivenciou parte dessa mudança.

O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina foi criado pelo Decreto GP - 28/05/62/1.508 e inaugurado em 19 de abril de 1963. Funcionava inicialmente em uma sede alugada na Rua Felipe Schmidt em Florianópolis, no qual eram realizados atendimentos ambulatoriais, sendo posteriormente transferido para o Hospital Nereu Ramos. No ano de 1966 as cirurgias passaram a ser realizadas no Hospital Governador Celso Ramos, porém o serviço de ambulatório funcionava na atual sede do Hemocentro de Santa Catarina - HEMOSC.

Em 30 de novembro de 1987 foi transferido para o Hospital Dr. Homero Miranda Gomes – Hospital Regional de São José (HRSJ), onde divide o espaço físico até a atualidade. Em janeiro de 2002 o Instituto de Cardiologia tornou-se o primeiro hospital público em Santa Catarina a realizar transplante do coração. Em 2006, tornou-se um centro estadual de referência em alta complexidade nos serviços especializados em cirurgia cardiovascular, procedimentos de cardiologia intervencionista, procedimentos endovasculares e laboratório de eletrofisiologia. O atendimento é exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Atualmente, o Instituto de Cardiologia de Santa Catarina atende nas especialidades de cardiologia e cirurgia vascular, realizando exames diagnósticos e intervencionistas. Os exames realizados na instituição são inúmeros, apresentando maior procura de exames diagnósticos: cateterismo cardíaco, arteriografias de membros inferiores, estudos

eletrofisiológicos, eletrocardiograma, holter, ecocardiograma, teste ergométrico, cintilografias; e tratamentos invasivos como angioplastia cardíaca, angioplastia de vasos periféricos, correção endovascular via endoprótese, revascularização do miocárdio, troca valvar, implante de marcapasso, cardiodesfibrilador interno (CDI), Implante Percutâneo Valvar Aórtico (TAVI), oclusões de forames ovais (FOP), comunicação interatrial (CIA) e interventricular (CIV), ablações cardíacas, entre outros.

O espaço físico é disperso dentro do HRSJ, no qual ocupa algumas áreas no térreo como os setores de ambulatório, medicina nuclear, hemodinâmica, reabilitação cardíaca, farmácia, almoxarifado e emergência. No segundo andar estão localizadas a Unidade Coronariana Clínica (UCO) e Unidade Coronariana Cirúrgica (ROP), Unidades de Internação Cardíaca (2A e 2B), Centro Cirúrgico, Gestão de Resíduos e Centro de Materiais Esterilizados; por fim, no terceiro encontra-se a Unidade de Internação Vascular (3C) e o quarto terapêutico de iodoterapia. Atualmente o hospital conta com 130 leitos entre as especialidades cardiovasculares e eletrofisiologia, sendo 39 localizados no setor de emergência, 76 nas unidades de internação e 15 na unidade coronariana.

Falando especificamente do setor de emergência, este possui 40 leitos que são divididos em: sala de reanimação (04 leitos), semi-intensiva (08 leitos), sala de repouso (10 leitos - similar a uma unidade de internação), sala de medicação (17 leitos – porém são poltronas) e 01 (um) quarto de isolamento. Além disso, conta com uma sala de acolhimento/triagem, uma sala de eletrocardiograma e salas de suporte de armazenamento de materiais e administrativas. O Instituto de Cardiologia é referência estadual e para a Grande Florianópolis na especialidade de cardiologia e cirurgia vascular e realizou os seguintes atendimentos no ano de 2016 até março de 2017.

Tabela 1 - Serviços realizados no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina - Período 2016.

SETOR	MÉDIA	TOTAL
Número de Internações - Unidades A, B, C, Iodoterapia e Coronária	356,8	4.281
Atendimento Ambulatório	2.272,8	27.273
Atendimento Emergência	1.210,1	14.521

Fonte: Setor de Custos do ICSC, 2017.

Tabela 2 - Serviços realizados no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina – Período 2017.

SETOR	MÉDIA	TOTAL
Número de Internações - Unidades A, B, C, Iodoterapia e Coronária	322,0	966
Atendimento Ambulatório	2.591,7	7.775
Atendimento Emergência	1.023,7	3.071

Fonte: Setor de Custos do ICSC, 2017.

5.2.2.2 Hospital Regional de São José – HRSJ

O Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes recebe esse nome em homenagem ao médico que atuou na Colônia Santana, foi Prefeito Municipal de São José, Deputado Estadual, e recebeu o título de cidadão Josefense pelos vereadores. Foi inaugurado em 25 de fevereiro de 1987 e ativado somente no dia 02 de março do mesmo ano (SES, 2017).

O hospital iniciou com 36 leitos de maternidade em regime de alojamento conjunto na Unidade de Internação Obstétrica, Centro Obstétrico, Unidade de Neonatologia, Banco de Leite Humano, Triagem Obstétrica, Emergência e Setor de Treinamento, sendo que o Centro Cirúrgico funcionava em conjunto com o Centro Obstétrico. Em relação ao quantitativo de funcionários, o hospital inaugurou com 86 funcionários na área de enfermagem e ao final do ano eram 163 funcionários. Em novembro do mesmo ano foi ativado o Centro Cirúrgico com a abertura de 03 salas cirúrgicas, para atendimento à Ginecologia e Obstetrícia. Em dezembro foi inaugurado o Serviço de Emergência, sendo então deslocada a Triagem Obstétrica para o setor onde funcionava o ambulatório e o Serviço de Emergência Pediátrica, o qual funcionava na mesma área física da Emergência Geral (SES, 2017).

Em dezembro de 1987 foram atendidos 1.082 pacientes, sendo que em novembro de 1988 este número já era de 7.333 atendimentos (SES, 2017).

No ano de 1988, foram inauguradas uma Unidade de Clínica Cirúrgica, dispondo de 40 leitos, sendo divididos entre pacientes Clínicos (16 leitos), Cirúrgicos (22 leitos) e mais 02 apartamentos a serem ocupados pela demanda de ambas as clínicas. Foi ativado o

Serviço de UTI, inicialmente com 04 leitos. Houve a inauguração do Ambulatório Geral, dispondo das especialidades de Oftalmologia, Urologia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Cirurgia Vascular. Abertura da Unidade de Clínica Médica contando com 18 leitos, logo expandindo para 23 no mês seguinte (SES, 2017).

Desde a época que inaugurou até o momento, o hospital aumentou a demanda de atendimentos e especialidades e hoje além da parte de ginecologia, obstetrícia e pediatria, o serviço disponibiliza atendimentos de clínica médica, clínica cirúrgica, neurologia, oftalmologia, urologia, serviços de bucomaxilo e politrauma na Região da Grande Florianópolis.

O Hospital regional possui sede própria e conta atualmente com aproximadamente 293 leitos distribuídos em emergência, unidades de internação e unidade de terapia intensiva geral.

Especificamente falando do setor de emergência, esta é a maior emergência do Estado de Santa Catarina e possui aproximadamente 60 leitos divididos em 07 sítios funcionais sendo: sala de reanimação (04 leitos, porém na prática sem limites para entrada de pacientes); semi-intensiva (04 leitos); sala interna (15 leitos - similar a uma unidade de internação clínica); acolhimento (15 leitos - similar a uma unidade de internação, porém específico para pacientes de ortopedia); sala de medicação (10 leitos – porém são poltronas); sala cirúrgica (05 leitos); sala de externos (10 poltronas, porém na prática sem limites para entrada de pacientes). Ainda, conta com uma sala de acolhimento/triagem, uma sala de eletrocardiograma e salas de suporte de armazenamento de materiais e administrativas.

O Hospital Regional de São José possui 1.500 servidores, é referência em Politrauma na Região da Grande Florianópolis e realiza uma média diária de 600 atendimentos na Emergência Geral (SES, 2017).

5.2.3 Participantes da pesquisa

Para a segunda etapa da coleta, os participantes do estudo foram os enfermeiros das emergências do ICSC e HRSJ. A equipe de enfermeiros do ICSC é composta por 16 enfermeiros, sendo 01 enfermeira chefe e 15 enfermeiros assistenciais e a equipe do Regional é composta por 21 enfermeiros, 01 enfermeira chefe e 20 enfermeiros assistenciais, totalizando 36 enfermeiros nas duas instituições.

O critério de exclusão utilizado para o estudo foi profissionais que estavam afastados do trabalho por férias, licenças e atestados e com período de atuação na área inferior a seis meses. Dentro do período da coleta o Instituto possuía 02 afastamentos por férias e o Regional 04 afastamentos onde 02 eram por férias, 01 por licença maternidade e 01 por atestado de longa permanência, sendo excluídos do estudo 06 enfermeiros.

Por fim, houve o convite de participação da pesquisa para 30 enfermeiros e destes, 21 aceitaram participar das entrevistas. Uma das enfermeiras participante trabalha nas duas emergências onde ocorreu a coleta, logo, a mesma direcionou suas respostas para as duas realidades. Além disso, do número total dos participantes, 08 enfermeiros também atuavam em unidades de Pronto Atendimento na Grande Florianópolis e também direcionaram as respostas considerando as duas realidades. Houve a saturação de alguns dados com um número menor de entrevistas, porém optei por realizar todas as entrevistas das pessoas que demonstraram interesse pelo motivo que os próprios profissionais conversavam entre eles sobre a pesquisa e me procuravam pedindo para participar, aqueles que ainda não a tinham realizado. Por considerar importante esse fato, respeitei a vontade de todos os participantes e optei por concluir as entrevistas com todos que manifestaram interesse.

A escolha dos participantes se deu de maneira intencional e por conveniência. Com esse tipo de amostra se busca entender determinadas práticas que existem no local, contexto e tempo específico. Ainda, os participantes são identificados por possibilitarem à exploração de um determinado comportamento relevante a pesquisa (GRAY, 2016). Além disso, tal critério é usado com frequência quando os pesquisadores necessitam de respostas de especialistas, como no caso em questão, que tinha por objetivo os enfermeiros que atuavam nos serviços de urgência e emergência (POLIT; BECK, 2011).

5.2.4 Coleta de dados

A coleta de dados se efetivou por meio de entrevistas individualizadas no período de novembro de 2016 até março de 2017. Sabendo da dificuldade dos enfermeiros que atuam nos setores de emergência, e alguns desses nos serviços de pronto atendimento também, em dispor um tempo para participar de atividades extras a sua rotina, optou-se em conjunto com as chefias dos dois setores (ICSC e HRSJ) em realizar a coleta de dados durante o trabalho dos

profissionais. Solicitei um primeiro encontro de maneira informal com os enfermeiros para que pudesse me apresentar e contar um pouquinho do meu trabalho enquanto pesquisadora e nestes dias apresentei que a ideia seria realizar atividades em grupo, do tipo grupo focal, para que algumas situações geradoras de estresse fossem conversadas e discutidas em grupo e após trabalharíamos outras questões referentes à temática. Porém, quando a proposta foi lançada ao grupo, os mesmos solicitaram que em um momento inicial gostariam de fazer a atividade de maneira individual. Alguns relataram que a atividade em grupo naquele momento poderia gerar mais estresse na equipe que já estava sobrecarregada, sem contar que os mesmos poderiam revezar a supervisão nas salas para que todos pudessem participar. Dessa forma, foi modificada a forma de coleta para entrevistas individuais.

A entrevista é uma técnica de coleta indicada quando a investigação necessita examinar sentimentos e atitudes dos entrevistados. É útil no caso em que as pessoas possam falar livremente sobre determinado assunto ao invés de responder por escrito. Possibilita o esclarecimento imediato de dúvidas e questões não compreendidas pelo entrevistado no exato momento da entrevista. Esse tipo de coleta é mais indicado no caso de questionários quando as perguntas são abertas ou muito complexas para serem respondidas por escrito (GRAY, 2016).

Gray (2016) comenta que a vantagem das perguntas abertas é o potencial de riqueza que podem surgir através das respostas e algumas delas já podem ser previstas pelo pesquisador. Esse tipo de pergunta também demanda mais tempo do pesquisador para uma análise mais detalhada (GRAY, 2016).

Existem diversos tipos de entrevista e a escolha é determinada pelo objetivo da pesquisa. Neste caso, houve a utilização de entrevistas estruturadas e direcionadas. Para Gray (2016) as entrevistas estruturadas já possuem perguntas previamente preparadas e estruturadas; e nas entrevistas direcionadas levam-se em consideração as respostas subjetivas do entrevistado a partir de situações vivenciadas por ele. O pesquisador deve conhecer previamente a situação para orientar a atenção do entrevistado.

As entrevistas foram conduzidas em dois momentos, sempre respeitando o tempo e a disponibilidade dos profissionais, independente do horário que os mesmos escolheram para responder ao estudo. Na primeira parte, houve a apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido, seguida da assinatura do termo. Apresentação de uma tarjeta da figura do marco conceitual (APÊNDICE B) e breve explicação

da figura com esclarecimento de dúvidas. Apresentações de tarjetas com 15 situações geradoras de sofrimento (APÊNDICE C), que emergiram na parte quantitativa da coleta, como questões norteadoras para conversa no qual os participantes analisavam se aquelas situações provocavam sofrimento e contavam como ocorria na prática profissional deles. Após, perguntava se tinha mais alguma situação que não foi contemplada e que era geradora de sofrimento e deixava a palavra livre para o entrevistado. Na segunda parte, questionava o entrevistado quais estratégias o mesmo utilizava para enfrentar as dificuldades que vivenciava? (APÊNDICE D); De que maneira evitar o sofrimento moral? (APÊNDICE E); E que elementos o auxiliam na tomada de decisão? (APÊNDICE F). E deixava a palavra livre para o entrevistado. Por fim, mostrava através de tarjetas (APÊNDICE G) alguns elementos na tomada de decisão e solicitava que o mesmo refletisse se utilizava na prática profissional.

Todas as entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas na íntegra para posterior análise dos dados.

5.2.5 Organização e análise de dados

Para organização dos dados qualitativos foi utilizado o software Atlas.ti versão 7.0, pois favorece a organização e análise dos dados além de possibilitar o gerenciamento de diferentes documentos utilizados na coleta de dados como as respostas às questões dos questionários. O software Atlas.ti permite a descoberta de fenômenos complexos, os quais, possivelmente, não seriam identificados com uma simples leitura do texto, principalmente, quando comparado à técnica tradicional de tratamento dos dados manualmente (QUEIROZ; CAVALCANTE, 2011). Vale destacar, que nenhum programa realiza todo o procedimento de análise independente do pesquisador então é necessário conhecer as potencialidades do programa para melhor utilização.

A análise no software ocorreu em etapas distintas que são: a) Inserção dos textos dentro do *software* para elaboração das *hermeneutic units*. Essa inserção possibilita uma leitura em profundidade das entrevistas transcritas; b) Relacionado às temáticas através da criação de códigos conhecidos como *codes e quotations*. Nesse momento acontece a seleção dos trechos/falas das entrevistas e acontece com a inserção de códigos que serão palavras-chaves ao longo das entrevistas; c) Formulação das famílias que nada mais é que a criação de categorias que se relacionam, e por fim, d) recolocação dos achados/famílias através da formulação de *networks* que é a construção de categorias

iniciais possibilitando a construção das relações dentro do processo de análise.

Após a categorização, foi realizada uma análise reflexiva e interpretativa dos dados obtidos, baseado no referencial teórico (DRIESSNACK; SOUZA; MENDES, 2007) conforme já descrito (Ramos et al, 2016). A análise dos dados se efetivou através da transcrição de entrevistas, das quais os excertos foram nominadas e agrupadas em classes semelhantes, constituindo grupos que transmitiam as principais ideias da pesquisa. As classes identificadas após análise foram defrontadas com os objetivos da pesquisa buscando desvelar e atingir os objetivos propostos no estudo.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo faz parte do macroprojeto multicêntrico em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG e a Escola de Enfermagem da FURG intitulado: “O processo de angústia/distresse moral em enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde”, portanto apresenta aprovação nos seguintes comitês de Ética em Pesquisa: UFSC com o parecer número 602.598-0 de 10/02/2014 (ANEXO B); UFMG com o parecer número 602.603-0 de 31/01/2014 (ANEXO C); e Universidade Federal de Rio Grande - FURG com o parecer número 511.634 de 17/01/2014 (ANEXO D). Além da aprovação dos comitês foi fornecida uma declaração pelas instituições participantes autorizando a realização da pesquisa nos setores de emergência dos hospitais Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ANEXO E) e Hospital Regional de São José (ANEXO F).

O estudo seguiu as recomendações da Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Os sujeitos participaram de maneira voluntária, foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, metodologia e possibilidade de desistência a qualquer momento.

A participação na pesquisa foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APENDICE A) bem como a garantia do sigilo e confidencialidade da identidade dos participantes. Para manter o anonimato as falas da parte qualitativa serão identificadas pela letra E (Enfermeiro) seguida de número (E1, E2, E3...).

A devolução dos resultados obtidos aos participantes da etapa qualitativa será planejada diretamente com os mesmos e a instituição

onde foram coletados. Os dados coletados e materiais utilizados serão mantidos sob a guarda dos pesquisadores, pelo período de cinco anos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os achados encontrados resultaram nos artigos descritos a seguir.

6.1 MANUSCRITO 1 - VALIDAÇÃO DA ESCALA BRASILEIRA DE DISTRESSE MORAL PARA ENFERMEIROS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Resumo: Objetivo - Estudo quantitativo metodológico para verificar a aplicabilidade da Escala Brasileira de Distresse Moral para Enfermeiros de Urgência e Emergência, baseado na Escala Brasileira de Distresse Moral para Enfermeiros. **Método** - Aplicação de instrumento em endereço eletrônico, de novembro de 2015 até junho de 2016, totalizando 207 participantes. **Resultados** - Instrumento composto de 08 constructos que representam 73,6% da variação das questões originais, evidenciando um adequado grau de síntese dos dados. Os constructos foram nomeados: Cuidado Seguro e Qualificado; Condições de Trabalho; Defesa de Valores e Direitos; Infrações éticas; Equipes de Trabalho; Conflitos com a Gestão; Conflito Pessoal e Competência Profissional. **Conclusão** - O distresse moral deve ser discutido em todas as áreas de atuação do enfermeiro; logo a verificação do instrumento, para este contexto, foi importante na identificação de questões que envolvem o distresse moral em enfermeiros com posterior auxílio nas discussões a respeito da temática.

Descritores: Enfermagem; Emergência; Moral; Ética em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A temática do Distresse Moral (DM), também denominado como Sofrimento Moral, é estudada desde 1984, nos Estados Unidos em que se entendeu o fenômeno como aflição, angústia ou sofrimento em situações nas quais os enfermeiros reconhecem o curso correto da ação a tomar, mas não conseguem concretizá-lo devido a barreiras externas ou internas, gerando sentimento de impotência ou incapacidade para realizar a ação definida como eticamente adequada (JAMETON, 1984; CORLEY, 2005). No Brasil as discussões se iniciaram no ano 2000, com estudos voltados ao sofrimento moral de enfermeiros na área hospitalar corroborando com estudos internacionais (ST LEGDER et al., 2013; PAVLISH et al., 2014; CAVINDER, 2014; ROBINSON; STINSON, 2016).

Entende-se por distresse moral a experiência vivenciada pelo enfermeiro, o qual reconhece a ação moralmente correta a ser adotada e, em decorrência de problemas institucionais ou de relações é impedido de atuar, podendo realizar ações moralmente inadequadas e entrar em sofrimento (JAMETON, 1993; BARLEM, 2012; BARLEM; RAMOS, 2015).

Com a finalidade de mensurar o distresse moral nos enfermeiros, foi elaborado em 1995 a *Moral Distress Scale*, que consistiu no primeiro instrumento de medida psicométrica, com aplicações e adaptações para diferentes unidades de saúde (CORLEY, 2005). No Brasil, o instrumento foi traduzido e validado, com posterior adaptação e ampliação (BARLEM et al., 2014), também na área hospitalar. Atualmente, há estudos nacionais e internacionais relacionados ao distresse moral em diversas áreas de atuação do enfermeiro. A título de exemplo, pode-se mencionar estudos nas áreas de cuidados neonatais e pediátricos (CAVINDER, 2014), de cuidados intensivos (ST LEGDER et al., 2013), na oncologia e nos cuidados paliativos (PAVLISH et al., 2014; CAVINDER, 2014), em serviços de urgência e emergência (ROBINSON; STINSON, 2016) e na atenção básica, e estratégia de saúde da família (BARTH, 2016; CARDOSO et al., 2016).

Com base nos resultados produzidos, especialmente em estudos brasileiros e em contextos institucionais ou locais, um estudo multicêntrico elaborou a escala brasileira de DM em enfermeiros, considerando a diversidade e especificidades dos cenários e serviços do Brasil (RAMOS et al., 2017). Esta escala encontra-se validada e intitulase Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros – EDME-Br (ou MDSN-Br, versão em inglês) (RAMOS et al., 2017).

O distresse moral é um problema ético que afeta profissionais nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde, consistindo em importante ameaça à integridade dos enfermeiros e à qualidade da assistência prestada ao paciente (JOHNSTONE; HUTCHINSON, 2015). Apesar da amplitude do problema, parte-se da premissa de que, a despeito do distresse moral ser uma experiência subjetiva, o mesmo é fortemente influenciado pelo ambiente de trabalho. Assim sendo, diferentes contextos produzem vivências diversas sobre o distresse moral, o que justifica a realização de investigações que tenham como foco a identificação de suas causas ou fatores preditores em contextos reais específicos.

Considerando o exposto, o presente estudo tem como foco a atuação do enfermeiro em serviços de urgência e emergência, haja vista

suas especificidades no atendimento imediato. Neste contexto, por um lado, o trabalho é dinâmico, estimulante e heterogêneo, mas por outro lado, pode ser fonte de riscos para os enfermeiros dada a proximidade física com o paciente e manuseio constante de equipamentos e de materiais (LORO et al., 2016). Ademais, nos serviços de urgência e emergência o enfermeiro se depara com inúmeras situações de conflito ético que podem acarretar em sofrimento.

O presente artigo é parte de uma tese de doutorado e está inserido em um macrojeto intitulado “O processo de angústia/distresse moral em enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde”. O referido projeto teve como produto a construção e validação da Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros.

O presente artigo tem como objetivo verificar a aplicabilidade da escala brasileira de distresse moral para identificar situações desencadeadoras de distresse moral, em relação à intensidade e frequência, em enfermeiros que atuam nos serviços de urgência, emergência e pronto atendimento no Brasil.

MÉTODOS

Estudo quantitativo metodológico. A construção do instrumento ocorreu por meio da validação de conteúdo, de critério e de constructo. A validação aconteceu pela determinação de conteúdo acontece mediante o grau de adequação de um conjunto de itens que refletem o domínio do conteúdo; a validade de critério decorre da relação de um critério com o item da escala, se preocupando com a capacidade de previsão da mesma; por fim com a validação do constructo, que é a relação teórica entre variáveis, relacionada com a mensuração de traços e conceitos abstratos, além da confiabilidade, mediante análise fatorial e *Alfa de Cronbach* (DEVELLIS, 2012).

O **instrumento original** foi elaborado entre os anos de 2014 e 2015 por um grupo de enfermeiras pesquisadoras, abrangendo a proposição de uma marco teórico (RAMOS et al., 2016), a construção do instrumento (RAMOS et al., 2017) e o processo de validação de suas propriedades psicométricas considerando cenário geral de trabalho. O instrumento continha 57 questões que avaliaram a intensidade e frequência por meio de escala *Likert* de 0 a 6. O instrumento foi aplicado a 1200 enfermeiros de diversos contextos assistenciais no âmbito nacional e foi validado com 49 questões (RAMOS et al., 2017).

A **validade de critério** foi obtida mediante o cotejamento das questões do instrumento com a literatura disponível relacionada à temática do distresse moral de enfermeiros. Para a **validade de conteúdo** (aqui considerada incluindo a validade de face) foi realizada uma banca de experts (primeiro momento ou validade de face) e, em segundo momento, pré-teste com 30 enfermeiros de diferentes estados do país. Estas etapas foram desenvolvidas para o instrumento geral, EDME-Br. Após estas validações, o instrumento foi considerado apto para aplicabilidade nos diferentes cenários, incluindo de emergências e pronto-atendimentos.

Para este cenário específico foi realizado **cálculo amostral**, com intervalo de confiança de 95%, desvio padrão populacional de 1,25 (Barlem, 2012) e erro máximo desejado de 0,2, indicando uma amostra necessária mínimo de 151 participantes. A **coleta de dados** ocorreu através da aplicação de instrumento disponível em um endereço eletrônico via Google.docs, com enfoque específico aos profissionais enfermeiros do Brasil que atuassem em serviços de emergência e pronto atendimento. Os dados foram coletados durante o período de novembro de 2015 até junho de 2016, totalizando 207 questionários. As respostas foram exportadas via planilha de *Microsoft Excel* e organizadas para análise através do *SPSS (Statistic Package for Social Sciences) versão 23.0*.

A **validação do constructo** ocorreu com a aplicação de testes estatísticos para verificar a clareza e confiabilidade dos dados. Por meio da análise fatorial ocorreu o agrupamento de variáveis, gerando constructos ou relações conceituais das questões (Devellis, 2012). O *Alfa de Cronbach* avaliou o nível de consistência interna considerando as características das questões em cada constructo, consistência face ao fenômeno estudado. Para a formação dos constructos, foi utilizado o método de rotação *Varimax* com normalização de *Kaiser*, elegendo valor de corte de comunalidade $>0,500$ no bloco e carga fatorial $>0,500$ nos constructos, associação entre as variáveis e associação conceitual (Devellis, 2012). Para determinar a adequação da amostra e correlações inter-item e item-escala foram aplicados o *Kaiser-Meyer-Olkin test* e o *Bartlett's Test of Sphericity*.

Alguns autores consideram que instrumento de pesquisa é satisfatório, quando resultam $\alpha \geq 0,70$, pelo fato de espelhar suficiente fidedignidade de uma escala (FREITAS; RODRIGUES, 2005). Deste modo, com o intuito de contribuir para o tratamento desta questão, utilizou-se a classificação da confiabilidade, a partir do cálculo do

coeficiente Alfa de Cronbach de acordo com os limites apresentados por Freitas e Rodrigues (2005).

Quadro 1 - Classificação da confiabilidade a partir do coeficiente *Alfa de Cronbach*

CONFIABILIDADE	VALOR DE α
Muito Baixa	$\alpha \leq 0,30$
Baixa	$0,30 \leq \alpha \leq 0,60$
Moderada	$0,60 \leq \alpha \leq 0,75$
Alta	$0,75 \leq \alpha \leq 0,90$
Muito Alta	$\alpha > 0,90$

Fonte: Freitas e Rodrigues, 2005.

Considerações Éticas

Esta pesquisa está vinculada a um macroprojeto e seguiu as diretrizes dispostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no qual foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das três universidades envolvidas no macroprojeto: 511.634 de 17/01/2014 na Universidade Federal do Rio Grande); 602.603-0 de 31/01/2014 na Universidade Federal de Minas Gerais e 602.598-0 de 10/02/2014 na Universidade Federal de Santa Catarina.

RESULTADOS

Os 207 participantes, a maioria eram mulheres, entre 30-39 anos, com tempo de formação de 01-05 anos, especialistas, com carga horária de 31-40 horas, vínculo unitário, estatutário de carácter público, atuando pelo menos 05 anos, conforme pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3 - Perfil dos enfermeiros participantes (N=207). Florianópolis – SC. Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	N = 207	%
SEXO		
Feminino	187	90,33%
Masculino	20	9,67%
IDADE		
20 – 29 anos	42	20,29%
30 – 39 anos	92	44,44%

Continuação...

40 – 49 anos	42	20,29%
50 ou mais	30	14,50%
Não respondeu	01	0,48%
TEMPO DE FORMAÇÃO		
Menos de 01 ano	04	1,93%
1 – 5 anos	69	33,33%
6 – 10 anos	72	34,78%
11 – 15 anos	20	9,66%
16 – 20 anos	18	8,70%
Mais de 20 anos	24	11,60%
FORMAÇÃO COMPLEMENTAL		
Nenhuma	32	15,45%
Capacitação	24	11,60%
Especialização	133	64,25%
Mestrado	17	8,22%
Doutorado	01	0,48%
QUANTIDADE DE VÍNCULOS		
Um vínculo	134	64,74%
Dois vínculos	65	31,40%
Três ou mais vínculos	07	3,38%
Não responderam	01	0,48%
TIPO DE VÍNCULO		
CLT	84	40,58%
Estatutário	97	46,86%
Autônomo	02	0,97%
Contrato temporário	15	7,24%
Outro	07	3,38%
Não respondeu	02	0,97%
NATUREZA DO VÍNCULO		
Público	151	72,95%
Privado	49	23,67%
Outra Natureza	06	2,90%
Não respondeu	01	0,48%
CARGA HORÁRIA		
Até 20 horas	05	2,42%
21 – 30 horas	57	27,54%
31 – 40 horas	87	42,02%
Mais de 40 horas	58	28,02%
TEMPO DE ATUAÇÃO		
Até 5 anos	109	52,66%
De 6 – 10 anos	48	23,19%
De 11 – 15 anos	20	9,66%
De 16 – 20 anos	13	6,28%
Mais de 20 anos	16	7,73%

		Continuação...
Não respondeu	01	0,48%
NATUREZA DO VÍNCULO PRINCIPAL		
Atenção Básica/Primária	27	13,04%
Atenção Secundária/Média Complexidade	88	42,52%
Atenção Terciária/Alta Complexidade	92	44,44%

Fonte: Construída para fins de estudo. Florianópolis, 2017.

No que se refere à validação do constructo, a análise fatorial exploratória com rotação *Varimax* foi aplicada às 57 questões do instrumento, buscando verificar a validade discriminatória, respeitando o critério de comunalidade inferior a <0,500 para exclusão das questões no bloco e carga fatorial inferior a <0,500 nos constructos. Ao final desta análise foram excluídas 14 questões do instrumento original e formaram-se 08 constructos que representam 73,6% da variação das questões originais, evidenciando um adequado grau de síntese dos dados.

Em relação à fidedignidade dos 08 constructos, o *Alfa de Cronbach* foi aplicado ao instrumento e em cada constructo de maneira separada. Os oito constructos apresentaram os seguintes *Alfa de Cronbach e número de questões*: constructo 1 (0,957), dez questões; constructo 2 (0,948), seis questões; constructo 3 (0,929), cinco questões; constructo 4 (0,937), seis questões; constructo 5, (0,926) seis questões; constructo 6 (0,902), quatro questões; constructo 7 evidenciou (0,899), quatro questões; e constructo oito (0,703) duas questões. O número elevado deste marcador evidencia a fidedignidade da escala da amostra selecionada. Por fim, a versão do instrumento formado pelos 08 constructos finalizou com 43 questões, com *Alfa de Cronbach* de 0,978.

Os resultados dos testes KMO e Bartlett foram adequados conforme os fatores analisados segundo a tabela 4.

Tabela 4 - Teste de KMO e Bartlett. Florianópolis – SC, Brasil, 2017.

Teste de KMO e Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,930
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	9269,99
		7
	Gl	1596
	Sig.	,000

O agrupamento das questões e respectivos constructos são expressos na tabela 5.

Tabela 5 - Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax). Florianópolis, Brasil, 2017.

Matriz de componente rotativa^a								
Indicadores	Componentes							
1. Cuidado Seguro e Qualificado	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
I31 Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido à baixa qualidade do atendimento	,709							
I30 Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido à problemas sociais	,705							
I29 Reconhecer que as demandas de continuidade do cuidado do paciente/usuário não são atendidas	,703							
I28 Reconhecer que o acolhimento do usuário é inadequado	,700							
I37 Reconhecer prejuízos ao cuidado por inadequada integração entre os serviços/setores	,643							
I27 Reconhecer insuficiência de acesso ao serviço para o usuário	,641							
I32 Reconhecer que ações educativas com o usuário são insuficientes	,550							
I35 Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do paciente	,547							
I36 Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do familiar/acompanhante	,537							
I44 Vivenciar a suspensão e adiamento de procedimentos por razões contrárias às necessidades do paciente/usuário	,531							
2. Condições de Trabalho								
I13 Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são insuficientes		,768						
I11 Reconhecer que os materiais de consumo são insuficientes		,760						
I12 Reconhecer que os materiais de consumo são inadequados		,752						
I14 Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são inadequados		,728						
I16 Reconhecer que a estrutura física do serviço é inadequada		,722						
I15 Reconhecer que a estrutura física do serviço é insuficiente		,620						
3. Defesa de Valores e Direitos								
I56 Reconhecer situações de desrespeito ao direito de pacientes e familiares à informação			,794					
I55 Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à confidencialidade/sigilo			,793					
I54 Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à privacidade/intimidade			,741					
I57 Sentir-se impedido de defender o usuário em situações de vulnerabilidade social			,673					
I53 Reconhecer situações de desrespeito/maus tratos por parte dos profissionais em relação ao usuário			,628					
4. Infrações Éticas								
I26 Vivenciar a imprudência por parte de profissionais de outras categorias				,811				
I25 Vivenciar a omissão por parte de profissionais de outras categorias				,810				
I24 Vivenciar a imprudência por parte do enfermeiro				,801				
I23 Vivenciar a omissão por parte do enfermeiro				,769				

Continuação...

I22 Vivenciar a imprudência por parte do médico	,537
I21 Vivenciar a omissão por parte do médico	,522
5. Equipes de Trabalho	
I7 Trabalhar com profissionais de outras categorias despreparados	,660
I5 Trabalhar com enfermeiros despreparados	,654
I2 Trabalhar com equipe multiprofissional de saúde incompleta	,637
I3 Vivenciar condições de sobrecarga de trabalho	,633
I1 Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda	,632
I6 Trabalhar com auxiliares e técnicos de enfermagem despreparados	,605
6. Conflito com a Gestão	
I47 Sentir-se desrespeitado por superiores hierárquicos	,79 5
I48 Reconhecer atitudes eticamente incorretas dos gestores ou superiores hierárquicos	,79 0
I49 Sentir-se pressionado à pactuar ou silenciar frente a fraudes em benefício da instituição	,69 5
I9 Trabalhar com gestores e chefias despreparadas	,59 9
7. Conflito Pessoal	
I50 Sentir-se pressionado pelo usuário por situação sobre o qual não pode intervir	,687
I41 Reconhecer situações de ofensa ao profissional	,565
I52 Sentir-se impotente para defender autonomia do paciente	,524
I40 Trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas	,512
8. Competência Profissional	
I20 Executar ações para as quais não está tecnicamente preparado	,657
I19 Executar ações que não são inerentes à sua função	,548

Fonte: TROMBETTA, A.P.; RAMOS, F.R.S; BRITO, M.J.M.; Análise fatorial. Florianópolis, 2017.

Método de Extração: Análise de Componente Principal. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 7 iterações.

A conceitualização **dos constructos** pode ser assim explicitada, considerando tanto os conceitos coincidentes com a EDME-Br (RAMOS et al., 2017), como as novas conceitualizações, geradas ou adaptadas neste estudo específico:

Cuidado Seguro e Qualificado: A EDME-Br articula os aspectos da qualidade do cuidado como objetivo da prática profissional, considerando o acesso, a continuidade do cuidado, a resolutividade e o adequado acolhimento dos usuários/pacientes e de suas necessidades, assim como a proteção e segurança de todos os envolvidos (pacientes, familiares e profissionais). Situações que limitam ou ameaçam tais atributos de qualidade pode ser relacionadas à própria organização dos

serviços (como não integração ou falta de acesso), como inadequação das respostas/ações (inconformidade à prática preconizadas, falta de ações educativas ou de acolhimento, rotinas indevidas) ou, até mesmo, por problemas sociais que não são alcançados por tais práticas. Na especificidade do trabalho em serviços de urgência/emergência, como cuidado seguro e qualificado se enfatiza o acesso, o acolhimento, a continuidade e resolutividade do cuidado, dentro da rede integrada de serviços, de acordo com níveis de complexidade. Especificamente sobre o cuidado seguro e livre de riscos, se enfatiza o usuário e a família, não se evidenciando a segurança do profissional neste constructo.

Condições de Trabalho: articulou itens relacionados à estrutura física, instrumentos e materiais de trabalho que o enfermeiro utiliza. Entende-se por instrumentos de trabalho todos os elementos materiais, tecnológicos e ambientais utilizados incluindo os saberes que sustentam a realização dos seus fins. A EDME-Br considera que quando tais recursos não estão disponíveis em quantidade e qualidade compatíveis com as ações desenvolvidas ou com os resultados esperados por usuários/pacientes, trabalhadores e instituições, diversas são as consequências que interferem no processo de trabalho, prejudicando sua concretização.

Defesa de Valores e Direitos: A EDME-Br afirma que a atuação profissional é pautada em valores profissionais e pessoais que consideram os envolvidos em sua dignidade e direitos. Quando as pessoas, não apresentam seus direitos respeitados, nos deparamos com o conflito entre os valores assumidos e a prática concretizada e esse fato pode comprometer políticas públicas, institucionais e profissionais. Na especificidade do trabalho em serviços de urgência/emergência é enfatizado o respeito aos direitos de pacientes e familiares à informação, à confidencialidade/sigilo, à privacidade/intimidade. Conflitos com tais valores são evidenciados em situações de desrespeito ou maus tratos praticados por profissionais que deveriam defender tais direitos ou na incapacidade de praticar a defesa do paciente vulnerável.

Infrações Éticas: Os itens coincidem integralmente com a A EDME-Br, quando esta explicita a responsabilidade ético-legal dos profissionais, de acordo com Código Civil Brasileiro (Brasil, 2002) e Código de Ética do Profissional de Enfermagem (COFEN, 2007). São situações éticas vivenciadas pelos profissionais enfermeiros durante a realização da prática assistencial, caracterizadas por omissão ou imprudência por parte do profissional médico, colega enfermeiro ou da equipe multidisciplinar, que causam dano ou risco na assistência direta

ao usuário. Estas representam ruptura, ameaça ou desafio ao exercício da responsabilidade ético-legal dos profissionais.

Equipes de Trabalho: As equipes de trabalho são representadas como força de trabalho de todos os profissionais, com domínio técnico sobre os instrumentos e com capacidade para tomadas de decisões e ações tecnicamente e moralmente corretas. Quando o serviço apresenta condições e equipes de trabalho insuficientes em quantidade e qualidade compatíveis com as funções desempenhadas ou com os resultados esperados pelas instituições, usuários e trabalhadores podem surgir consequências negativas, como sobrecarga de trabalho, mau funcionamento das equipes no desenvolvimento de suas atribuições e responsabilidades, prejuízos na imagem profissional, além de dificuldade no acesso, acolhimento e continuidade de cuidado.

Conflito com a Gestão: A prática profissional do enfermeiro se desenvolve em instituições com diferentes modelos de gestão e organização do trabalho e, sejam por limites institucionais, dificuldades na formação acadêmica ou por problemas de relações de trabalho, o enfermeiro pode desenvolver diversas atividades sem o necessário apoio e suporte de superiores hierárquicos ou gestores, ou até mesmo em conflito direto com estes. No contexto dos serviços de urgência/emergência, tal confronto se dá quando o profissional se sente desrespeitado ou pressionado por gestores, percebe o despreparo dos mesmos para a função e, até mesmo, se depara com atitudes eticamente incorretas, com as quais se vê forçado a compactuar.

Conflito Pessoal: a palavra conflito é entendida como divergência, ausência de concordância ou entendimento, oposição de interesses e de opiniões. Em diversos momentos na prática de enfermagem, podem ser vivenciados conflitos entre valores pessoais e do coletivo profissional ou de instituições empregadoras, especialmente na tomada de decisão clínica (GAUDINE; BEATON, 2016). Na prática da enfermagem em serviços de urgência/emergência, destacam-se conflitos do profissional com ele mesmo face a situações da prática assistencial em que se sente limitado ou incapaz de defender um princípio ou valor, como a autonomia do paciente, produzir uma intervenção requerida ou alcançar metas, o que gera sensação de pressão, impotência, podendo inclusive envolver uma ofensa ao profissional. Nestes casos, o conflito não decorre de problemas éticos ou de confronto (como nos constructos 3 e 4), mas de demandas que não podem ser atendidas e que atingem o profissional.

Competência Profissional: entende-se que a competência é a base de sustentação da prática profissional, sendo definida ao longo do processo de formação e do exercício profissional. A competência contempla o agir responsável e reconhecido, o qual implica a articulação do conhecimento e experiências, transferência de conhecimento e desenvolvimento de habilidades para o desenvolvimento profissional. Competências são regulamentadas e legitimadas socialmente e nas relações interprofissionais, de modo que praticar atividade para as quais não se está habilitado ou não se possui a capacidade técnica necessária para desenvolver significa agir de maneira irregular com a prática profissional. Neste estudo foram identificadas exigências para que se pratiquem ações para as quais o enfermeiro não está habilitado, não possui capacidade técnica para desenvolver ou não são inerentes à sua função, conforme arcabouço legal.

DISCUSSÃO

Este foi o primeiro estudo de aplicabilidade de uma escala brasileira de DM em enfermeiros que atuam nos serviços de urgência, emergência e pronto atendimento no Brasil, em relação à intensidade e frequência, utilizando e adaptando a escala brasileira de EDME-BR, já validada no Brasil. O exame das propriedades psicométricas demonstrou que o instrumento possui alta consistência interna. Conceitualmente, o instrumento mostrou significância entre seus itens dos 8 constructos, além de expressar confiabilidade e a fidedignidade na amostra selecionada (DEVELLIS, 2012).

Quando se analisa a realidade do setor de emergência, o reconhecimento pela ineficácia das ações recai sobre a insuficiência de materiais, o quantitativo de profissionais, a competência de ações educativas e até mesmo sobre a falta de cuidados que deveriam ser disponibilizados ou continuados. No que concerne às equipes de trabalho, a causa se foca em outros membros, como gestores, médicos, estudantes, ou a equipe multiprofissional, bem como para o próprio despreparo ou uma incongruência com os papéis assumidos. Na realidade brasileira há reconhecimento da relação entre altas cargas de trabalho e perda de qualidade do cuidado (PIRES et al, 2016).

O Constructo 1, “Cuidado Seguro e Qualificado” (*Alpha de Cronbach 0,957*) identificou 10 itens, sendo que as quatro situações que apresentaram maior carga fatorial foram: Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido à baixa qualidade do

atendimento (0,709); Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido à problemas sociais (0,705); Reconhecer que as demandas de continuidade do cuidado do paciente/usuário não são atendidas (0,703); Reconhecer que o acolhimento do usuário é inadequado (0,700). As demais situações se referem à dificuldade de integração entre serviços e setores e à insuficiência de acesso ao serviço pelo usuário; além disso, ações educativas junto aos usuários também foram identificadas como insuficientes; por fim, a ocorrência de suspensões de procedimentos em razão das necessidades dos pacientes e rotinas relacionadas à segurança do paciente e familiares também foram identificadas como inadequadas.

Evidencia-se que neste constructo participam de forma articulada diferentes elementos que subsidiam a qualidade do cuidado. Assim, embora os itens se refiram a situações nas quais o acolhimento, o acesso, a qualidade, a integração ou a resolutividade, entre outros, falham ou são insuficientes, estas se referem a um conjunto mais amplo de causas e limites, que devem ser analisados em conjunto com os outros constructos.

Estabelecer relações adequadas entre os profissionais, setores e serviços incluindo os extra-hospitalares (referência e contra referência); ter uma boa integração entre equipes com comunicação clara e eficiente; dispor de um quantitativo de pessoas adequado, com cargas de trabalho equilibradas; com compromisso e formação profissional pertinentes, são condições que podem minimizar questões referentes à ineficácia da qualidade e a segurança do atendimento prestado aos pacientes e aos familiares e potencializar a resolutividade das ações de saúde aos usuários que procuram atendimento. Enfermeiros acreditam que o cuidado de enfermagem de alta qualidade é alcançado quando os pacientes se sentem ouvidos e atendidos e quando consideram estar em boas mãos, pois sabem que os problemas de saúde foram identificados (KIEFT et al, 2014).

Durante o processo do cuidado, os profissionais de enfermagem precisam da cooperação de outros profissionais da saúde a fim de facilitar a aplicabilidade do cuidado seguro, bem como da compreensão de que uma comunicação adequada entre os prestadores de cuidado favorecem um cuidado adequado (VAISMORADI et al., 2012). A despeito das dificuldades, o profissional de enfermagem deve estar apto a realizar o cuidado buscando a qualidade da assistência, bem como estar atento para a promoção do bem estar e praticar o cuidado livre de danos (LIMA et al., 2016).

O Constructo 2 “Condições de Trabalho” (*Alpha de Cronbach 0,948*) foi composto por 06 itens, o qual identificou situações que os enfermeiros vivenciam relacionadas a problemas com estrutura física e insuficiência de materiais permanentes e de consumo para o desenvolvimento das atividades. As três situações com maior carga fatorial apresentaram relação com equipamentos e materiais: Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são insuficientes (0,768); Reconhecer que os materiais de consumo são insuficientes (0,760); Reconhecer que os materiais de consumo são inadequados (0,752).

A expressão condições de trabalho diz respeito: às características no qual se desenvolve o trabalho (quem faz, qualificação requerida, número de trabalhadores envolvidos na realização da tarefa); qual a relação destes trabalhadores com o trabalho (proprietários dos meios de produção, dos instrumentos e do produto, assalariados, cooperados); qual a relação contratual, jornada de trabalho, salário, tempo para aposentadoria, outros benefícios e condições legais e trabalhistas de proteção e regulação do trabalho (PIRES; LORENZETTI; GELBCKE, 2010). Incluem os ambientes e os instrumentos necessários para a realização do trabalho, adequado número e qualificação de força de trabalho, jornadas de trabalho, política de educação em serviço e infraestrutura. No constructo gerado, tais condições se limitam elementos materiais, tecnológicos/equipamentos e ambientais/estruturais, utilizados no processo de trabalho. Quando tais recursos/insumos não estão disponíveis em quantidade e qualidade compatíveis com as funções desempenhadas ou com os resultados/produtos esperados por usuários, trabalhadores e instituições, diversas consequências negativas os afetam.

A falta de condições estruturais para o atendimento no serviço de emergência é frequentemente observada pelo número de leitos e macas insuficientes em relação à demanda de atendimento, o que compromete o controle dos enfermeiros sobre o ambiente. Porém, a resolução desses problemas vai além da governabilidade dos enfermeiros, estando relacionada às questões de infraestrutura hospitalar e às próprias características organizacionais da rede de atenção às urgências. A falta de estrutura acarreta em superlotação, o que é fator negativo no trabalho do enfermeiro. Outro aspecto desfavorável é o número insuficiente de profissionais, considerando a demanda de trabalho existente e gerando sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem da unidade

(SANTOS et al., 2016) situação esta aliada a falta de materiais para o desenvolvimento da prática.

A falta, escassez ou inadequação de recursos materiais faz com que trabalhadores de enfermagem realizem adaptações com os insumos disponíveis para que o cuidado seja garantido. Como consequência corre-se o risco de não conseguir garantir a qualidade do cuidado por conta da falta de insumos para executar os procedimentos colocando muitas vezes em risco a segurança dos pacientes (LIMA et al., 2016).

O Constructo 3 “Defesa de Valores e Direitos” (*Alpha de Cronbach 0,929*) foi composto por 05 itens, dos quais os três itens com maior carga fatorial foram: Reconhecer situações de desrespeito ao direito de pacientes e familiares à informação (0,794); Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à confidencialidade/sigilo (0,793); Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à privacidade/intimidade (0,741). As demais situações dizem respeito à defesa do paciente em situação de vulnerabilidade social e situações de desrespeito e maus tratos dos profissionais para com o usuário.

Enfermeiros desempenham importante papel na promoção de resultados positivos para o paciente por meio da ética e advocacia (SMITH, 2017). Quando um sujeito é identificado pelo enfermeiro como incapaz de tomar decisões autônomas durante o período de internação, este se torna dependente do enfermeiro para ajudá-lo a tomar decisões e a defender suas crenças e opiniões. O enfermeiro atua como advogado em situações que requerem uma capacidade para ajudar os pacientes a recuperar sua independência e autonomia (COLE, 2014).

A respeito do foco assistencial, o mesmo se desloca da avaliação sobre a existência ou não de autonomia dos pacientes para tomarem decisões, situando-se no papel do enfermeiro na defesa dos pacientes, com o envolvimento de pessoas que fazem parte do seu contexto social nos processos de tomada de decisão (COLE, 2014). Os profissionais expressam o desejo comum de prestar cuidados de alta qualidade e de terem empatia pelos pacientes. Porém, descrevem aspectos disfuncionais e desafiadores no ambiente de cuidados que contribuem para sentimentos de angústia moral, impedindo a capacidade de proporcionar segurança e eficácia na assistência ao paciente (WOLF, 2016).

A advocacia do paciente é exercida pelos enfermeiros mediante o diálogo aberto, com pacientes e profissionais de saúde. A advocacia é exercida com vistas a auxiliar os pacientes nas suas decisões, assegurando a qualidade do cuidado, a respeito dos riscos de rupturas nas relações profissionais. A ampliação do conhecimento, das atividades

de capacitação e da qualificação profissional possibilita que os enfermeiros resistam em situações que reconhecem como inadequadas, argumentando em defesa dos pacientes e construindo estratégias capazes de favorecer o exercício de poder nos ambientes em que atuam (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

Advogar a favor do paciente pressupõe o reconhecimento de direitos e necessidades, incluindo o direito à assistência digna e resolutiva, à informação e aos valores pessoais. Respeitar a autonomia e a dignidade do paciente implica respeitar suas escolhas, padrões e valores, buscando orientar a melhor forma de agir, respeitando sua vontade. Respeitar a dignidade dos pacientes faz parte da boa qualidade dos cuidados em saúde, mas não é sinônimo dela. Além de valores como segurança, compaixão e autonomia, o respeito à dignidade se refere manter a posição do paciente como igual, especialmente respeitando sua capacidade de viver de acordo com padrões e valores próprios (BARCLAY, 2016).

O Constructo 4 “Infrações Éticas” (*Alpha de Cronbach 0,937*) foi composto por 06 itens, no qual as seguintes situações apresentaram as maiores cargas fatoriais: Vivenciar a imprudência por parte de profissionais de outras categorias (0,811); Vivenciar a omissão por parte de profissionais de outras categorias (0,810); Vivenciar a imprudência por parte do enfermeiro (0,801). Ademais, surgiram situações relacionadas à omissão por parte do enfermeiro e imprudência e omissão da parte médica.

A prática dos profissionais da saúde é regida por princípios e diretrizes que estão contemplados nos Códigos de Ética próprios de cada categoria, no qual todos estabelecem uma prática livre de imprudência, imperícia e negligência sempre buscando qualidade na assistência prestada. Enfermeiros descrevem os ambientes de emergência como arenas práticas disfuncionais e se preocupam com a qualidade e segurança do meio ambiente de cuidado (preocupação com a segurança em que os enfermeiros foram capazes de fornecer cuidados) e descrevem situações nas quais o cuidado do paciente foi comprometido por múltiplas demandas que os profissionais de enfermagem foram expostos (WOLF et al., 2016).

Enfermeiros declararam que a oferta do cuidado seguro depende de um ambiente de trabalho adequado. Propiciar cuidados seguros é possível somente mediante o número suficiente de enfermeiros de plantão e de instalações e equipamentos disponíveis no ambiente. Em situações de escassez de pessoal de enfermagem, por diversos

momentos os enfermeiros tem que cuidar de um elevado número de pacientes, o que aumenta a probabilidade de erros. Assim, o esgotamento físico e mental, a perda de concentração e o esquecimento dos detalhes vitais dos cuidados prestados durante alguns procedimentos de enfermagem podem induzir a ocorrência de erros de enfermagem (VAISMORADI et al., 2012).

O cuidado de enfermagem omitido é considerado um erro, o qual é definido como a omissão ou atraso no atendimento a quaisquer necessidades do paciente, podendo ocorrer prejuízo ou não (KALISCH, 2009). A omissão do cuidado de enfermagem indica perda substancial do cuidado. Dentre as razões para o cuidado de enfermagem não ser realizado estão a insuficiência de recursos humanos, recursos materiais e comunicação, a ponto de se afirmar que quanto maior o nível de pessoal, menos ocorrências de omissão de cuidados de enfermagem (KALISCH; XIE, 2014).

A omissão de cuidados em função da falta de tempo, insuficiência de materiais e recursos humanos são exemplos de falhas no cuidado. Além disso, na prática também se observa certa resistência de profissionais em se adaptarem a novos conhecimentos, o que pode acarretar em profissionais desqualificados, com maior possibilidade de cometer atos iatrogênicos, com destaque para erros de medicação. Há também que se destacar o fato de que, em algumas situações, a baixa cultura de segurança e o excesso de confiança tornar-se um inimigo no combate a atos iatrogênicos e de falta de responsabilidade, haja vista que o profissional tende a eliminar passos no atendimento importantes para que não ocorra a iatrogenia (RODRIGUES et al., 2013). Por exemplo, no ambiente tumultuado de emergência, no momento de administrar uma medicação, o excesso de confiança faz com que o profissional não faça a verificação das 09 certezas e isso pode ocasionar situações de risco ao paciente, levando a um ato iatrogênico.

Além de ações voltadas para melhoria do atendimento, deve-se estar atento as tentativas de minimizar o impacto ao paciente após o ato iatrogênico cometido. A esse respeito é esperado que, o enfermeiro e dos demais profissionais de enfermagem possuam conhecimento sobre aspectos ético-legais que envolvam as iatrogenias bem como os desvios de qualidade na prestação da assistência, buscando uma forma de conscientização, garantia de maior segurança na assistência e assegurar os direitos do paciente (FAKIH; FREITAS; SECOLI, 2009).

A responsabilidade profissional está subordinada as normas jurídicas, sanções, e atos de coerção contra ação ou omissão

principalmente quando identificadas as iatrogenias cometidas por profissionais de enfermagem no desempenho de suas funções. Destaca-se a necessidade de reafirmar a questão educativa como compromisso para o crescimento profissional e pessoal, visando a melhoria da qualidade da prática profissional (CORTEZ et al., 2009).

O Constructo 5 “Equipes de Trabalho” (*Alpha de Cronbach 0,926*) foi composto por 06 itens no qual se destacou as seguintes situações: Trabalhar com profissionais de outras categorias despreparados; Trabalhar com enfermeiros despreparados; Trabalhar com equipe multiprofissional de saúde incompleta. Surgiram também situações relacionadas à sobrecarga de trabalho, ao despreparo dos funcionários de enfermagem de nível médio e ao quantitativo insuficiente de profissionais da saúde.

O trabalho em equipe exige características sociais, como coletividade, cooperação, compromisso e responsabilidade, as quais favorecem a interação, a harmonia, o respeito mútuo e a comunicação entre os profissionais de saúde (DUARTE; ALVES, 2014). O trabalho no setor de emergência, por vezes é árduo e tumultuado, devido a grande demanda de procedimentos e de pessoas, exigindo dos profissionais o estabelecimento de relações de confiança e de integração, como estratégia para favorecer o trabalho em equipe.

Quando o trabalho é realizado com base nas características citadas, ocorre o descompasso na assistência prestada por todos os profissionais, com possibilidades de falhas decorrentes da falta de integração. Merece destaque, também, o fato de cada trabalhador agir de acordo com sua autonomia e espaços de atuação, o que pode acarretar desavenças pessoais e conflitos, afetando a qualidade da assistência (SANTOS et al., 2016).

Trabalhar com profissionais preparados é fundamental em um ambiente de emergência, onde são exigidas decisões rápidas e que podem ser o diferencial na vida do paciente. A autonomia do enfermeiro no serviço de emergência se relaciona à experiência adquirida ao longo do exercício profissional e à busca do conhecimento científico. Além disso, o apoio dos colegas de trabalho e a influência de outros profissionais conhecidos como “exemplos” são fundamentais para a conquista da segurança necessária para atuação no setor (SANTOS et al., 2017).

No entanto, nem sempre a autonomia e a segurança profissional são garantias de uma assistência de qualidade. Profissionais de enfermagem sobrecarregados e que desenvolvem o trabalho em

condições adversas tendem a sofrer danos na saúde e aumentam as faltas ao trabalho, o que acarreta em aumento do trabalho naqueles que permanecem, dificultando a eficácia e qualidade dos resultados. A despeito da disponibilidade do serviço, em dadas situações o usuário se depara com os entraves da atenção limitada ou pouco resolutive (PIRES et al., 2016).

É fundamental que ocorra o desenvolvimento e manutenção das relações de trabalho colaborativas com profissionais, sendo esses de diferentes ou do próprio campo de atuação. Relações de trabalho colaborativas ocorrem quando os profissionais envolvidos interagem e operam de maneira complementar, demonstrando respeito mútuo, pautado no conhecimento e na experiência. Os profissionais precisam discutir e influenciar o atendimento ao paciente com base em seus próprios conhecimentos, bem como devem manter a comunicação adequada, pois esta afeta na maneira que os pacientes experimentam a qualidade e eficácia dos cuidados (KIEFT et al., 2014).

O Constructo 06 “Conflito com a Gestão” (*Alpha de Cronbach 0,902*) foi composto por 04 itens, entre os quais se destacam: Sentir-se desrespeitado por superiores hierárquicos; Reconhecer atitudes eticamente incorretas dos gestores ou superiores hierárquicos. Surgiram situações relacionadas à pactuação com fraudes e despreparo de gestores e chefias para estarem nos cargos.

Enfermeiros de emergência relatam enfrentar um conflito de papéis entre o que eles percebem como um bom atendimento de enfermagem e o que eles acreditam que tal assistência não se adequa as reais expectativas do hospital, neste último caso se refere aos administradores e gestores. Estes valorizam o tempo e os resultados. Os participantes do estudo também expressaram preocupações em que os administradores do hospital muitas vezes não reconhecem ou entendem como é cuidar com um quantitativo reduzido de profissionais em uma emergência lotada e com recursos insuficientes e que esse fator pode comprometer a segurança do paciente e qualidade dos cuidados (WOLF et al., 2016).

A prática assistencial poderia ser melhorada através de relações mais cooperativas e menos subordinadas entre enfermeiros e gestores, por meio do interesse genuíno em cooperar com o desempenho das pessoas, com promoção e estímulo à capacitação da equipe sob sua gestão, e ainda através do desenvolvimento pessoal das competências que facilitam as relações interpessoais, a comunicação e a criatividade (ARAGÃO et al., 2016).

Enfermeiros enfatizam que a falta de apoio dos gerentes demonstrou ser um grande obstáculo na sua capacidade de cuidar de pacientes, pois afirmam não serem ouvidos pela administração. Os profissionais sentiram se desconectados dos gerentes dentro do ambiente de trabalho e conseqüentemente afirmam ter sido incapazes de cuidar verdadeiramente de seus pacientes (WOLF, 2016). Estudo identificou que os enfermeiros recorrem à coordenação de enfermagem ou à direção da instituição para exigirem melhores condições de trabalho, para reivindicar que suas responsabilidades e decisões sejam apoiadas e quando o diálogo não se mostra suficiente e não conseguem ultrapassar as barreiras que comprometem o exercício da advocacia do paciente. Reforçam que o apoio da chefia, bem como da instituição de saúde, são importantes espaços de contribuição para o fortalecimento da resistência, ao possibilitar que os enfermeiros se sintam encorajados para exercer a advocacia do paciente (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016).

O grande desafio é os gerentes de enfermagem conseguirem promover um ambiente onde haja a garantia que decisões justas são tomadas e as promessas do empregador/gestor são mantidas e cumpridas ao longo do tempo. Outra estratégia é criar as condições para o desenvolvimento de auto competência e aprendizagem criando vínculos entre a equipe de enfermagem e a parte superior do hospital e gestão (BATTISTELLI et al., 2016).

Há que se considerar a relação entre os constructos 5 e 6, uma vez que o trabalho em equipe surge como uma estratégia para redesenhar os processos de trabalho e promover a qualidade dos serviços e a equipe representa, além das relações de trabalho, relações de saberes, poderes, e principalmente relações interpessoais. O trabalho em equipe exige o entendimento das atribuições e práticas dos demais profissionais e o reconhecimento de que o conhecimento do outro é útil e indispensável (CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Fatores como o local de trabalho, a falta de preparo durante a formação, a experiência profissional ou o desconhecimento das práticas gerenciais podem ser causadores de insegurança para os enfermeiros aplicarem seus saberes na gerência (BACKES; SOUSA; ERDMANN, 2009). O enfermeiro desempenha uma função de destaque na construção coletiva do cuidado, pois realizar a articulação e integração com todos os profissionais, e muitas vezes, coordena o processo de trabalho em saúde. Além disso, não é raro ele ser o ponto de convergência e distribuição de informações para o usuário, para a grande maioria dos profissionais, assim como para os

diferentes serviços e setores que fazem parte do universo hospitalar (BACKES; SOUSA; ERDMANN, 2009).

O Constructo 07 “Conflito de Valores” (*Alpha de Cronbach 0,899*) foi composto por 04 itens, no qual houve destaque para duas situações: Sentir-se pressionado pelo usuário por situação sobre o qual não pode intervir (0,687); Reconhecer situações de ofensa ao profissional (0,565). Surgiram situações relacionadas à defesa da autonomia do paciente e desenvolver as atividades assistenciais sob pressão devido à insuficiência de tempo.

Ambientes de emergência são estressantes e com alta demanda, o que acaba por fazer com que o profissional se depare com situações conflitantes. Nesse contexto, o profissional pode se sentir pressionado a atuar em situações que não pode intervir, por exemplo, alguma situação de vulnerabilidade social do usuário; ou ter que optar por qual atendimento realizar primeiro, como a ocorrência de duas paradas cardíacas ao mesmo tempo no setor enquanto possui equipe para atender somente um caso. Situações como essas indicam importantes componentes ético das decisões clínicas. Nestes casos, a reflexão e o julgamento podem acarretar dificuldades em conciliar interesses ou superar limitações técnicas, impulsionado pelo desejo de prestar o melhor cuidado. O impacto do ambiente de prática no trabalho dos enfermeiros é importante e está associado a resultados positivos de organização no trabalho da enfermagem e no cuidado ao paciente. São evidenciadas associações fortes e significativas entre ambiente de prática e fatores relacionados ao trabalho, uma vez que o ambiente de prática é um elemento importante no suporte à competência, retenção e satisfação profissional (NUMMINEN et al., 2016).

Situações nas quais o enfermeiro sente não possuir o tempo adequado para prestar o cuidado apresenta potencial de gerar sentimentos de angústia. A pressão do tempo pode gerar preocupação com a qualidade do cuidado, desencadeando vivências de sofrimento moral, o qual consiste no desejo do profissional em oferecer cuidados de boa qualidade, mas se sente impedido de fazê-lo devido à escassez de tempo (VEER et al., 2013).

O Constructo 08 “Competência Profissional” (*Alpha de Cronbach 0,926*) foi composto por 02 itens, que foram: Executar ações para as quais não está tecnicamente preparado (0,657); Executar ações que não são inerentes à sua função (0,548).

Nas instituições hospitalares, a incorporação de novas tecnologias e serviços, aliada à preocupação de ofertar assistência de qualidade

torna-se um desafio para o enfermeiro. Este profissional deve realizar um trabalho diferenciado, aperfeiçoando e desenvolvendo novas competências para a realização do cuidado de enfermagem com excelência (CAMELO; ANGERAMI, 2013).

A competência profissional refere-se aos níveis esperados de conhecimento, atitudes, habilidades e valores que o enfermeiro possui e aplica na prática assistencial. Na emergência, o enfermeiro enfrenta o desafio de entregar aos clientes e à instituição o que precisam e esperam receber a tempo e a hora, a fim de garantir qualidade no atendimento com a devida competência (GARSIDE; NHEMACHENA, 2013; HOLANDA; MARRA; CUNHA, 2015), de maneira respeitosa e dentro dos preceitos éticos que regem a profissão.

Por fim, o número de questões validadas foi de 43 questões que identificam situações desencadeadoras de distresse moral, em intensidade e frequência, em enfermeiros que atuam nos serviços de urgência-emergência e pronto atendimento no Brasil.

LIMITAÇÕES

A Escala de Distresse Moral em Enfermeiros (EDME-Br) assume como limites a capacidade de captação e exaustividade frente a diversidade de cenário, além de possível viés causado pela coleta por meio eletrônico e instrumento com muitas questões. Com a validação em cenários específicos, como no caso, é sugerida maior profundidade analítica para o foco em questão. A aplicação do instrumento teve amplitude nacional, porém não se conhece o número exato de enfermeiro que atuam no setor de urgência e emergência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificar a utilização da escala nesse contexto foi importante, pois identificou agrupamentos das questões que envolvem o distresse moral em enfermeiros. Os 8 constructos identificados, além de expressarem confiabilidade e a fidedignidade na amostra selecionada, contemplaram temas importantes e que apresentam relação direta com o fazer do enfermeiro, apresentando um instrumento de alta consistência interna. O distresse moral é uma temática que deve ser discutida em todas as áreas de atuação do enfermeiro, e espera-se que esse instrumento possa auxiliar na identificação e posterior discussão da temática nos cenários das emergências. Em relação aos constructos,

ressalta-se que cinco constructos apresentaram semelhança com o Instrumento de Distresse Moral no Brasil, e que as categorias Conflito com a Gestão, Conflito de Valores e Competência Profissional, últimos três constructos, surgiram como novas contribuições deste instrumento. Reitera-se a importância da realização de novos estudos voltados para a temática.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, O. C. et al. Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 17, n. 2, p. 66-74, 2016.

BACKES, D.S.; SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, 319-326, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6490>>. Acesso em: 18 abr. 2015.

BARCLAY, L. In sickness and in dignity: A philosophical account of the meaning of dignity in health care. **Int J Nurs Stud**, Oxford, v. 61, p. 136-141, 2016.

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

BARLEM, E. L. D. **Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem**: uma visão Foucaultiana. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

BARLEM, E. L. D.; RAMOS, F. R. S. Constructing a theoretical model of moral distress. **Nurs Ethics**. Lodon, v. 22, n. 5, p. 608-615, Aug. 2015. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com/content/early/2014/10/31/0969733014551595>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

BARTH, P. O. **Distresse moral em enfermeiras da atenção básica brasileira**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2016.

BATTISTELLI, A. et al. Perceived organisational support, organisational commitment and self-competence among nurses: a study in two Italian hospitals. **J nurs manag**, v. 24, n. 1, 2016.

BRASIL. **Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Código Civil.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 27 jun. 2015.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Professional competence: the building of concepts and strategies developed by health services and implications for nursing. **Text Context Nursing**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 552-560, Abr/Jun, 2013. Disponível em:

<[http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(11\)00341-8/fulltext](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(11)00341-8/fulltext)>. Acesso em: 13 Ago. 2017.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho e, equipe e reuniões multiprofissionais de Saúde: uma construção a espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p.85-112, 2011.

CARDOSO, C. M. L. et al. Sofrimento Moral na Estratégia de Saúde da Família: vivências desveladas no cotidiano. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n.esp, p.89-95, 2016.

CAVINDER, C. The relationship between providing neonatal palliative care and nurses' moral distress: An integrative review. **Adv Neonatal Care**, Philadelphia, v. 14, n. 5, p. 322-328, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 311 de 2008**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 13 Ago. 2017.

COLE, C. C.; WELLARD, S.; MUMMERY, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. **Nursing Ethics**. London, v. 21, n. 5, p. 576–582, 2014.

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

CORTEZ, E. A. et al. Iatrogenia in care os nursing: ethical implications and criminal. **Rev. Pesqui. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 74-84, mai/ago. 2009.

DEVELLIS, R. F. **Scale development: theory and applications**. 3. ed. University of North Carolina, Chapel Hill: Sage, 2012.

DUARTE, G. M.; ALVES, M. S. Trabalho em equipe/proximidade do paciente: elementos da práxis de enfermeiras na terapia intensiva. **Rev Enferm UFSM**. Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 144-151, 2014.

FAKIH, F. T.; FREITAS, G. F.; SECOLI, S. R. Medicação: aspectos ético-legais no âmbito da enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 62, n. 1, p. 132-135, jan/fev. 2009.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S.G. **A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach**. XII SIMPEP, Bauru, 2005.

GARSIDE, J. R.; NHEMACHENA, J. Z. Z. A concept analysis of competence and its transition in nursing. **Nurse Educ. Today.**, Edinburgh, v. 33, p. 541-545, 2013.

GAUDINE, A. P.; BEATON, M. R. Employed to Go Against One's Values: Nurse Managers' Accounts of Ethical Conflict With Their Organizations. **Canadian Journal of Nursing Research Archive**, [S.l.], apr. 2016. Disponível em: <<http://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/1762>>. Acesso em: 19 set. 2017.

HOLANDA, F. L.; MARRA, C. C.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil de competência profissional do enfermeiro em emergências. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 308-314, 2015.

JAMETON, A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **AACN clin issues**, Philadelphia, v. 4, n. 4, p. 542-451, 1993.

_____. **Nursing practice: the ethical issues**. New Jersey: Prentice-Hall, 1984.

JOHNSTONE, M. J.; HUTCHINSON, A. 'Moral distress'—time to abandon a flawed nursing construct?. **Nursing ethics**, London, v. 22, n. 1, p. 5-14, 2015.

KALISCH, B. J. Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care. **J Nurs Admin**. v. 39, n. 11, p. 485-493, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19898100>>. Acesso em: 06 Ago 2016.

KALISCH, B. J.; XIE, B. Errors of omission: Missed nursing care. **West J Nurs Res**, Beverly Hills, v. 36, n. 7, p. 875-890, 2014.

KIEFT, R. A. M. M. et al. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. **BMC Health Serv Res**, London, v. 14, p. 249, 2014. Doi:10.1186/1472-6963-14-249. Acesso em: 06 Ago 2016.

LIMA, L. S. C. et al. Subjectivity of the nursing workforce and the practice of adapting and improvising material. **Cienc Cuid Saude**. Maringá, v. 15, n. 4, p. 685-692, out/dez. 2016.

LORO, M. M. et al. Revealing risk situations in the context of nursing work At urgency and emergency services. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2016.

NUMMINEN, O. et al. Practice environment and its association with professional competence and work-related factors: perception of newly graduated nurses. **Journal of nursing management**, Oxford, v. 24, n. 1, 2016.

PARKER, S. K. Beyond motivation: job and work design for development, health, ambidexterity, and more. **Ann Rev Psychol**, Palo Alto, v. 65, p. 661-691, 2014.

PAVLISH, C. et al. The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice. **Oncol Nurs Forum**, New York, v. 41, n. 2, p. 130-140, 2014.

PIRES, D. E. P.; LORENZETTI, J.; GELBCKE, F. Condições de trabalho para um fazer responsável. In: **62º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Anais... Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem, 2010.

PIRES, D. E. P. et al. Nursing workloads in family health: implications for universal access. **Rev. Latinoam. enferm**. Ribeirão Preto, v. 24, p.e2677, 2016. Doi: 10.1590/1518-8345.0992.2682. Acesso em 25 set. 2017.

RAMOS, F. R. S. et al. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. e4460015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200328>. Acesso em: 25 jan. 2017.

_____. Construction of the Brazilian Moral Distress Scale in Nurses – a methodological study. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e4460015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200328&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2017.

ROBINSON, R.; STINSON, C. K. Moral distress: A qualitative study of emergency nurses. **Dimens Crit Care Nurs**, Lakewood, v. 35, n. 4, p. 235-240, 2016.

RODRIGUES, M. L. et al. Atuação da equipe de enfermagem frente às iatrogenias acometidas nos atendimentos de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line]**, v. 4, n. 4, p. 1-15, jan/jul. 2013.

SANTOS, J. L. G. et al. Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 18, n. 2, 2017.

_____. Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. **Rev gaucha enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, 2016.

SMITH, M. A. The ethics/advocacy connection. **Nurs Manage**, Chicago, Aug. 2017. Disponível em: <<http://journals.lww.com/nursingmanagement/pages/default.aspx>>. Acesso em: 13 out. 2017.

ST LEDGER, U. Moral distress in end-of-life care in the intensive care unit. **J Adv Nurs**, Oxford, v. 69, n. 8, p. 1869-1880, 2013.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al . Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2560014, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2017.

VAISMORADI, M. et al. Facilitating safe care: A qualitative study of Iranian nurse leaders. **J Nurs Manag**. Oxford, v. 22, n. 1, p. 106-116, Jan. 2014. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01439.x. Acesso em: 03 Nov. 2017.

VEER, A. J. E. et al. Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. **Int J Nurs Stud**. Oxford, v. 50, 100-108, 2013.

WOLF, Lisa A. et al. “It’s a burden you carry”: describing moral distress in emergency nursing. **JEN**, East Lansing, v. 42, n. 1, p. 37-46, 2016.

6.2 MANUSCRITO 2 – DISTRESSE MORAL DE ENFERMEIROS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Resumo: Objetivo - Identificar a frequência e intensidade de distresse moral de enfermeiros que atuam em serviços de Urgência-Emergência e suas associações com variáveis sócio demográficas e laborais. **Método** – Estudo quantitativo transversal, com utilização da Escala de Distresse Moral em Enfermeiros – Brasil (EDME-Br) validada para pronto atendimento e urgência-emergência, aplicado a 207 participantes das cinco regiões do país. **Resultados** - Dos 08 constructos e 43 itens do instrumento, 07 constructos apresentaram associações significativas com duas a seis variáveis, dentre as quais ano conclusão do curso, formação complementar, número de vínculos, tipo e natureza do vínculo, tempo de atuação, carga horária semanal e nível de atenção à saúde. **Conclusão** - Foram reconhecidos os principais fatores associados ao distresse moral em termos de intensidade e frequência possibilitando refletir sobre o processo de cuidar prestado pelos profissionais aos pacientes. Ressalta-se a importância de realizar estudos voltados as temáticas do distresse moral e sensibilidade moral, principalmente nos setores de emergência. **Descritores:** Enfermagem; Emergência; Moral; Ética em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O trabalho no setor de emergência pode ser árduo e tumultuado devido às características como grande demanda de procedimentos e de pessoas no serviço, condições de trabalho inadequadas, falta de materiais, de equipamentos e até falta de pessoal.

O distresse moral é descrito na literatura de enfermagem como um problema ético que afeta profissionais nos diversos cenários do sistema de saúde, e consiste em importante ameaça à integridade dos enfermeiros e à qualidade da assistência prestada ao paciente (JOHNSTONE; HUTCHINSON, 2015). É a experiência vivenciada pelo enfermeiro, que consegue identificar qual a ação moralmente correta a ser adotada, porém devido a problemas de relações ou institucionais é impedido de atuar, tendo, muitas vezes que realizar ações moralmente inadequadas, o que leva ao sofrimento (JAMETON, 1993; BARLEM, 2012; BARLEM; RAMOS, 2015).

A causa do sofrimento moral foi descrita como a incapacidade da realização de atividades de enfermagem em nível de justiça social e está

diretamente relacionada com a falta de suporte estrutural e de recursos humanos, a ênfase na tecnologia para realização das atividades com o paciente, e a percepção de que não existe apoio da administração/direção hospitalar para os profissionais que prestam cuidados. Os enfermeiros de emergência relatam enfrentar um conflito de papéis entre o que eles percebem ser o atendimento adequado e o que eles conseguem ofertar (WOLF et al., 2016) para a população que procura o serviço.

O contexto dos serviços de urgência e emergência é dinâmico, porém pode ser importante fonte de risco e estresse para enfermeiros devido a constante manipulação de equipamentos, materiais e a proximidade física com o paciente (LORO et al., 2016). Com a intenção de reduzir o estresse da prática, o enfermeiro deve estabelecer com o usuário uma relação de respeito para preservar a intimidade e a identidade do paciente, buscando estabelecer um relacionamento ético que favoreça a autonomia profissional e promoção da dignidade no atendimento das necessidades básicas dos usuários nos serviços de saúde (DALMOLIN et al., 2012).

Com a finalidade de mensurar o distresse moral nos enfermeiros no Brasil, pesquisadores, através de um estudo multicêntrico, elaboraram a Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros – EDME-Br (ou MDSN-Br, versão em inglês), considerando a diversidade e especificidades dos cenários e serviços do Brasil (RAMOS et al., 2017). Esta escala foi validada para o cenário da urgência-emergência e pronto atendimento, aplicada a 207 enfermeiros que atuavam na área. O instrumento foi validado com 43 questões com função de identificar a intensidade e frequência de situações desencadeadoras de distresse moral, em enfermeiros que atuam nos serviços de urgência, emergência e pronto atendimento no Brasil.

Além da importância de identificar a intensidade e frequência do distresse moral nos enfermeiros de urgência-emergência e pronto atendimento, é importante identificar as associações existentes entre as situações identificadas na escala com as variáveis de perfil dos participantes. Para tanto, este artigo tem como objetivos identificar a frequência e intensidade de distresse moral de enfermeiros que atuam em serviços de Urgência e Emergência e identificar as associações do distresse moral com variáveis sócio demográficas e laborais destes trabalhadores.

MÉTODO

Estudo quantitativo transversal com enfermeiros que atuam nos serviços de urgência, emergência e pronto atendimento no Brasil.

A coleta foi realizada de novembro de 2015 até junho de 2016 por meio de questionário validado para o contexto, a partir da Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros – EDME-Br, por meio eletrônico, totalizando 207 participantes. A escala é composta por caracterização sociodemográfica e laboral, contendo as variáveis: idade, sexo, tempo de graduação de curso, formação complementar, número de vínculos, tipo e natureza do vínculo, tempo de atuação, carga horária semanal e nível de atenção à saúde, contendo 43 situações, distribuídas em 8 constructos/fatores.

As respostas foram exportadas via planilha de *Microsoft Excel* e organizadas para análise através do *SPSS (Statistic Package for Social Sciences) versão 23.0*. A análise da intensidade e frequência do distresse moral foi realizada por meio de cada um dos oito fatores da escala e pela análise do distresse moral geral, considerando-se os oito em conjunto.

Em relação à normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, constatando-se uma distribuição assimétrica dos dados ($p < 0,005$). Assim, para identificar as relações entre constructos e variáveis, foram aplicados os testes não paramétricos: Mann-Whitney e Teste Kruskal-Wallis adotando-se como significativas as associações com $p < 0,005$.

Este estudo está vinculado a um macroprojeto e seguiu as diretrizes dispostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no qual foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das universidades envolvidas, com os seguintes pareceres: 511.634 de 17/01/2014 na Universidade Federal do Rio Grande; 602.603-0 de 31/01/2014 na Universidade Federal de Minas Gerais e 602.598-0 de 10/02/2014 na Universidade Federal de Santa Catarina.

RESULTADOS

Os participantes do estudo foram em sua maioria do sexo feminino - 187 participantes (90,33%), com idade entre 30-39 anos – 92 participantes (44,44%), com tempo de formação de 01 a 10 anos – 141 participantes (68,11%), formação complementar de especialistas – 133 participantes (64,25%), com carga horária de 31 a 40 horas – 87

participantes (42,02%), com vínculo unitário – 134 participantes (64,74%), estatutário de carácter público – 151 participantes (72,95%) e atuando na profissão pelo menos 05 anos – 109 participantes (52,66%).

A análise permitiu identificar a intensidade e frequência do distresse moral nos enfermeiros estudados (Tabela 6), que se mostrou em todos os constructos, com homogeneidade entre intensidade e frequência, ou seja, predomínio de valores semelhantes de intensidade e frequência na maioria dos itens. Assim mesmo os itens com diferença de valores, as divergências entre as medianas nunca é superior a 1,00, com exceção do item 3/fator 5.

Tabela 6 – Análise descritiva da intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciado pelos enfermeiros nos serviços de emergência conforme questões do instrumento. Florianópolis – SC. Brasil, 2017.

Variáveis	Intensidade		Frequência	
	n	Md (IIq)	N	Md(IIq)
Fator 1 – Cuidado Seguro e Qualificado				
31 Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido à baixa qualidade do atendimento	198	3,00 (2,00-5,00)	202	3,00 (2,00-5,00)
30 Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido à problemas sociais	200	3,00 (2,00-5,00)	205	3,00 (2,00-5,00)
29 Reconhecer que as demandas de continuidade do cuidado do paciente/usuário não são atendidas	201	3,00 (2,00-5,00)	205	3,00 (2,00-5,00)
28 Reconhecer que o acolhimento do usuário é inadequado	202	3,00 (1,00-5,00)	204	3,00 (2,00-5,00)
37 Reconhecer prejuízos ao cuidado por inadequada integração entre os serviços/setores	197	3,00 (2,00-5,00)	204	3,00 (2,00-5,00)
27 Reconhecer insuficiência de acesso ao serviço para o usuário	198	3,00 (2,00-6,00)	205	3,00 (1,00-5,00)
32 Reconhecer que ações educativas com o usuário são insuficientes	199	3,00 (2,00-6,00)	204	4,00 (2,00-6,00)
35 Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do paciente	200	3,00 (2,00-5,00)	204	3,00 (2,00-5,00)
36 Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do familiar/acompanhante	199	3,00 (2,00-4,00)	205	3,00 (1,00-4,00)
44 Vivenciar a suspensão e adiamento de procedimentos por razões contrárias às necessidades do paciente/usuário	199	3,00 (2,00-5,00)	204	3,00 (2,00-4,00)
Fator 2 – Condições de Trabalho				
13 Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são insuficientes	200	3,00 (2,00-5,00)	205	3,00 (2,00-5,00)
11 Reconhecer que os materiais de consumo são insuficientes	199	3,00 (2,00-5,00)	203	3,00 (2,00-5,00)
12 Reconhecer que os materiais de consumo são inadequados	200	3,00 (2,00-5,00)	203	3,00 (2,00-5,00)
14 Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são inadequados	200	3,00 (2,00-5,00)	205	3,00 (2,00-5,00)
16 Reconhecer que a estrutura física do serviço é inadequada	197	3,00 (2,00-6,00)	205	3,00 (2,00-6,00)
15 Reconhecer que a estrutura física do serviço é insuficiente	198	3,00 (2,00-6,00)	203	3,00 (2,00-6,00)

Continua...

Fator 3 – Defesa de Valores e Direitos					
56	Reconhecer situações de desrespeito ao direito de pacientes e familiares à informação	200	2,00 (1,00-5,00)	202	2,00 (1,00-4,00)
55	Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à confidencialidade/sigilo	199	1,00 (0,0-4,00)	202	2,00 (1,00-3,00)
54	Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à privacidade/intimidade	197	2,00 (1,00-4,00)	201	2,00 (1,00-4,00)
57	Sentir-se impedido de defender o usuário em situações de vulnerabilidade social	196	2,00 (1,00-4,00)	203	2,00 (1,00-3,00)
53	Reconhecer situações de desrespeito/maus tratos por parte dos profissionais em relação ao usuário	198	2,00(1,00-4,00)	203	2,00 (1,00-4,00)
Fator 4 – Infrações Éticas					
26	Vivenciar a imprudência por parte de profissionais de outras categorias	197	2,00 (1,00-4,00)	205	2,00 (1,00-4,00)
25	Vivenciar a omissão por parte de profissionais de outras categorias	199	2,00 (1,00-4,00)	206	2,00 (1,00-4,00)
24	Vivenciar a imprudência por parte do enfermeiro	200	2,00 (1,00-4,00)	204	2,00 (1,00-3,00)
23	Vivenciar a omissão por parte do enfermeiro	196	2,00 (1,00-4,00)	202	3,00 (2,00-5,00)
22	Vivenciar a imprudência por parte do médico	196	3,00 (2,00-6,00)	202	3,00 (2,00-5,00)
21	Vivenciar a omissão por parte do médico	200	4,00 (2,00-6,00)	205	3,00 (2,00-5,00)
Fator 5 – Equipes de Trabalho					
7	Trabalhar com profissionais de outras categorias despreparados	200	3,00 (2,00-4,00)	206	3,00 (2,00-4,00)
5	Trabalhar com enfermeiros despreparados	198	3,00 (2,00-5,00)	206	3,00 (1,00-4,00)
2	Trabalhar com equipe multiprofissional de saúde incompleta	196	3,00 (2,00-5,00)	205	3,00 (2,00-5,00)
3	Vivenciar condições de sobrecarga de trabalho	198	5,00 (3,00-6,00)	206	3,00 (1,00-4,00)
1	Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda	195	4,00 (2,00-6,00)	205	3,00 (2,00-5,00)
6	Trabalhar com auxiliares e técnicos de enfermagem despreparados	200	3,00 (2,00-5,00)	204	3,00 (2,00-4,00)
Fator 6 – Conflito com a Gestão					
47	Sentir-se desrespeitado por superiores hierárquicos	196	3,00 (2,00-5,00)	203	3,00 (2,00-5,00)
48	Reconhecer atitudes eticamente incorretas dos gestores ou superiores hierárquicos	196	3,00 (2,00-6,00)	201	3,00 (2,00-5,00)
49	Sentir-se pressionado a pactuar ou silenciar frente a fraudes em benefício da instituição	195	2,00 (0,0-4,00)	200	2,00 (0,00-4,00)
9	Trabalhar com gestores e chefias despreparadas	198	3,50 (2,00-6,00)	204	3,00 (2,00-6,00)
Fator 7 – Conflito Pessoal					
50	Sentir-se pressionado pelo usuário por situação sobre o qual não pode intervir	197	4,00 (2,00-6,00)	200	3,00 (2,00-6,00)
41	Reconhecer situações de ofensa ao profissional	197	4,00 (2,00-6,00)	202	3,00 (2,00-6,00)
52	Sentir-se impotente para defender autonomia do paciente	198	3,00 (2,00-5,00)	203	3,00 (2,00-4,00)
40	Trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas	201	3,00 (2,00-6,00)	204	3,00 (2,00-5,00)
Fator 8 – Competência Profissional					
20	Executar ações para as quais não está tecnicamente preparado	201	1,00 (0,00-3,00)	206	1,00 (0,00-3,00)
19	Executar ações que não são inerentes à sua função	201	3,00 (2,00-5,50)	204	3,00 (2,00-5,00)

Fonte: Construído para fins de estudo. Florianópolis, 2017.

Entre os 43 itens ou situações preditoras de distresse moral, a que apresentou a maior frequência (mediana de 4,00) foi “Reconhecer que ações educativas com o usuário são insuficientes”, do constructo “Cuidado Seguro e Qualificado”, enquanto a grande maioria dos itens apresentou intensidade 3,00 e apenas os itens do constructo “Defesa de

valores e direitos” expressaram questões com intensidade de 2,00 e 1,00 (Tabela 01). Esta maior frequência não significou níveis mais elevados de intensidade (3,00 ou intensidade média), o que mostra uma situação de distresse relativa a uma insuficiência percebida na própria atuação profissional e do serviço, que não alcança um dos objetivos de seu trabalho, mas a qual não causa maior intensidade de sofrimento, talvez pela própria recorrência da situação ou pelo tipo de serviço, que não assume a continuidade do cuidado a médio e longo prazo. Por outro lado, a menor frequência e intensidade dos itens do constructo “Defesa de valores e direitos” (valores máximos de 2,00) também pode ser relacionada aos objetivos emergenciais de salvar a vida, quando outros direitos, como à informação, confidencialidade, privacidade, sigilo, podem se tornar secundários ou apenas problematizados quando na maior permanência do usuário no serviço.

Ainda na Tabela 7, são destacados os cinco itens que apresentaram elevada intensidade de distresse moral (4,00 ou mais do máximo de 6,00), destacando-se a situação de “vivenciar condições de sobrecarga de trabalho” do constructo “Equipes de Trabalho” como o mais intenso distresse (5,00). Com intensidade 4,00, estão às situações de “Vivenciar a omissão por parte do médico”, “Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda”, “Sentir-se pressionado pelo usuário por situação sobre a qual não pode intervir” e “Reconhecer situações de ofensa ao profissional”. Tais situações fazem parte dos constructos “Infrações Éticas”, “Equipes de Trabalho” e “Conflito Pessoal”, estes dois últimos com significativa intensidade e frequência em todos os seus itens (sempre com no mínimo 3,00). Já a situação com a menor intensidade e frequência foi “Executar ações para as quais não está tecnicamente preparado” (1,00), do constructo “Competência Profissional”.

Tabela 7 – Análise descritiva dos itens com as maiores Intensidades e frequências de distresse moral. Florianópolis – SC. Brasil, 2017.

Variáveis	Intensidade		Frequência	
	n	Md (Iq)	n	Md(Iq)
Fator 1 – Cuidado Seguro e Qualificado				
32 Reconhecer que ações educativas com o usuário são insuficientes	199	3,00 (2,00-6,00)	204	4,00 (2,00-6,00)
Fator 4 – Infrações Éticas				
21 Vivenciar a omissão por parte do médico	200	4,00 (2,00-6,00)	205	3,00 (2,00-5,00)
Fator 5 – Equipes de Trabalho				
3 Vivenciar condições de sobrecarga de trabalho	198	5,00 (3,00-6,00)	206	3,00 (1,00-4,00)
1 Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda	195	4,00 (2,00-6,00)	205	3,00 (2,00-5,00)
Fator 7 – Conflito Pessoal				
50 Sentir-se pressionado pelo usuário por situação sobre o qual não pode intervir	197	4,00 (2,00-6,00)	200	3,00 (2,00-6,00)
41 Reconhecer situações de ofensa ao profissional	197	4,00 (2,00-6,00)	202	3,00 (2,00-6,00)

Fonte: Construído para fins de estudo. Florianópolis, 2017.

Por fim, identificam-se associações entre a vivência de DM e variáveis sócio demográficas e laborais conforme Tabela 08.

Tabela 8 - Associações entre a percepção do DM em enfermeiros dos serviços de emergência conforme fatores identificados. Florianópolis – SC, Brasil, 2017.

Variáveis	Cuidado Seguro e Qualificado		Condições de Trabalho		Defesa de Valores e Direitos		Infrações Éticas		Equipes de Trabalho		Conflito com a Gestão		Conflito Pessoal		Competência Profissional									
	n	M	p	n	M	p	n	M	p	n	M	p	n	M	p	n	M	p						
Sexo																								
Masculino	18	110,3	0,502	18	98,9	0,844	17	122,2	0,106	17	117,1	0,230	18	104,9	0,764	18	120,8	0,141	19	114,3	0,358	20	95,5	0,604
Feminino	184	100,6		184	101,7		183	98,4		183	100,6		184	99,6		185	101,2		185	101,2		183	102,7	
Idade																								
20 até 29 anos	42	90,55	0,357	42	101,1	0,830	42	95,8	0,934	42	93,7	0,659	42	91,4	0,206	42	92,6	0,707	42	95,7	0,304	42	102,7	0,814
30 até 39 anos	92	99,17		92	101,3		90	100,7		92	100,5		92	96,0		92	103,1		91	105,3		91	104,4	
40 até 49 anos	39	112,4		39	105,7		39	103,9		39	109,5		39	114,6		39	106,6		41	111,3		41	99,7	
50 anos ou mais	28	106,7		28	92,9		42	95,8		28	97,7		27	109,4		28	98,6		29	87,2		28	92,5	
Tempo de Graduação de Curso																								
< 1 ano	4	31,6	0,026*	4	31,6	0,077	4	50,6	0,378	4	33,1	0,126	4	29,6	0,033*	4	23,8	0,012*	4	24,2	0,033*	4	42,2	0,092
1 até 5 anos	68	90,1		68	95,7		67	100,3		68	105,2		68	94,7		68	93,9		67	103,2		68	102,7	
6 até 10 anos	72	103,9		72	102,6		71	107,6		72	98,7		72	98,3		72	103,5		72	103,0		71	104,9	
11 até 15 anos	19	114,1		19	124,3		19	89,2		19	105,2		19	112,4		19	126,6		20	104,3		19	126,1	
16 até 20 anos	16	127,3		16	112,7		16	103,7		16	123,9		15	128,4		16	124,1		18	129,8		18	95,1	
> de 20	23	104,7		23	100,6		23	92,9		23	93,8		23	112,9		23	94,5		23	89,2		23	86,5	
Formação Complementar																								
Não	29	88,8	0,007*	29	91,5	0,339	27	86,2	0,063	29	91,2	0,685	29	91,2	0,237	29	92,0	0,364	30	98,8	0,249	31	100,6	0,833
Capacitação	24	78,0		24	85,7		24	81,4		23	99,7		23	83,8		24	85,9		24	87,8		24	93,1	
Especialização	131	103,2		131	104,1		131	103,2		131	101,2		131	103,7		131	104,0		132	102,3		130	103,5	
Mestrado	17	137,5		17	119,0		17	124,9		17	117,8		17	118,3		17	118,7		17	129,6		17	102,3	
Doutorado	1	187,5		1	124,5		1	168,0		1	96,0		1	148,5		1	122,0		1	128,0		1	134,5	
Número de Vínculos																								
1	133	95,4	0,059	133	93,7	0,030*	132	95,9	0,245	132	98,0	0,390	132	96,1	0,286	133	100,2	0,904	134	100,4	0,576	133	100,6	0,935
2	61	108,4		61	112,9		60	105,7		61	102,6		61	107,8		61	101,6		62	102,8		63	102,6	
3 ou mais	7	141,7		7	134,5		7	127,1		7	127,7		7	119,6		7	110,0		7	124,1		7	122,4	

Continua...

Tipo de Vínculo																								
CLT	82	84,1	<0,001*	82	79,9	<0,001*	80	89,5	0,114	82	83,9	0,006*	82	88,0	0,012*	82	90,4	0,049*	81	96,5	0,160	81	98,8	0,354
Estatutário	94	120,3		94	118,9		94	109,8		93	114,5		93	114,9		94	111,9		97	110,4		96	104,6	
Autônomo	2	16,5		2	66,2		2	121,2		2	31,0		2	77,2		2	81,5		2	85,0		2	26,7	
Temporário	15	86,3		15	92,2		15	97,3		15	76,7		15	75,5		15	77,3		15	73,2		15	93,4	
Outro	7	80,5		7	121,8		7	71,8		7	105,2		7	101,0		7	118,9		7	99,8		7	114,3	
Natureza do Vínculo																								
Público	147	109,3	<0,001*	147	113,2	<0,001*	146	103,7	0,025*	146	105,7	0,072	146	107,6	0,016*	147	105,2	0,231	149	107,3	0,025*	149	104,6	0,106
privado	48	71,5		48	62,8		47	83,3		48	83,8		48	81,0		48	88,8		48	82,6		47	87,7	
Outra	6	132,5		6	104,8		6	139,5		6	105,1		6	82,3		6	95,2		6	124,8		6	129,9	
Tempo de Atuação																								
Até 5 anos	107	91,5	0,050*	107	94,1	0,245	106	94,9	0,356	106	94,0	0,032*	107	89,7	0,012*	107	92,8	0,116	107	98,9	0,135	107	98,1	0,281
6 até 10 anos	48	108,5		48	110,7		48	107,2		48	102,6		48	109,1		48	111,7		48	107,9		47	116,5	
11 até 15 anos	19	110,4		19	109,6		18	101,2		19	109,7		19	113,6		19	116,1		19	107,2		19	103,4	
16 até 20 anos	11	141,5		11	123,9		11	127,2		11	150,5		10	149,4		11	123,9		13	129,5		13	89,0	
< de 20 anos	16	102,5		16	91,1		16	91,6		16	91,1		16	100,3		16	89,6		16	75,7		16	87,4	
Carga Horária																								
Até 20 horas	5	74,5	0,095	5	46,1	0,015*	4	98,1	0,537	5	67,2	0,118	5	61,7	0,078	5	67,8	0,064	4	52,0	0,136	5	53,1	0,077
21 até 30 horas	56	116,3		56	117,2		56	110,1		55	115,2		56	115,8		56	115,3		56	111,8		56	115,1	
31 até 40 horas	83	100,0		83	101,6		83	97,4		83	93,3		82	95,6		83	102,4		86	104,3		85	98,0	
Mais 40 horas	58	91,6		58	90,9		57	95,6		58	98,5		58	97,7		58	89,6		58	94,3		57	99,2	
Nível de Atenção a Saúde																								
Primária	25	62,6	0,001*	25	80,6	0,099	25	69,0	0,010*	25	80,8	0,129	25	88,7	0,497	25	88,3	0,220	27	83,6	0,200	27	82,5	0,082
Secundária	88	111,3		88	108,8		88	108,7		88	107,4		87	104,2		88	108,9		88	106,3		88	110,4	
Terciária	89	102,7		89	100,1		87	101,1		88	100,2		89	101,2		89	97,8		89	104,4		88	99,5	

Nota: (*) Diferença estatística em nível de 5%
 Fonte: Construída para fins de estudo, 2017.

A tabela acima demonstra a associação entre a percepção do Distresse Moral em enfermeiros dos serviços de emergência conforme fatores identificados, e é possível observar alguns itens com diferença estatística ao nível de 5% que são:

Sexo e **Idade** não apresentaram associação com nenhum dos constructos da escala e o **constructo Competência Profissional** não apresentou associação com nenhuma variável.

Tempo de graduação apresentou associações com quatro constructos, quais sejam, conflito com a gestão, conflito pessoal, cuidado seguro e qualificado e equipes de trabalho. Estes resultados indicam que enfermeiros com maior tempo de formação, de 11 a 20 anos, expressam DM relacionado à falta de apoio da gestão nas decisões tomadas na prática assistencial, à maior preocupação em relação ao cuidado seguro e qualificado prestado ao paciente e em relação com a equipe de trabalho e todos os profissionais de saúde que a compõe. Por outro lado, enfermeiros com menor tempo de graduação possuem DM relacionado ao conflito pessoal, do que se pode inferir maior suscetibilidade ou fragilidade no enfrentamento de pressões por parte de usuários ou de tempo para realizar tarefas, assim como de defesa da autonomia do usuário.

De forma similar, a variável **tempo de atuação profissional** também apresentou relação com cuidado seguro e qualificado e equipes de trabalho. Além disso, houve associação entre esta variável e o constructo infrações éticas, ou seja, enfermeiros que desenvolvem atividade em serviços com tempo de atuação entre 06 a 15 anos, apresentam maiores índices de DM. Isto pode ser interpretado por uma maior percepção de questões éticas que permeiam a assistência e as ações do enfermeiro, adquiridas por meio da experiência.

Em relação a **formação complementar** foi evidenciada associação com o constructo cuidado seguro e qualificado, indica que quanto maior o nível de formação profissional (especialização e mestrado), maior será o DM percebido e vivenciado pelos enfermeiros, possivelmente pelo maior preparo e conhecimento para identificar situações ou definir objetivos de qualidade.

Um conjunto de variáveis laborais, como **Número, Tipo, Natureza do Vínculo** e **Carga Horária**, apresentaram relação com condições de trabalho. Os profissionais que apresentam maior DM possuem dois vínculos empregatícios, públicos e com carga horária de 21 a 40 horas semanais por vínculo, esta última característica presente em grande parte dos serviços brasileiros do Sistema Único de Saúde. As

condições de trabalho que se apresentam nos setores de emergência e que são vivenciadas pelos enfermeiros são fundamentais para o desempenho de suas atividades e quando não são fornecidas de maneira adequada podem influenciar na qualidade do cuidado prestado e na saúde física e mental do profissional.

Especificamente, a variável **tipo de vínculo** apresentou associação também com os constructos conflito com a gestão, infrações éticas e equipes de trabalho. O tipo de vínculo temporário indica que enfermeiros que não possuem estabilidade apresentam maior DM quando não possuem suas decisões apoiadas pela gestão, enquanto os profissionais com vínculo estatutário ou celetista apresentaram maior DM por infrações éticas, em relação aos possuem vínculo temporário ou autônomo.

Especificamente a variável **natureza do vínculo** também apresentou associação com outros quatro constructos: conflito pessoal, cuidado seguro e qualificado, defesa de valores e direitos, e equipe de trabalho. A intensidade do DM é mais significativa em enfermeiros com vínculo público. Há que se considerar que em serviços públicos, com grande fluxo e rotatividade de pessoas com baixas condições socioeconômicas, o DM pode ser relacionado aos limites de resolutividade dos problemas de saúde. Além disso, a maior gravidade da situação clínica pode incidir no senso de responsabilidade pela defesa dos direitos e cuidados por parte do profissional. O enfermeiro não consegue desenvolver suas atividades de maneira isolada e muitas vezes só é possível garantir um cuidado seguro e de qualidade com uma equipe de saúde integrada, completa e que possui objetivos comuns e relação de confiança entre seus membros.

DISCUSSÃO

Ao analisar a rotina dos setores de emergência, o reconhecimento pela ineficácia das ações recai sobre a insuficiência de materiais, o quantitativo reduzido de profissionais, a falta de competência de ações educativas e até mesmo sobre a falta de cuidados que deveriam ser disponibilizados ou continuados (PIRES et al., 2016). Porém, para melhorar a assistência não basta somente melhorar estas fragilidades. As associações realizadas trouxeram um panorama interessante em relação à prática do enfermeiro, e foi possível identificar quais variáveis associadas ao DM são importantes e interferem no cuidado neste cenário.

O constructo Cuidado Seguro e Qualificado foi o que apresentou maior quantidade de associações. Destaca-se a demonstração de DM significativamente maior em enfermeiros pós-graduados, formados entre 11-30 anos e atuantes entre 06 e 15 anos, o que pode indicar a relação entre experiência e o desenvolvimento de sensibilidade moral, ou seja, na capacidade de identificar problemas éticos. Esse dado pode ser um indício que confirma a necessidade de articular o estudo do DM com o tema do desenvolvimento de competências morais, numa perspectiva produtiva do DM, não apenas em suas consequências negativas, como participante do processo de formação do sujeito moral, conforme o marco teórico utilizado neste estudo propõe (RAMOS et al., 2016)

É possível afirmar que o maior conhecimento e segurança sobre o tratamento e cuidados afetam diretamente a avaliação dos enfermeiros sobre o esquema terapêutico e as medidas de enfermagem, o que se desenvolve com a experiência (WENWEN et al., 2016). Pode-se inferir que, do mesmo modo, a percepção que os enfermeiros possuem sobre cuidado seguro é afetada por tal experiência. Há também relação diretamente proporcional entre o DM e o vínculo público, com contrato temporário ou celetista. Junto com o maior tempo de serviço, o vínculo efetivo também pode favorecer a apreensão com o cuidado seguro por uma inserção mais duradoura na equipe e no serviço.

Isto evidencia uma possível maior sensibilidade para as relações com a gestão quando em situação de instabilidade no vínculo trabalhista e, até, uma possível maior segurança para discutir questões éticas quando em situação de estabilidade. Além disso, equipes compostas por profissionais com vínculos temporários e com alta rotatividade podem ter sua dinâmica comprometida, com prejuízo para a qualidade assistencial.

Cuidado de enfermagem seguro é aquele onde os pacientes são ouvidos e atendidos e quando consideram estar em boas mãos, pois sabem que os problemas de saúde foram identificados pelos profissionais (KIEFT et al., 2014). Ainda, em função da vivência que possuem e da busca por conhecimentos e formações complementares, os profissionais se tornam mais criteriosos e “maduros” profissionalmente, apresentando maior preocupação em fornecer cuidado seguro ao paciente, livre de danos e riscos e com qualidade. Enfermeiros com maior conhecimento, maior titulação e posição elevada podem assumir maior responsabilidade pelo paciente na prática clínica, o que implica em quando estes profissionais realizam tratamentos incorretos ou não razoáveis ou medidas de cuidados que eles acreditam ser ineficientes,

podem entrar em sofrimento moral. Além disso, os enfermeiros com alta formação, titulação e posição podem ter conhecimento e habilidades profissionais abundantes e podem fazer um bom julgamento sobre o tratamento (WENWEN et al., 2016).

O DM relacionado ao constructo Equipes de trabalho apresentou associação com enfermeiros com maior tempo de graduação e maior atuação na área, entre 16 a 20 anos, e com vínculo estatutário. Esta relação pode indicar que enfermeiros mais experientes são mais sensíveis na identificação do DM em questões relacionadas ao trabalho em equipe. O trabalho em equipe, independente da sua configuração, apresenta melhor resultado na assistência ao paciente, minimizando a ocorrência de erros e favorecendo o sucesso do cuidado e tratamento. Para que o trabalho em equipe seja considerado interprofissional é necessária a existência de comunicação adequada entre os trabalhadores, além de interação, reconhecimento de papéis profissionais, articulação das ações, confiança e estabelecimento de objetivos assistenciais comuns (SANTOS et al., 2017). É fundamental a colaboração entre os profissionais de saúde para manutenção da qualidade, segurança e satisfação de pacientes e profissionais (SOUZA et al., 2016).

Os trabalhadores de enfermagem convivem com os riscos ocupacionais presentes no processo de trabalho desenvolvido na Unidade de Emergência e as situações de risco em que os profissionais estão expostos, apresentam relação com as condições de vida e de trabalho e determinam o processo de desgaste dos trabalhadores. Além disso, a falta constante de materiais básicos como os EPI's, carência de equipamentos modernos que possam auxiliar na monitorização do paciente grave, estrutura física inadequada, falta de pessoal e queixas relacionadas à organização e ao gerenciamento do setor interferem na saúde do trabalhador. Pode-se perceber que as condições de trabalho da enfermagem são verdadeiramente danosas à saúde do trabalhador. O estresse, a fadiga e as cargas de trabalho são elementos a serem considerados nesta organização de trabalho, buscando-se reduzir as situações que os ocasionam (BARBOSA et al., 2009). O enfermeiro é considerado peça chave na organização e gestão da equipe e quando apresenta pouca autonomia, pouco controle sobre o ambiente e piores relações com a equipe, pode apresentar maiores níveis de exaustão emocional, o que pode influenciar de maneira negativa na percepção da qualidade do cuidado, satisfação com o trabalho e na sua intenção de deixar o emprego (PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013). Percebe-se que a experiência e envolvimento do profissional no serviço aumentam a

importância atribuída à equipe por parte do enfermeiro, de modo que problemas e necessidades da equipe passam a afetá-lo de forma mais direta.

Para o bom funcionamento de qualquer unidade de saúde o fortalecimento para práticas seguras ao paciente é um importante fator do trabalho em equipe (OLIVEIRA et al., 2015). Ambientes saudáveis são aqueles onde o trabalho de equipe ocorre de maneira forte e consistente, com colaboração entre os pares e que geram maiores índices de satisfação no trabalho e percepção geral de um atendimento melhor e de qualidade para o paciente (BRAND et al., 2015).

O DM causado por conflito com gestão apresentou associação inversamente proporcional com menor tempo de formação (até 10 anos) e vínculo autônomo ou temporário. Ou seja, o DM por estas causas diminui ao longo do tempo (menor entre 11 e 20 anos de formação) e com a efetividade do vínculo. Enfermeiros gerentes desempenham papel de mediadores de conflitos vivenciados pela equipe de enfermagem, sendo solicitados constantemente para auxiliar na resolutividade dessas situações. Os mesmos apresentam a possibilidade real de interpor-se no processo de trabalho, orientar e capacitar profissionais de saúde com competência técnica especializada (CAMELO et al., 2016). O desafio é a criação de ambientes e espaços onde seja possível a tomada de decisão de maneira conjunta e a criação de auto competência e aprendizagem, desenvolvendo vínculos entre a equipe de enfermagem e a direção da instituição (BATTISTELLI et al., 2016). Há assim, a partir dos resultados, uma importante discussão a ser estimulada sobre o papel dos enfermeiros líderes, seja como potenciais causadores do DM, ou atuando na defesa de sua equipe e na promoção do enfrentamento do DM.

Ter o apoio da coordenação de enfermagem ou da direção da instituição é importante quando os enfermeiros lutam por melhores condições de trabalho e de assistência para o paciente (TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2016). O fato dos enfermeiros não serem ouvidos pela administração é um obstáculo que interfere no cuidado ao paciente (WOLF, 2016). Os administradores de hospitais devem fortalecer as parcerias entre enfermeiros e outros profissionais de saúde e melhorar a autonomia dos enfermeiros para criar uma boa atmosfera de trabalho, reduzindo também o nível de sofrimento moral (WENWEN et al., 2016).

O DM relacionado ao Conflito pessoal apresentou associação diretamente proporcional com vínculo público e tempo de formação de

01 a 15 anos. Esse dado demonstra que enfermeiros recém-formados ou com pouco tempo de formação são mais suscetíveis a entrar em conflito por situações da prática assistencial, apresentando sentimentos de limitação ou incapacidade em defender um princípio ou valor, como a autonomia do paciente. Desenvolver as atividades com profissionais preparados é fundamental no setor de emergência, em função da exigência de decisões rápidas e com isso, a segurança do profissional e a autonomia do enfermeiro se relacionam à experiência adquirida ao longo do exercício profissional e à busca do conhecimento científico. Além disso, o apoio dos colegas de trabalho e a influência de outros profissionais conhecidos como “exemplos” são fundamentais para a conquista da segurança necessária para atuação no setor (SANTOS et al., 2017).

Uma das situações que causa angústia no setor de emergência decorre da tensão em proporcionar cuidados de boa qualidade e ter a consciência de que as necessidades dos pacientes não podem ser resolvidas dentro do contexto limitado deste serviço. Os enfermeiros podem, dentro deste espaço, ter uma capacidade limitada para efetuar mudanças e, para tanto, devem desenvolver habilidades para reconhecer, gerenciar e atuar nas diversas situações, sem que haja sofrimento ou prejuízo ao atendimento ao paciente e seu próprio desempenho e satisfação profissional (WOLF et al., 2016).

O DM relacionado ao constructo Infrações éticas apresentou associação com vínculos de trabalho efetivos e maior tempo de atuação (16 a 20 anos). Em função das vivências os profissionais desenvolvem uma percepção mais apurada a respeito de situações de omissão ou imprudência por parte da equipe multidisciplinar, assim como conhecimento sobre condutas ético-legais dos profissionais e utilização do Código de Ética do Profissional de Enfermagem como importante instrumento da prática assistencial. A sensibilidade ética é uma forma de desenvolver a percepção ética e permite que os enfermeiros e outros profissionais respondam moralmente ao sofrimento e à vulnerabilidade daqueles que recebem cuidados profissionais. Desenvolve-se em contextos de incerteza, sofrimento e vulnerabilidade do paciente e valoriza o conforto do paciente e a satisfação profissional de quem realiza o atendimento (WEAVER et al., 2008). Em relação ao trabalho, espera-se que o paciente possua segurança na assistência e os direitos garantidos, e para tanto se espera que o enfermeiro e demais profissionais de enfermagem possuam conhecimento sobre aspectos ético-legais que envolvam as iatrogenias ou infrações éticas bem como

os desvios de qualidade na prestação da assistência (FAKIH; FREITAS; SECOLI, 2009).

Em relação ao Constructo condições de trabalho, O DM apresentou associação com a carga horária desenvolvida pelos profissionais (21 a 40 horas), 02 vínculos empregatícios e tipo estatutário. A média da carga horária de atuação dos enfermeiros no Brasil é de 30 a 44 horas semanais, mas para que consigam ter um salário digno, muitos possuem mais de um vínculo, o que acarreta desgaste do profissional e prejuízo da assistência. Enfermeiros com emprego formal e renda alta experimentaram níveis mais altos de angústia moral do que aqueles com contrato de emprego e baixa renda. O fato se explica porque o vínculo formal é estável, possui benefícios e acarreta baixa rotatividade de profissionais. Os enfermeiros com um emprego formal podem ter maior grau de educação e um tempo de trabalho em enfermagem maior, em comparação com aqueles com contrato de trabalho temporário (WENWEN et al., 2016). Embora não se tenha estudado remuneração, há resultados similares ao estudo anterior, visto que enfermeiros que possuem mais de um vínculo, maior formação complementar e com renda alta experimentaram níveis mais altos de DM. A sobrecarga de trabalho para os profissionais de enfermagem favorece o desenvolvimento de condições adversas, com riscos de ocorrência de danos à saúde e aumento de faltas ao trabalho. Além disso, ocasiona sobrecarga naqueles profissionais que permanecem, no trabalho dificultando a eficácia e qualidade dos resultados (PIRES et al., 2016).

Finalmente, o DM relacionado à Defesa de valores e direitos se mostrou evidente em enfermeiros com vínculo público e outros, enfatizando preocupação em advogar a favor dos pacientes, dos valores e direitos, talvez por reconhecerem maior dependência destes para o cuidado. Enfermeiros desempenham importante papel na promoção de resultados positivos para o paciente por meio da ética e advocacia (SMITH, 2017). Advogar a favor do paciente consiste em reconhecer direitos e necessidades, incluindo assistência digna e resolutive. Respeitar a autonomia significa respeitar suas escolhas, padrões e valores, fazendo o papel de orientar a melhor forma de agir, sempre respeitando a vontade do paciente (BARCLAY, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo identificou intensidade e frequência do DM, bem como as associações entre constructos e variáveis de perfil da Escala Brasileira de Distresse Moral para Enfermeiros de Urgência e Emergência. Foram reconhecidas os fatores associados ao distresse moral com maior expressão em termos de intensidade e frequência do DM possibilitado uma reflexão em relação ao processo de cuidar prestado pelos profissionais aos pacientes.

Sete constructos apresentaram associações com oito variáveis sócio-demográficas laborais. De maneira geral, as associações aconteceram com enfermeiros mais experientes em relação a tempo de formação e de atuação profissional o que indica relação direta entre o desenvolvimento de competências morais ao longo da prática profissional com a percepção das situações nela vivenciadas. O conhecimento técnico e maior tempo de experiência prática fornecem maior autonomia e segurança ao profissional no momento da tomada de decisão e no relacionamento com integrantes da equipe e gestores.

Reitera-se a importância da realização de novos estudos voltados as temáticas do DM e sensibilidade moral, esta última considerada um importante elemento na percepção de questões éticas dentro dos serviços, buscando facilitar o enfrentamento de questões éticas pelos profissionais e promover o empoderamento destes em relação à temática estudada, principalmente nos setores de emergência.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, K. P. et al. Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 70-76, out./dez. 2009.

BARCLAY, L. In sickness and in dignity: A philosophical account of the meaning of dignity in health care. **Int J Nurs Stud**, Oxford, v. 61, p. 136-141, 2016.

BARLEM, E. L. D.; RAMOS, F. R. S. Constructing a theoretical model of moral distress. **Nurs Ethics**. Lodon, v. 22, n. 5, p. 608-615, Aug. 2015. Disponível em:

<<http://nej.sagepub.com/content/early/2014/10/31/0969733014551595>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

BATTISTELLI, A. et al. Perceived organisational support, organisational commitment and self-competence among nurses: a study in two Italian hospitals. **J nurs manag**, v. 24, n. 1, 2016.

BRAND, E. D. et al. Team strategies and tools to enhance performance and patient safety training: The effect of training on both nursing staff perceptions regarding physician behaviors and patient satisfaction scores in the ED. **Journal of Hospital Administration**. v. 4, n. 2, 2015.

CAMELO, S. H. H. et al. Enfermeiros gerentes: formação profissional e desafios. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. e11637, 2016.

DALMOLIN, G.L. et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o *burnout*. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 8, Jan/Mar. 2012.

FAKIH, F. T.; FREITAS, G. F.; SECOLI, S. R. Medicação: aspectos ético-legais no âmbito da enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 62, n. 1, p. 132-135, jan/fev. 2009.

GAYA, A. **Ciências do movimento humano**: introdução à metodologia da pesquisa. São Paulo: Artmed, 2008.

JAMETON, A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **AACN clin issues**, Philadelphia, v. 4, n. 4, p. 542-451, 1993.

JOHNSTONE, M. J.; HUTCHINSON, A. 'Moral distress'—time to abandon a flawed nursing construct?. **Nursing ethics**, London, v. 22, n. 1, p. 5-14, 2015.

KIEFT, R. A. M. M. et al. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. **BMC Health Serv Res**, London, v. 14, p. 249, 2014. Doi:10.1186/1472-6963-14-249. Acesso em: 06 Ago 2016.

LORO, M. M. et al. Revealing risk situations in the context of nursing work At urgency and emergency services. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2016.

OLIVEIRA, R. M. et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 49, n. 1, Feb. 2015.

PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva1. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, [08 telas], maio/jun. 2013.

PIRES, D. E. P. et al. Nursing workloads in family health: implications for universal access. **Rev. Latinoam. enferm**. Ribeirão Preto, v. 24, p.e2677, 2016. Doi: 10.1590/1518-8345.0992.2682. Acesso em 25 set. 2017.

_____. Construction of the Brazilian Moral Distress Scale in Nurses – a methodological study. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e4460015, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200328&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2017.

SANTOS, J. L. G. et al. Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 18, n. 2, 2017.

SMITH, M. A. The ethics/advocacy connection. **Nurs Manage**, Chicago, Aug. 2017. Disponível em: <<http://journals.lww.com/nursingmanagement/pages/default.aspx>>. Acesso em: 13 out. 2017.

SOUZA, G. C. et al. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 50, n. 4, p. 642-649, 2016.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al . Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.

25, n. 1, e2560014, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2017.

XIAOYAN, W.; YUFANG, Z.; LIFENG, C. Moral distress and its influencing factors: a cross-sectional study in China. **Nurs Ethics**. London, Epub ahead of print 1 Sep. 2016. Doi: 10.1177/0969733016658792. Acesso em: 03 Nov. 2017.

WEAVER, K.; MORSE, J.; MITCHAM, C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs*. Oxford, v. 62, n. 5, p. 607-618, 2008.

WOLF, Lisa A. et al. “It’s a burden you carry”: describing moral distress in emergency nursing. **JEN**, East Lansing, v. 42, n. 1, p. 37-46, 2016.

6.3 MANUSCRITO 3 - ELEMENTOS PARA A DELIBERAÇÃO ÉTICA EM ENFERMAGEM EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Resumo: Os serviços de urgência e emergência apresentam características particulares que exigem do enfermeiro embasamento e segurança para a tomada de decisão e o enfrentamento de questões éticas relacionadas ao atendimento ao paciente, à instituição e as condutas de profissionais. **Objetivo** - Identificar os elementos que embasam a deliberação ética do enfermeiro no contexto das urgências e emergências. **Método** - Estudo de natureza qualitativa, realizado com 21 enfermeiros de duas emergências públicas do sul do país, de novembro de 2016 a março de 2017. Utilizada análise reflexiva e interpretativa com base no referencial de distresse moral. **Resultados** - Os elementos identificados foram apresentados em seis conjuntos: defesa dos interesses e necessidades dos pacientes; prática acordada junto a equipe; experiência profissional adquirida; prática estabelecida no serviço e na instituição; defesa dos interesses e imagem profissional e outros como utilização do código de ética profissional, princípios éticos e bioéticos e bases teóricas adquiridas na formação. **Conclusão** - Os achados aportaram subsídios para compreender melhor os elementos utilizados pelos enfermeiros quando são demandados à deliberar sobre questões ético-morais nos setores de emergência, considerando que esta é uma tarefa complexa, racionalmente embasada e fundamental para os objetivos do cuidado de excelência e da prática profissional qualificada. **Descritores:** Enfermagem; Emergência; Moral; Tomada de Decisão; Ética em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

No ambiente hospitalar o profissional se depara com situações críticas de vida ou morte das pessoas, requerendo soluções imediatas e práticas profissionais de excelência, tanto do ponto de vista técnico como humano é ético. Os estudos sobre problemas éticos referentes a este cenário específico, tem se desenvolvido com discussões e reflexões em torno de "situações limite", especialmente sobre o início e o fim da vida, ou sobre os efeitos da tecnobiomedicina. São comuns temas como eutanásia, aborto, reprodução assistida e clonagem (BASSO-MUSSO, 2012). Especificamente falando do setor de emergência, o profissional que nele atua deve possuir capacidade técnica de alta qualidade para

atender a demanda e suprir as necessidades dos que buscam o serviço, bem como possuir habilidade de tomada de decisão frente às situações conflitantes com que se depara diariamente.

Grande parte dos conflitos éticos na relação profissional usuário surge do desentendimento por falhas na comunicação, especialmente a falta, incompreensão ou imprecisão das informações fornecidas pelos usuários (DAVIS; SCHRADER; BELCHEIR, 2012). Outros desafios relatados por enfermeiros que atuam no setor de emergência se referem à sobrecarga de trabalho e aos ambientes estruturalmente adaptados, que acarretam sentimentos de impotência para fornecer atendimento de qualidade ao paciente. Ainda, outro desafio se relaciona ao quantitativo insuficiente de profissionais, qualidade e segurança do atendimento ao paciente, e o uso de tecnologias e expectativas conflitantes do papel de enfermagem. Por fim, fatores como pressões relacionadas ao tempo e grande volume de fluxo e de pacientes também são descritos como desafios para os enfermeiros (WOLF et al., 2016).

O distresse moral é entendido como a experiência em que o enfermeiro sabe qual ação moralmente correta deveria seguir, porém se depara com obstáculos institucionais ou nas relações profissionais que o impedem de atuar de acordo com seus conhecimentos e julgamentos, podendo realizar ações moralmente inadequadas. O sofrimento ou distresse moral se caracteriza pela vivência de sentimentos negativos de impotência, dor ou desequilíbrio psicológico (DALMOLIN et al., 2014; BARLEM; RAMOS, 2015). O sofrimento e a angústia decorrentes afetam a equipe e podem reforçar a ideia de que questões éticas são estressantes, apresentando um olhar negativo e impedindo que tais questões sejam discutidas e trabalhadas dentro do ambiente assistencial.

Os enfermeiros são constantemente defrontados com situações que exigem a tomada de decisão ética ou deliberação moral. A habilidade para a deliberação frente à problemas éticos é essencial para a excelência profissional e para a qualidade da atenção à saúde, pois só é possível uma assistência de qualidade se esta aliar exatidão técnica e responsabilidade na tomada de decisão ética (ZOBOLI, 2013). Além disso, para reduzir o estresse da prática, a relação entre enfermeiros e usuários requer um relacionamento ético que possibilite a autonomia profissional, promoção de um atendimento que vai de encontro as necessidades básicas do usuário e que tenha respeito para preservar a intimidade e a identidade do paciente (DALMOLIN et al., 2012).

Os problemas éticos são situações que não apresentam uma solução apenas, mas vários caminhos capazes de conduzir os

profissionais até a finalidade que se almeja, daí que requer exercício da deliberação ética (JUNGES et al., 2014). O enfermeiro precisa buscar soluções para os problemas éticos com os quais se depara na prática, assumindo seu dever profissional de agir. Contudo, necessita buscar alternativas adequadas para resolver o problema identificado, construindo uma deliberação eticamente prudente (NORA et al., 2016).

Para realizar a deliberação ética os enfermeiros têm a seu dispor uma ampla gama de elementos que influenciam e determinam suas ações, ou de recursos de natureza multidimensional, como elementos éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e jurídicos, o que amplia a complexidade e a incerteza no momento da tomada de decisão ética (DEODATO, 2014). O bem-estar e a segurança do usuário dependem em grande parte das decisões éticas tomadas pelos enfermeiros e, considerando a complexidade de temáticas e situações envolvidas, tais deliberações precisam ser cuidadosas e ponderadas, atenta a todos os elementos envolvidos no problema ético (NORA et al., 2016).

A única diferença entre o processo decisório normal a qualquer decisão clínica e a deliberação moral é que esta última requer negociação, incorporação de idéias conflitantes e um esforço para respeitar as diferenças. (BASSO-MUSSO, 2012).

Considerando a complexidade da tomada de decisões éticas ou aqui também denominada processo de deliberação moral, tomados sem a clássica distinção dos termos moral e ética, este estudo buscou identificar os elementos que embasam a deliberação ética de enfermeiros em serviços de urgências/emergências em dois hospitais públicos do Sul do Brasil.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo descritivo exploratório, realizado em duas emergências: Hospital Regional de São José (HRSJ), maior emergência do Estado de Santa Catarina, e Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), hospital referência para as especialidades cardiovasculares também no Estado de Santa Catarina.

A coleta foi realizada de novembro de 2016 a março de 2017, por meio de entrevistas individuais e semiestruturadas. A escolha dos participantes ocorreu de maneira intencional e por conveniência, tendo como critério de exclusão aqueles profissionais em afastamento do

trabalho por licença ou férias e com tempo de atuação no local inferior a seis meses.

Os participantes foram convidados diretamente no setor em que desenvolviam suas atividades, durante o período de trabalho. Participaram 21 enfermeiros, sendo 13 eram do HRSJ e 08 do ICSC. Ainda, do total de participantes, 08 atuavam também em unidades de pronto atendimento em um segundo vínculo.

No início das entrevistas, os participantes tinham suas dúvidas esclarecidas e assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista foi guiada por alguns cartões que traziam situações geradoras de distresse moral na prática assistencial e conforme elas eram identificadas, os participantes relatavam quais eram os elementos que utilizavam na tomada de decisão ética frente a tal situação. A coleta foi realizada pelo próprio pesquisador e as entrevistas tiveram um tempo aproximado de 30 minutos de duração.

As entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas na íntegra para análise dos dados. Foi utilizada a letra “E” para manter o anonimato dos participantes, seguida do número sequencial da entrevista.

Para organização dos dados qualitativos foi utilizado o software Atlas.ti versão 7.0, com posterior categorização e análise reflexiva e interpretativa dos dados obtidos, baseado no referencial teórico do distresse moral (Ramos et al, 2016).

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. É vinculada a um macroprojeto, e foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das três universidades envolvidas no macroprojeto: 511.634 de 17/01/2014 na Universidade Federal do Rio Grande); 602.603-0 de 31/01/2014 na Universidade Federal de Minas Gerais e 602.598-0 de 10/02/2014 na Universidade Federal de Santa Catarina.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de maneira esquemática, no qual foram subdivididos em seis conjuntos que contemplam os principais elementos que são utilizados para a tomada de decisão citados pelos enfermeiros do setor de urgência e emergência. Destacam-se seis categorias, sendo que os quatro primeiros contemplam os elementos mais citados, quais sejam: a defesa dos interesses e necessidades dos pacientes; prática acordada junto com a equipe; experiência profissional

adquirida; e prática estabelecida no serviço e na instituição. A quinta categoria se refere a defesa dos interesses e imagem da profissão também surgiu, no sentido de ser uma figura importante de ligação entre a equipe e a assistência ao paciente, porém necessita ser fortalecida. O sexto conjunto, denominado bases integradas ao exercício profissional, traz elementos também citados, porém em menor expressividade: a utilização do Código de Ética profissional; intuição e subjetividade; Princípios Éticos e Bioéticos; e Bases Teóricas adquiridas na formação.

QUADRO 2 – Elementos para deliberação ética em enfermagem. Florianópolis – SC. Brasil, 2017.

Defesa dos interesses e necessidades dos pacientes principalmente no momento de decidir alguma conduta assistencial ou organizacional, como agilizar exame ou

Prática estabelecida no serviço e na instituição apresenta relação com os protocolos operacionais padrão e com as normas e rotinas institucionais.

“A minha função é promover a saúde do paciente ou os meios para que a saúde dele seja melhorada. Então a minha tomada de decisão funciona em cima desses meios, para que ele consiga fazer o exame que precisa para ganhar alta, que ele tenha uma boa estadia aqui, que receba uma boa assistência e a minha tomada de decisão é sempre pensando no cuidado com o paciente”. E1

“As vezes eu até posso infringir alguma coisa mas eu sempre busco respeitar o interesse e necessidade do paciente”. E2

“Geralmente eu tento priorizar de alguma forma o que é melhor para o paciente. Por exemplo, nessa situação de ter que subir alguém, eu sempre vejo o paciente mais debilitado, acamado, se ele tá no corredor... eu tento olhar e ver. Eu crio uns critérios na minha cabeça e tento pegar a pessoa mais frágil e tento priorizar. faço eliminação”. E7

Prática acordada junto com a equipe apresenta relação com as decisões que são compartilhadas entre todos os membros da equipe de saúde, mesmo quando é reconhecido que tais relações necessitam ser melhorada.

“Eu escuto muito a minha equipe, os técnicos, os médicos, isso é uma coisa que eu considero muito, que é a opinião da equipe. Às vezes eu tenho muita dúvida e nem sempre tu toma uma decisão sozinha, então eu tento buscar a responsabilidade de mais pessoas e não trazer só pra mim”. E7

“Eu tento, mas a gente bate naquelas reínas que tem que resolver e eu digo que a gente é uma equipe multidisciplinar, mas às vezes me questionam essa multidisciplinaridade”. E8

“Na questão de acomodar paciente a gente tem o protocolo de ser o mais antigo, o primeiro. Mas, de repente, se o mais antigo for um gurizão e o segundo mais antigo for um idoso, eu não vou começar com o gurizão e vou botar o idoso. Mas tem que ver a fragilidade da pessoa e o contexto todo. E nos outros elementos tem que ver o que é protocolado.” E14

“Práticas estabelecidas no serviço e na instituição, também utilizo apesar de isso ocasionar muitas vezes controvérsia, por que mexe com o costume. Por exemplo, você entra aqui e a determinados anos você faz um tipo de coisa de determinada forma, aí de repente vem alguém de outro setor e diz - não, agora nós vamos fazer dessa outra forma! E daí isso mexe com o costume, com os vícios, com rotinas e é bem complicado.” E15

“Eu não vou deixar de respeitar um protocolo médico ou institucional de uma determinada conduta e às vezes isso confronta com aquilo que eu acho que tem que ser”. E20

Defesa dos Interesses e Imagem da Profissão apresenta relação com a figura do enfermeiro sendo fundamental dentro da equipe de saúde e no atendimento ao usuário, assim como pelo desejo desta imagem ser fortalecida.

“Acho que é uma coisa que a gente sempre tem que estar atento, que a nossa imagem, tanto para os colegas de trabalho quanto para o paciente... e é muito importante para estabelecer um vínculo de confiança, segurança, ter uma boa comunicação, acho que tudo vai da nossa postura, de como você se apresenta. Eu prezo bastante pela imagem da profissão”. E11

Experiência profissional adquirida, e esta apresenta relação com o conhecimento que se possui pelo tempo de atuação como profissional enfermeiro.

Elementos que em conjunto, representam bases integradas ao exercício profissional, que funcionam como apoios à tomada de decisão, como **o Código de Ética profissional; Princípios Éticos e Bioéticos; e Bases**

“Eu acredito que seja a prática do dia a dia. A experiência que tu vem trazendo ao longo do tempo, porque daí você pensa daquela vez eu fiz dessa forma e deu certo então vou tentar aplicar isso hoje. Mas eu acho que a experiência do dia a dia muitas vezes é a melhor forma de tomar uma decisão”. E5

“Eu utilizo muito a experiência profissional adquirida e eu sempre digo, depois que você trabalha na emergência, você trabalha em qualquer lugar”. E1

“Eu costumo dizer que eu analiso fatos, não é nada intuitivo. Por exemplo, tenho um paciente que está congesto, ausculta pulmonar horrível, não tá urinando e tá congesto. Se eu não tomar nenhuma atitude ou não chamar o médico, vai levar a edema. Mas eu não adivinhei, não foi minha intuição, é um fato. Tem que entender a dinâmica da doença cardiológica, até pra ti trabalhar menos e isso a experiência ajuda”. E8

“Eu procuro pensar bastante no código de ética profissional, se eu não considerar isso eu não sou um bom enfermeiro”. E15

“A gente acaba utilizando a lei do exercício profissional na questão de fundamentar e reforçar uma conduta que a gente tem perante o médico, que às vezes ele questiona, Principalmente quando é médico novo que não conhece a equipe. Mas não só profissional médico, os técnicos também necessitam ser lembrados”. E10

“Eu tento lembrar de utilizar os princípios éticos e bioéticos porque nos deparamos com muitas coisas, mas as vezes acaba passando por cima”. E16

“Eu utilizo bastante as bases teóricas. Às vezes ajuda bastante em uma patologia, alguma coisa que a gente já prevê mais ou menos o desenrolar da história, eu uso aquilo pra tomar alguma decisão, opinar, ou o que evoluir, o que deixar destacado no prontuário”. E7

Fonte: TROMBETTA, A.P.; RAMOS, F.R.S; BRITO, M.J.M., Florianópolis, 2017.

DISCUSSÃO

O trabalho dos enfermeiros em unidades de urgência e emergência hospitalar se desenvolve em espaços com alta rotatividade de pacientes, e se caracteriza pela luta constante entre a vida e a morte de pacientes e exigências de rapidez e eficiência na realização dos procedimentos. Tal trabalho exige que os profissionais sejam treinados

tecnicamente, mas também aptos a lidar com a população de maneira calma e segura (FREITAS et al., 2015).

O enfermeiro se depara diariamente com situações e problemas éticos que, mesmo em ambiente atribulado, é necessária calma e ponderação para realizar a tomada de decisão de maneira adequada. A decisão ética não pode ser entendida como uma escolha banal, pois exige conhecimento, capacidade de julgamento e atenção para os diferentes elementos, perspectivas e pessoas envolvidas. Lidar com problemas éticos requer do enfermeiro sensibilidade moral acentuada, saber ético, experiência de vida, virtude, informação e um grande compromisso pessoal para fazer o que é mais prudente (RAMOS et al., 2015).

Para que o enfermeiro consiga efetivamente tomar a decisão, ele necessita inicialmente identificar o problema ético, pois, sem conhecer as circunstâncias e fatos envolvidos no problema, é impossível tomar uma decisão ética adequada (COOPER, 2012). Dentro do processo de raciocínio moral em relação aos casos considerados dilemas éticos, afirma-se que pelo menos seis etapas devem ser consideradas para análise, quais sejam: a descrição dos fatos do caso; descrição dos valores (metas, interesses) de todas as partes envolvidas (médicos, enfermeiros, pacientes, familiares, funcionários do hospital e sociedade); determinar o principal conflito de valores ou quais dos valores fundamentais estão ameaçados; determinar as possíveis medidas de proteção para o maior número possível de valores no caso; consenso sobre a escolha de uma forma de agir e defesa da decisão dos valores que a sustentam (BASSO-MUSSO, 2012).

Depois de identificar a situação, existem alguns elementos que auxiliam o profissional na tomada de decisão e quando utilizados buscam mostrar um olhar mais amplo, retratar diversos aspectos que não somente a perspectiva do profissional, ou da instituição ou do paciente, de forma a fornecer subsídios para que a tomada de decisão ocorra de maneira justa e não tendenciosa.

Os elementos que auxiliam no processo de deliberação podem ser influenciados por fatores externos e fatores individuais do profissional. Como fatores externos se destacam àqueles que podem afetar a percepção da existência de problemas éticos, as alternativas de solução e suas consequências. Por exemplo, fatores organizacionais que indicam que os enfermeiros vivenciam tensões entre os valores da organização ou valores profissionais da enfermagem que estão relacionados à qualidade do cuidado, respeito à pessoa e autonomia.

Elementos que apresentam relação com âmbito externo, compreendem as características relacionadas aos fatores organizacionais, sociais e legais. Os elementos do âmbito pessoal correspondem às características pessoais, a comunicação e o conhecimento do profissional. Os enfermeiros analisam e comparam os cursos de ação com base nesses elementos o que acarreta em uma ampla complexidade na tomada de decisão ética do profissional (NORA et al., 2016).

Ainda, enfermeiros referem trabalhar com limitações tecnológicas e com falhas na comunicação, fatores estes que podem interferir no processo de decisão (NORA et al., 2016). Em relação aos fatores individuais apresentam destaque às experiências individuais, o conhecimento científico e a comunicação como elementos que influenciam a tomada de decisão ética de enfermagem (NORA et al., 2016).

Destacamos neste estudo a “*defesa dos interesses e necessidades do paciente*” que se mostrou elemento definidor da tomada de decisão pela maioria dos enfermeiros. A temática advocacia do paciente ou defesa do paciente é bastante relatada, especialmente quando o paciente apresenta condições de vulnerabilidade ou não pode decidir por si. Os pacientes internados no setor de emergência normalmente permanecem em condições não adequadas em função da superlotação e muitos cuidados podem acabar passando despercebidos em função disso. Dentro das configurações atuais de muitos serviços de saúde, o foco assistencial muda para além de simplesmente avaliar se os pacientes têm autonomia para tomar decisões, mas de o enfermeiro assumir um papel de defesa, envolvendo as pessoas que fazem parte do contexto social dos pacientes nos processos de tomada de decisão (COLE, 2014).

Os enfermeiros compreendem que se optarem por estabelecer uma relação de verdade com o paciente ou com os demais membros da equipe de saúde, em defesa dos interesses do paciente, mesmo que no plano dialógico, reconhecem seu exercício de poder e, conseqüentemente, a possibilidade de desencadear algum tipo de conflito em suas relações profissionais, com o risco de desconfortos, desgastes e rupturas (TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2016). Enfermeiros de emergência relatam estar enfrentando um conflito de papéis entre o que eles percebem como um bom atendimento de enfermagem e o que eles acreditam não ser a realidade na sua instituição. Existe um paradoxo, no qual os enfermeiros demonstram o desejo de fornecer cuidados de boa qualidade a seus pacientes, porém

sabem que as necessidades não podem ser resolvidas dentro do contexto limitado de serviços de emergência (WOLF et al., 2016). Logo, enfermeiros demonstram uma grande preocupação em relação a isso, em conseguir o exame de maneira rápida, buscar melhores acomodações, dialogar a favor do paciente, mesmo que para isso tenham que contrariar algumas normas e rotinas institucionais ou gerar algum tipo de indisposição entre colegas. Este elemento foi indicado como primeira escolha entre os enfermeiros no momento da tomada de decisão em um conflito ético, pensar no bem estar, defesa dos interesses e atendimento das necessidades dos pacientes.

Outro elemento que subsidia a deliberação é “*prática acordada junto com a equipe*”, que pode funcionar como compartilhamento de decisões, assim como respaldo e atenuante frente a dificuldades de romper com protocolos e rotinas estabelecidas, mesmo quando estas devem ser questionadas. Obviamente que o diálogo e as posições consensuadas são preditoras de deliberações mais prudentes e justas. Mas, a prática de compartilhar decisões funciona quando se possui uma equipe integrada, que dialoga e que assume valores, objetivos e concepções assistenciais compatíveis entre si. Dividir a responsabilidade é importante para aliviar o peso que recai sobre o profissional que já atua em um setor de grande pressão e a deliberação ética compartilhada pode ser um fortalecedor da própria equipe de saúde.

Normalmente o enfermeiro assume a responsabilidade da tomada de decisão em conjunto com os usuários, familiares e membros da equipe, promovendo decisões eticamente responsáveis (BERGGREN et al., 2002). Neste estudo, houve relatos indicativos de que essa relação de equipe deveria ser melhorada, pois descrevem que cada profissional tenta realizar o trabalho de maneira isolada e sem muita cobrança, para que não haja conflito entre os profissionais. O interessante é que também surgiram falas de momentos em que decisões são compartilhadas, porém não houve relato de discussão ética entre a equipe, nem durante a passagem de plantão, nem durante a visita multidisciplinar. Cabe questionar o quanto essa atitude pode se relacionar ao medo do conflito, a falta de autonomia e de segurança no exercício profissional, ou ao despreparo para enfrentar questões éticas por parte do profissional.

A equipe de saúde que assegura o atendimento é multidisciplinar, independentemente do tipo de unidade de saúde em que a pessoa possa estar. Quando surgem dilemas éticos, os pontos de vista dos

enfermeiros, do usuário, da família e da equipe de saúde são importantes e vitais para a tomada de decisão e devem ser realizadas de maneira compartilhada. É necessário um raciocínio sistemático e cuidadoso.

A construção da decisão ética em enfermagem envolve participação da equipe multidisciplinar permitindo que outros profissionais tornem-se responsáveis pela decisão e sejam convidados a enriquecer, com os seus conhecimentos e experiências, a construção do melhor curso de ação para a resolução do problema ético (DALLA NORA; ZOBOLI, 2015). O trabalho em equipe e as discussões éticas em equipe são fatores que favorecem a tomada de decisão ética de maneira adequada, pois contempla olhares diversos e é um ponto importante no desenvolvimento de cultura ética dentro das instituições. Daí que o fato das práticas acordadas pela equipe ser uma base utilizada para a deliberação, considerada positivamente, desde que tais práticas não signifiquem o engessamento do raciocínio e sensibilidade moral, ou a retirada de cena do sujeito que deve participar ativamente do enfrentamento dos problemas éticos.

Outro ponto de bastante destaque foi à “*experiência profissional adquirida*”, em relação direta com a autonomia profissional e o saber como agir perante determinada situação. O fato do profissional já ter passado por situação semelhante e ter obtido sucesso, ou não, é um fator bastante utilizado pelos enfermeiros no setor de emergência, principalmente pelo setor apresentar característica de tomada de decisão rápida. Em relação a utilizar a prática profissional na tomada de decisão, estudo afirma que por mais que possua experiência é imprescindível analisar cuidadosamente os dados relevantes porque, independentemente de quão semelhante é a situação, outras variáveis sempre aparecem e consideram as consequências do ato ou da decisão (BASSO-MUSSO, 2012). Apesar de experientes, os enfermeiros demonstram nem sempre ter clareza sobre a melhor decisão, seja por falta de preparo e, também, por sentirem necessidade de maior autonomia e espaços deliberativos na prática. Quando este recurso é aprendido, facilita e contribui para o alcance dos objetivos organizacionais (EDUARDO et al., 2015).

Além da experiência, outro elemento citado foi a “*prática estabelecida no serviço e na Instituição*” através da existência de normas e rotinas da instituição e como servem de guias para as decisões assistenciais dos enfermeiros. O fato de existir protocolo não quer dizer que seja a única maneira a ser seguida diante de uma determinada situação, porém é uma forma de ajudar o enfermeiro na tomada de decisão. Entende-se que os protocolos são instrumentos que tem por

finalidade facilitar o encontro entre usuário e trabalhador no que tange ao atendimento humanizado, tendo como exemplos a redução de filas de espera, melhoria do acesso aos usuários e ao fluxo, além de priorizar as situações de maior gravidade (TROMBETTA; RAMOS; BRITO, 2017). Os protocolos clínicos devem ser utilizados de acordo com as características dos usuários atendidos nos serviços de urgência e emergência, respeitando as peculiaridades locais ou regionais de cada serviço (TOMBERG et al., 2013). As normas, os procedimentos e as orientações existentes nos serviços são úteis e relevantes para a enfermagem, pois fornecem estrutura para a prática assistencial, entretanto essas normas não podem dificultar a aplicação das decisões éticas (NORA et al., 2016). Também neste caso, cabe a ressalva quanto ao risco de se anular a necessária crítica aos próprios instrumentos de trabalho, como no caso dos saberes e protocolos, limitando a capacidade de reconhecer as situações que escapam, continuamente, ao já estabelecido e normatizado.

Em relação ao elemento “*defesa dos interesses e imagem da profissão*”, pode-se afirmar que não foi um elemento com ênfase pelos enfermeiros. Existe a percepção de que o enfermeiro ocupa um lugar de destaque na equipe, muitas vezes sendo a ponte entre a equipe de saúde, pacientes e familiares, porém a imagem e valorização profissional necessita ser ainda trabalhada e bastante melhorada em relação aos profissionais de maneira geral.

A imagem negativa do enfermeiro está relacionada à ausência de conhecimento acerca das atribuições da profissão pelos demais profissionais da saúde, os quais não possuem clareza em relação às diferenças estabelecidas para os enfermeiros, auxiliares e técnicos de Enfermagem (ÁVILA et al., 2013). A visão dos outros profissionais em relação à profissão apresenta relação com a postura assumida pelo enfermeiro, à insatisfação no contexto de trabalho, à submissão e obediência a prescrições de outros profissionais da saúde, à execução da prática sem reflexão e sem conhecimento clínico, corroborando para intensificar a indefinição da importância do fazer do enfermeiro para a equipe de saúde, os pacientes e a sociedade de um modo geral (ÁVILA et al., 2013). Não é somente o conhecimento que irá promover uma melhora na imagem profissional, mas principalmente o modo de agir do enfermeiro, sendo ético, se fazendo respeitar perante os demais profissionais de saúde, e demonstrando conhecimentos e seriedade (JESUS et al., 2010) no trabalho que desenvolve junto à equipe e a população.

Os enfermeiros relatam que o objetivo principal das decisões sempre é a implementação das ações de cuidado com eficiência e segurança para o paciente, porém, afirmam que as possíveis consequências pessoais também acabam fundamentando as decisões, determinando dessa forma um comportamento de autoproteção (BUSANELLO et al., 2014). O enfermeiro passa a ser reconhecido como um profissional polivalente, por possuir inúmeras tarefas atribuídas a ele, colocando-o em uma posição central no cenário do cuidado. Entretanto, não existe essa percepção nem a valorização dessa centralidade entre os profissionais, em especial para favorecer o processo de tomada de decisões (BUSANELLO et al., 2014).

Na realidade atual, está cada vez mais difícil negociar as várias questões éticas que permeiam todas as fases dos cuidados de enfermagem, pois a evolução e as mudanças nos cuidados de saúde criam continuamente novos problemas éticos a serem enfrentados. As dificuldades derivam da relação com o paciente, mas também de ambientes de trabalho nos quais os enfermeiros ainda são vistos como subordinados aos médicos e aos protocolos de cuidados. Além disso, a escassez de recursos, que afeta as escolhas de cuidados, sugere um conflito entre o direito dos pacientes a receberem cuidados adequados e a necessidades de desempenho econômico das estruturas que fornecem esse cuidado (LAUTER et al., 2012). É fundamental que o enfermeiro consiga expressar sua importância na deliberação perante a equipe e aos pacientes, pautando sua conduta nas melhores ações de cuidado eficiente e seguro.

Elementos importantes na tomada de decisão, embora pouco citados, foram o “*Código de Ética profissional e Princípios Éticos e Bioéticos*” no momento da tomada de decisão. O código de ética é um instrumento que rege a conduta profissional de enfermagem e deveria ser norteador de todas as decisões praticadas por esses profissionais, que não responde a toda a amplitude de questões e circunstâncias, mas representam princípios éticos e bioéticos fundamentais. O Código de Ética profissional é a ferramenta que rege a profissão do enfermeiro e fornece subsídios para o autocontrole dos enfermeiros, assegurando que estes não constituam uma ameaça ou risco para usuários ou para a credibilidade da profissão no exercício de suas atividades (TOREN, 2010). Por outro lado, estudo de Ramos enfatiza a necessidade de direcionar a reflexão ética da simples consulta ao código de ética profissional, que muitas vezes é baseado em obrigações e obediências, para a percepção de um sentido de compromisso com o direito à saúde e

à prestação de um cuidado eficaz e de qualidade (RAMOS et al., 2015). Destaca-se também que valores e princípios éticos como autonomia, beneficência, a não maleficência e a justiça estão entre os principais norteadores da tomada de decisão ética em enfermagem e no campo da saúde (BASSO-MUSSO, 2012).

Enfermeiros relataram utilizar as *bases teóricas adquiridas na formação* como outro elemento importante na sua prática. O profissional com conhecimento limitado não consegue desenvolver a autonomia, não garante o respeito e a confiança da equipe e não consegue transmitir confiança para o paciente que está assistido, dessa forma compromete a assistência segura e de qualidade. Os enfermeiros que trabalham em salas de emergência necessitam se manter atualizados e adquirir um maior conhecimento técnico e científico. Necessitam ter ciência, técnica e conhecimento prático para conseguirem tomar decisões concretas, transmitindo segurança ao paciente e toda a equipe (FREITAS et al., 2015). A ética profissional requer uma abordagem sistemática, que leve ao discernimento moral, bem como a decisões bem-sucedidas, o que também fornece um quadro apropriado para adotar decisões éticas, garantindo que elas sejam levadas em consideração, ao esclarecer direitos e responsabilidades e assegurando que as decisões importantes para os pacientes e suas famílias sejam tomadas após a devida reflexão (BASSO-MUSSO, 2012). As estratégias facilitadoras da tomada de decisão se referem às discussões e debates entre a equipe, a educação ética, o apoio de experts e a supervisão clínica (NORA et al., 2016).

Destaca-se a importância de promover nos serviços um ambiente favorável a inclusão e abordagem da temática ética, também em propostas de capacitações e treinamentos, experiência essa que foi identificada como fator positivo na melhoria da capacidade dos enfermeiros em gerenciar questões éticas no atendimento ao paciente (LAUTER et al., 2012). Por fim, recomenda-se que as discussões e reflexões sobre os processos decisórios e a deliberação ética no ambiente hospitalar alcancem as instituições formadoras para que haja investimento nesta importante competência profissional (EDUARDO et al., 2015).

Identificar os elementos que auxiliam na deliberação ética é importante e pode ser utilizado como mecanismo para evitar o distresse moral nos enfermeiros que atuam nos setores de urgência-emergência e pronto atendimento.

LIMITAÇÕES

Uma limitação do estudo foi a amostra reduzida de enfermeiros participantes, pelo fato de se restringir a dois serviços de emergência hospitalar. Destaca-se a relevância em desenvolver estudos de mesmo enfoque, principalmente que estimulem a discussão ética dentro dos serviços de atuação de enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo contribuiu para compreender um pouco mais sobre os elementos que os enfermeiros utilizam diante da demanda por deliberação ética. Os setores de emergência possuem diversas particularidades, incluindo a superlotação dos serviços, grande quantidade de pessoas, quantitativo reduzido de profissionais, estrutura física e materiais insuficientes, situações de conflito e necessidade de gerenciar os desafios da prática assistencial, por parte do enfermeiro.

A deliberação ética na maioria das vezes não é uma atividade fácil, principalmente nos setores de urgência e emergência, onde em função da sobrecarga e gravidade as decisões precisam ser tomadas de maneira rápida. Para isso, os enfermeiros precisam se empoderar de alguns elementos que fornecem estratégias e mostram diferentes caminhos a se considerar para que a tomada de decisão ocorra de maneira mais segura.

Os elementos utilizados pelos enfermeiros são complexos e embricados entre si e, mesmo que não representem com completude tais bases, indicam uma expressividade em torno da defesa dos interesses dos pacientes, das práticas acordadas junto com a equipe, da experiência profissional adquirida, das práticas estabelecidas pela instituição, da defesa dos interesses e imagem profissional e, de forma mais pontual o código de ética profissional; a intuição e subjetividade; os princípios éticos e bioéticos; e as bases teóricas adquiridas na formação.

Este estudo fornece subsídios iniciais para que os enfermeiros se apropriem criticamente destes e outros elementos que podem utilizar no processo de deliberação ética. Ainda, sugere-se que espaços sejam disponibilizados dentro das instituições para a discussão sobre questões éticas entre as equipes assistenciais, pois essas apresentam impacto direto na assistência prestada ao paciente.

REFERÊNCIAS

AVILA, L. I. et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 102-109, 2013.

BASSO-MUSSO, L. Nursing and the resolution of ethical dilemmas. **Invest Educ Enferm.** Medellin, v. 30, n. 2, p. 260-268, 2012.

BARLEM, E. L. D.; RAMOS, F. R. S. Constructing a theoretical model of moral distress. **Nurs Ethics.** London, v. 22, n. 5, p. 608-615, Aug. 2015. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com/content/early/2014/10/31/0969733014551595>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

BERGGREN, I.; BÉGAT, I.; SEVERINSSON, E. Australian clinical nurse supervisors' ethical decision-making style. **Nurs Health Sci.** Carlton, v. 4, n. 1-2, p. 15-23, mar/jun. 2002.

BUSANELLO, J. et al. Modos de produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 67, n. 3, p. 422-429, mai/jun. 2014.

COLE, C. C.; WELLARD, S.; MUMMERY, J. Problematising autonomy and advocacy in nursing. **Nursing Ethics.** London, v. 21, n. 5, p. 576-582, 2014.

COOPER, R. J. Making the case for ethical decisionmaking models. **Nurse Prescribng.** v. 10, n. 12, p. 607-611, Dez. 2012.

DALLA NORA, C. R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Bioética.** Brasília, v. 23, n. 1, p. 114-123, Abr. 2015.

DALMOLIN, G.L. et al. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers?. **Rev latinoam enferm.**, v. 22, n. 1, p. 35-42, 2014.

DAVIS, S.; SCHRADER, V.; BELCHEIR, M. J. Influencers of ethical beliefs and the impact on moral distress and conscientious objection. **Nurs Ethics**. London, v. 19, n. 6, p. 738-749, 2012.

DEODATO, S. **Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir**. Coimbra (PT): Almedina, 2014.

EDUARDO, E. A. et al. Análise de modelo de tomada de decisão de enfermeiros gerentes: uma reflexão coletiva. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 68, n. 4, p. 668-675, jul/ago. 2015.

FREITAS, R. J. M. et al. Stress of nurses in the urgency and emergency room. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 9, Suppl. 10, p. 1476-1483, Dec. 2015.

JESUS, E. S. et al. Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 44, n. 1, p.166-173, 2010.

JUNGES, J. R. et al. Validation of the comprehensiveness of an instrument on ethical problems in primary care. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 148-156, Mar. 2014.

LAUTER, C. et al. Ethical difficulties in nursing, educational needs and attitudes about using ethics resources. **Nursing Ethics**. London, v. 20, n. 3, p. 348-358, 2012.

NORA, C. R. D. et al. Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. e4500014, 2016.

RAMOS, F. R. S. et al. Ethical conflicts and the process of reflection in undergraduate nursing students in Brazil. **Nurs Ethics**. London, v. 22, n. 4, p. 428-439, Jun. 2015.

RAMOS, F. R. S. et al. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. e4460015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200328>. Acesso em: 25 jan. 2017.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al . Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2560014, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2017.

TOMBERG, J. O. et al. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Pronto Socorro: caracterização dos atendimentos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 80-87, 2013.

TOREN, O.; Wagner, N. Applying an ethical decisionmaking tool to a nurse management dilemma. **Nurs Ethics**. London, v. 17, n. 3, p. 393-402, 2010.

TROMBETTA, A. P.; RAMOS, F. R. S.; BRITO, M. J. M. O ensino a distância e a prática profissional: temáticas de interesse dos enfermeiros da rede de urgência e emergência. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 66-80, maio/ago. 2017.

WOLF, Lisa A. et al. “It’sa burden you carry”: describing moral distress in emergency nursing. **JEN**, East Lansing, v. 42, n. 1, p. 37-46, 2016.

ZOBOLI, E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Rev Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 389-396, 2013.

6.4 MANUSCRITO 4 - ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO DISTRESSE MORAL EM ENFERMEIROS QUE ATUAM EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA: DESAFIO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Resumo: Objetivo - Analisar as estratégias de enfrentamento do distresse moral em enfermeiros que atuam em unidades de emergência.

Método - Estudo de natureza qualitativa, realizada através de entrevistas semi estruturadas com 21 enfermeiros de duas emergências públicas de Santa Catarina no período de novembro de 2016 a março de 2017. **Resultados** – Como estratégias para enfrentamento do distresse moral foram identificadas: estratégias no trabalho em si; estratégias na comunicação; estratégias de relacionamento; estratégias externas ao trabalho, que se referem ao trabalho em equipe, reavaliação da dinâmica de trabalho, conhecimento específico na área, comunicação adequada, bom relacionamento entre equipe e atividades de lazer que minimizem o estresse e promovam qualidade de vida para os profissionais. **Conclusão**

- Os achados contribuem como subsídios para que profissionais possam minimizar o sofrimento e lidar com situações de conflito durante a prática assistencial, mas não chegam a representar intervenções planejadas sobre as causas do distresse moral.

Descritores: Enfermagem; Emergência; Moral; Ética em Enfermagem; Estratégias de Enfrentamento.

INTRODUÇÃO

O hospital de maneira geral sugere ambientes insalubres e estressantes, no qual o profissional está constantemente exposto a riscos de acidentes, doenças de ordem física e psicológicas (SANTOS et al., 2017a). Apesar dos avanços na implementação de políticas de descentralização do atendimento às urgências/emergências, os serviços hospitalares continuam sendo os locais de maior procura por atendimentos emergenciais e continuam sendo importantes portas de entrada do Sistema de Saúde (SANTOS et al., 2013).

As emergências dos hospitais devem propiciar resposta rápida e eficiente para a população que procura atendimento. Contudo, serviços de emergência possuem estressores que interferem na dinâmica de trabalho do enfermeiro, como o número reduzido de funcionários da equipe de enfermagem, a sobrecarga de trabalho, a necessidade de realizar tarefas rápidas e urgentes em tempo reduzido, a indefinição do

papel do profissional, a falta de respaldo institucional e de chefias, o descontentamento com o trabalho, a falta de comunicação, a ineficácia da assistência prestada ao paciente e familiares (CAMPOS et al., 2015; SAKAI et al., 2016; SANTOS et al., 2017b). .

Aliado aos aspectos mencionados, a complexidade e singularidade do trabalho em saúde, marcada por inovações nos modelos de gestão, pelo crescente desenvolvimento tecnológico, pela tensão financeira e pela ampliação da carga de trabalho podem acarretar um importante aumento da demanda ética nos serviços. Cada vez mais o enfermeiro vivencia os desafios éticos de sua prática na busca pela prestação de cuidados de qualidade, o que pode culminar com o distresse moral ou sofrimento moral. Tal conceito é descrito na literatura como um problema ético que afeta os enfermeiros ameaçando sua integridade e a qualidade da assistência prestada ao paciente (JOHNSTONE; HUTCHINSON, 2015).

Quando o enfermeiro se depara seguidamente com situações como as mencionadas, consegue identificar o problema, porém por motivos diversos é impedido de tomar a decisão correta, podendo vivenciar o distresse moral. Este sofrimento é responsável pelo descontentamento do profissional em continuar atuando na área, motivando, em muitos casos, o abandono da profissão. Estudo com enfoque no distresse moral de enfermeiros na área de emergência infere que esse pode assumir a forma de desespero moral evidenciada pela perda total de esperança, acompanhada de apatia. O profissional pode, assim, sentir-se angustiado por medo de retaliação ou de perda do emprego (WOLF, 2016).

O distresse moral é entendido como a experiência em que o enfermeiro sabe qual ação moralmente correta deveria tomar, porém devido a problemas institucionais ou de relação é impedido de atuar de acordo com seus conhecimentos, podendo realizar ações moralmente inadequadas e dessa forma, entrando em sofrimento (JAMETON, 1993; BULHOSA, 2006; BARLEM; RAMOS, 2015). Assim, a angústia moral pode não ser apenas a luta interna de uma enfermeira individual, mas o conflito entre enfermeiros e as restrições do meio ambiente em que eles desenvolvem o cuidado (JOHNSTONE; HUTCHINSON, 2015).

Estudos que examinam a temática entre enfermeiros de emergência, apontam que algumas das situações que predominam como causadoras de distresse moral são as preocupações em trabalhar com médicos clínicos que não eram competentes e forneciam cuidados fúteis aos pacientes. Ainda, a experiência de distresse moral apresenta relação

direta com a incapacidade de cumprir sua obrigação moral em fornecer cuidados de saúde seguros e eficazes ao paciente (FERNANDEZ-PARSONS; RODRIGUES; GOYAL, 2013). A causa do distresse moral no grupo de enfermeiros de emergência está relacionada à incapacidade de cumprir as obrigações assistenciais relacionadas a questões sociais, à falta de suporte estrutural da unidade, a percepção de uma inadequada integração entre a administração e os profissionais que cuidam e, por fim, conflito de papéis entre o que eles percebem na prática e como realmente acontece o atendimento de enfermagem (WOLF, 2016).

Tendo em vista as considerações apresentadas, o presente artigo tem como objetivo analisar as estratégias de enfrentamento do distresse moral em enfermeiros que atuam em unidades de emergência.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo exploratório descritivo desenvolvido na emergência do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) e Hospital Regional de São José (HRSJ).

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2016 a março de 2017, por meio de entrevistas individuais, orientadas por roteiro de entrevista semiestruturado. A escolha dos participantes se deu de maneira intencional e por conveniência, tendo como critério de exclusão profissionais que estivessem afastados do trabalho por férias, licenças e atestados e que atuassem no setor por um período inferior a 6 meses.

O convite para a participação ocorreu diretamente no setor, totalizando 21 enfermeiros participantes, sendo 13 do HRSJ e 08 do ICSC. No momento que antecedeu a entrevista, houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes que também tiveram as dúvidas esclarecidas. Após, foi dada sequência as entrevistas que foram guiadas por cartões que traziam situações passíveis de distresse moral para os enfermeiros e à medida que os entrevistados concordavam, relatavam sobre a prática, bem como as estratégias que utilizavam para enfrentar essas situações. A coleta foi realizada pelo próprio pesquisador e as entrevistas tiveram um tempo aproximado de 30 minutos.

Todas as entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas na íntegra para posterior análise dos dados. Os depoimentos foram representados pela letra “E” de enfermeiro, seguida de número sequencial que corresponde à posição do entrevistado.

Para a organização dos dados foi utilizado como instrumento o software Atlas.ti versão 7.0, com posterior categorização e análise reflexiva e interpretativa dos dados com base no artigo metodológico do distresse moral (Ramos et al, 2016).

Estudo faz parte do macroprojeto “O processo de angústia/distresse moral em enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde”, em parceria da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC com a Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG e a Escola de Enfermagem da FURG. Foram respeitadas as recomendações da Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Apresenta aprovação dos três comitês de ética em pesquisa, com pareceres respectivamente UFSC 602.598-0 de 10/02/2014; UFMG 602.603-0 de 31/01/2014; e Universidade Federal de Rio Grande - FURG 511.634 de 17/01/2014.

RESULTADOS

A análise dos dados permitiu a construção de quatro categorias que representaram as principais estratégias utilizadas pelos enfermeiros para evitar ou reagir ao distresse, quais sejam, estratégias no trabalho em si; estratégias na comunicação; estratégias de sustentação; estratégias externas ao trabalho. As três primeiras se referem ao trabalho, no que concerne à sua organização, às vivências e às relações estabelecidas no cotidiano e aos elementos fundamentais para sua realização. Para destacar estes elementos é que são distintamente apresentadas tais estratégias.

Estratégias no Trabalho em si são aquelas que dizem respeito à forma de atuar em equipe, de enfrentar os desafios cotidianos e de adquirir domínio técnico sobre suas circunstâncias, tornando-se ativo e reconhecido integrante do corpo profissional específico. O pressuposto básico é que enfrentar as circunstâncias e desafios cotidianos, com base em conhecimento e compromisso, promove vínculos profissionais e capacidades para trabalhar em conjunto. Os achados encontram-se sintetizados no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3 - Síntese dos achados da categoria Estratégias no Trabalho em si.

<p>Manter o trabalho em equipe, promovendo a atuação multiprofissional, ajudando aos colegas nas rotinas e procedimentos privativos da categoria, sendo parceiro dos funcionários, principalmente</p>
--

na ocorrência de desfalques na equipe.

“Se você tiver uma percepção geral do que está acontecendo, e geralmente o enfermeiro tem essa percepção. Porque você está conversando com todos os profissionais [...]. É aquela história: uma andorinha só não faz verão. Então é por isso que eu fico calma”. E3

“A gente tem que se unir, se acolher quando acontece essa situação de se sentir mal porque o paciente está internado no corredor [...] ou porque tem pouca gente para trabalhar e tem muito -serviço. [...] O mais importante de tudo é o exemplo. E eu não tenho essa dificuldade no fazer, preparar uma medicação no leito, sondar um paciente e ter que ficar esperando eles trazerem as coisas pra mim, eu já vou montando a mesa [...] a gente acaba recebendo esse respeito e reconhecimento quando pega junto”. E9

“Vamos ver o que a gente vai fazer. Tragam ideias também, porque não adianta trazer só crítica, e assim a gente vai se moldando”. E19

“No caso da superlotação eu tento orientar toda a equipe e a gente acaba abrindo mão de certos cuidados, certas rotinas para atender todo mundo de uma maneira geral, incompleta, mas geral. Não conseguimos resolver tudo porque as dificuldades, na maioria das vezes, estão extra-setor, extra-pessoal”. E16

Rever o processo de trabalho diariamente, considerando a variabilidade da livre demanda e a flexibilidade exigida para responder às rotinas intensivas com alto grau de imprevisibilidade.

“Eu tiro medicação, eu passo medicação, eu ajudo no banho, eu faço sinais vitais, e eu chego em casa morta. Mas eu não tenho de onde tirar mais ninguém [...]. Quando eu me deparo com a situação eu tento redirecionar. Eu cubro as áreas mais críticas e ajudo fora, é a forma que eu acho” E18

“Eu gostaria muito de manter a emergência organizada sem fluxo, sem essa demanda reprimida que a gente tem aqui embaixo., Só que eu não tenho, eu não tenho leito no andar, eu não sou porta fechada. [...]. Então o que eu procuro é ver o que está acontecendo agora para resolver agora [...] A longo prazo eu tenho vários pedidos, eu acredito que um dia vai vir funcionário... então eu tento matar um leão por dia.” E19

“Às vezes eu tenho dois funcionários em uma sala, às vezes eu

tenho um, então vai ter que pensar em algo, reestruturar, repensar o processo de trabalho para poder adaptar-se àquela realidade que eu tenho naquele momento.” E4

“Eu estava sozinha sem a minha colega; eu parei, respirei fundo (risos) e pensei: “bom, semi e reanimação agora está sendo prioridade, superlotados. Tenho sete, então eu divido” [...], e eu trabalho junto com eles. Infelizmente eu faço a minha parte e ainda faço a deles.” E17

Possuir conhecimento específico na área e ter vivência auxilia no desenvolvimento das práticas assistenciais e minimiza o distresse.

“A gente tenta estudar, -adquirir um conhecimento naquilo que a gente trabalha dia a dia para ter uma maior segurança, para saber como vão se desenrolar determinadas situações e para você ter como intervir.” E14

“O Enfermeiro tem que estar apoiado no estudo. Quanto mais o enfermeiro estudar, mas a gente se valoriza e o valor acaba incentivando. Eu sempre estou querendo me capacitar, estudar e me manter um pouco fora da minha realidade, é isso.” E15

Contar com o comprometimento do profissional com o serviço favorece o alcance dos objetivos assistenciais.

“É saber ter esse equilíbrio do que é possível e está ao teu alcance e do que é melhor para o paciente. É dar o melhor de mim dentro dos meus limites aqui dentro, e sabendo que vai ter continuidade depois, e enfim, ignorar mesmo os problemas. Essa é a minha estratégia. E7

“Eu tento me comprometer ao máximo com o serviço e tento também conscientizar as pessoas que a gente pode [...]. De tentar ajudar os profissionais que estão comigo eu consigo trazer eles para junto de mim e fazer um serviço que eu acho melhor [...] A minha estratégia é essa, de correr atrás e buscar as coisas”. E2

“Trabalha sossegado porque tu sabes que você tá fazendo o que você pode. Trabalha fazendo o que tu podes e tentando ser o mais resolutiva possível em questão de organização, facilitando também o trabalho de outras pessoas, não trabalhar sozinho, porque você também pode ajudar o trabalho do teu colega”. E3

As Estratégias na Comunicação representam um aprofundamento da categoria anterior, mas destaca o **diálogo** como estratégia específica, tanto na forma de reforçar e fomentar o trabalho em equipe, efetivando os necessários ajustes no trabalho cotidiano,

assim como no funcionando em um nível mais subjetivo, até mesmo como compensação, alívio e retorno pessoal frente aos desgastes, ou como alternativa por vezes informal de solução de conflitos. A comunicação é a base para o trabalho coletivo e nela existe margem para o agir mais genuinamente pessoal, que escapa à técnica e ao protocolo e se dirige para o diálogo.

Quadro 4 - Síntese dos achados da categoria Estratégias de Comunicação

<p>Dialogar como forma de alívio e desabafo, entre colegas da equipe de trabalho e, até com usuários</p>
<p><i>“Ajuda quando estou muito estressado e o que eu não converso em casa eu acabo conversando com outras pessoas que da área da saúde e que vão me entender. E isso ajuda a mim e a eles. Às vezes me procuram via WhatsApp para desabafar e, de repente, trocamos piada, uma mensagem engraçada. E8</i></p> <p><i>“Uma estratégia que eu acho que a gente tem que usar, principalmente nessa questão da superlotação, é a conversa. Por exemplo, um problema que enfrentamos com os acompanhantes é a falta de entendimento em relação a permanência deles no setor. Nessa questão de não estar deixando o acompanhante por falta de estrutura. A conversa e estar explicando para eles que não é que a gente não queira, mas é que a gente não tem condições melhora bastante essa questão... Eu acho que uma estratégia muito importante é a conversa e a empatia” E4</i></p>
<p>Dialogar para resolver questões rotineiras de trabalho, na forma de ajustar condutas e atividades dos profissionais durante as atividades desenvolvidas no plantão.</p>
<p><i>“O profissional é chamado para conversar, tentar ver o que está acontecendo, por que ele não está fazendo dessa forma. Porque o pior é a gente explodir como uma vez me aconteceu”. E9</i></p> <p><i>“A gente tenta conversar, mas também comunica a chefia para tentar fazer alguma coisa para melhorar, para tentar acertar tudo isso. Eu particularmente luto para que isso não interfira. Muita gente não consegue e acaba pegando atestado. Por isso é que tem muito atestado por depressão, mas eu luto para que muitas coisas não interfiram na</i></p>

qualidade do serviço e utilizo a conversa como estratégia”.
E10

As **Estratégias de sustentação** remetem à necessidade de encontrar, no trabalho, sentido e condições de resistência, mesmo em situações de adversidade. O conteúdo subjetivo se dirige para elementos como a empatia, as boas relações pessoais ou o bom clima de trabalho, para gostar e acreditar no que se faz, mantendo uma base de confiança e otimismo. O pressuposto básico é de que o profissional necessita de sentidos subjetivos e ambientes positivos para se manter no trabalho, e estes são sustentados nas relações pessoais e na esperança.

Quadro 5 - Síntese dos achados da categoria Estratégias no Relacionamento.

Nutrir bons relacionamentos dentro da equipe é chave para manter um clima de trabalho favorável à convivência, o que requer **empatia**.

“Acredito que teria que ter um direcionamento do que eu posso fazer, eu faço. Que é manter uma boa relação com os meus colegas, tentar manter um bom clima de trabalho, é isso”. E20
“Eu me colocar no lugar daquela pessoa. Eu acho que isso me ajuda muito para eu resolver os meus problemas e enfrentar situações que são colocadas para mim aqui”. E4

Gostar do trabalho e pensar positivo são formas de se sustentar no trabalho, mantendo o otimismo e a confiança profissional, seja pela afirmação de um sentido de realização pessoal, seja pela expressão de crenças pessoais sobre dias melhores; no aqui e agora cabe manter-se firme e forte, fazer o melhor e acreditar que é possível um trabalho e uma assistência de qualidade.

“Na verdade a gente vem otimista para o plantão, a gente chega com a intenção de que hoje vai ser diferente”. E13
“Eu penso que sempre um dia vai ser melhor e faço a minha oração antes de chegar aqui. Peço para Deus que me ajude que hoje seja melhor. E venho para enfrentar o que tiver que enfrentar”. E14
“Antes de tudo eu acho que a gente tem que pensar positivo, porque se você começa a pensar em tudo que você vai encontrar, nesse corredor cheio, tem que pensar muito positivo para você não entrar no estresse e na depressão”. E19
“Primeira coisa, eu gosto muito do que eu faço e eu acho que isso é básico. Eu não consigo trabalhar em alguma coisa que eu

não gosto, então, eu não consigo ver alguém não gostando do que faz e conseguindo resolver os problemas que o local fornece. Para mim é o gosto pela profissão e se sentir importante. Quando eu me sinto importante eu brigo com as unidades que ficam no quadradinho, eu brigo com o médico que se acha muito ou se acha pouco, eu brigo com funcionário [...]”. E1

As **Estratégias externas ao trabalho** não são desenvolvidas nos ambientes hospitalares; ao contrário, são alternativas frente à necessidade de esquecer as preocupações, buscar divertimento, relacionamentos não profissionais e formas de aliviar o estresse vivenciado na prática profissional. O pressuposto básico é de que a dimensão pessoal da vida fora do trabalho é importante para a saúde mental e para o equilíbrio afetivo do profissional.

Quadro 6 - Síntese dos achados da categoria Estratégias Externas ao Trabalho.

Buscar o lazer e se desligar do trabalho para manter a saúde mental

“Sempre procurar fazer um hobby ou um momento de lazer para não enlouquecer”. E15

“E aí como eu moro longe do hospital eu tenho que deixar tudo na estrada, vou deixando tudo na estrada” E8

“Fora daqui eu tento fazer alguma atividade física, ir para praia, caminhar, respirar, ter contato com as minhas amizades, esquecer o ambiente de trabalho. Fazer atividade física é uma das melhores coisas pra gente preparar a nossa mente para trabalhar bem. Porque você saiu, você esqueceu disso, relaxou na tua vida normal e vem trabalhar mais tranquila e relaxada” E3

“Acho que a gente não tem que levar o que acontece aqui, o estresse daqui pra fora, eu procuro me desestressar em uma atividade física ou alguma coisa assim três vezes por semana e eu acho que por causa disso eu não explodi, que eu não entrei em Burnout, sei lá”. E16

“Eu tento assistir filmes de terror e beber vinho fora daqui, isso me acalma”. E11

DISCUSSÃO

Os Serviços de Urgência, estão inseridos politicamente e estruturalmente no Sistema Único de Saúde, disponibilizam à população atendimento para casos graves e que necessitam de intervenção imediata. Em um contexto de escassez de recursos, o enfermeiro atua em permanente busca por estratégias para o desenvolvimento de atividades em ambientes estressantes, superlotados e de exigências complexas (SANTOS et al., 2013), características essas identificadas facilmente nos setores de emergência.

No presente estudo, algumas estratégias relatadas pelos enfermeiros reforçam a ideia de que o distresse pode ser minimizado mediante o estabelecimento do trabalho em equipe, no qual o enfermeiro é responsável pela articulação de diferentes ações profissionais que envolvem o cuidado.

Ao líder cabe estimular a criatividade dos liderados, criar vínculos e promover discussões coletivas, permitindo a participação nos processos decisórios e no trabalho em equipe como forma a alcançar o sucesso nos atendimentos prestados (SILVA et al., 2014). Para gerenciar o cuidado, o enfermeiro desenvolve uma visão ampliada da assistência com a intenção de tornar o trabalho na emergência mais dinâmico e com isso busca realizar cuidados seguros e qualificados aos pacientes de maneira conjunta com os demais membros da equipe de enfermagem e da equipe de saúde (SANTOS et al., 2016).

O enfermeiro como figura central da equipe, deve estar preparado para rever a dinâmica de trabalho de maneira integral, de acordo com a situação que se apresenta. Ainda, em setores de alta demanda, o conhecimento na área de atuação merece destaque bem como o comprometimento profissional por auxiliarem o enfermeiro no desenvolvimento da prática, fornecendo elementos para que o profissional sintam-se seguro e confiante nas decisões a serem tomadas.

As relações entre as práticas e os saberes de profissionais são possíveis por meio do trabalho em equipe e trabalhar em equipe significa construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados por todos os profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los (SANTOS et al., 2016). O trabalho em equipe é essencial para o bom funcionamento de qualquer unidade de saúde e é um importante fator de fortalecimento para práticas seguras (OLIVEIRA et al., 2015).

O trabalho em equipe também pode favorecer a construção de consensos em relação a questões éticas nos contextos de saúde. O enfermeiro atua de maneira direta na articulação das ações profissionais para a gerência do cuidado e também requer o gerenciamento dos conflitos e das relações interpessoais inerentes ao trabalho em saúde e enfermagem (SANTOS et al., 2016). Durante a realização das atividades, os enfermeiros e outros profissionais de saúde se deparam com decisões que apresentam implicações éticas. A tomada de decisões exige que os profissionais de saúde lidem com situações relacionadas sobre o que é melhor para o paciente, para a família e para a comunidade. Geralmente essa tomada de decisão ocorre em contextos complexos e conflitantes envolvendo aspectos pessoais, profissionais, organizacionais e de valores (MUSTO; RODNEY, 2014).

É importante que os membros da equipe de saúde compreendam que o desacordo sobre questões éticas nos contextos de saúde e a discordância dos pontos de vista predominantes não são apenas inevitáveis, mas devem ser incentivados como meio de "qualidade" assegurando "as decisões éticas que são feitas e os processos para fazê-los. Além disso, é importante para compreender que os desentendimentos na prática não precisam ser a causa de conflitos e angústias (JOHNSTONE; HUTCHINSON, 2015), mas como forma de aprimoramento da qualidade da assistência, servindo de apoio para os profissionais também como importante estratégia para evitar o distresse.

Outra estratégia fundamental para a implementação da assistência e da relação em equipe de trabalho é a "*comunicação*", que quando realizada de maneira efetiva estimula a relação de trabalho e maximiza a assistência a ser desenvolvida ao paciente. O desenvolvimento de estratégias que ocasionem a melhoria da comunicação é fundamental para o aumento da qualidade dos cuidados, onde uma comunicação eficiente e precisa para cuidados de saúde está fortemente ligada à satisfação no trabalho da equipe de saúde. Além disso, a comunicação adequada é fundamental para manter um ambiente hospitalar seguro com cuidados de qualidade para o paciente (GAUSVIK et al., 2015).

A forma como se desenvolve a comunicação na equipe, as características de seus elementos e as estratégias utilizadas para sua efetivação permitem pensar nas implicações que uma boa comunicação pode trazer para o cuidado de enfermagem, devido ao fato de quando a equipe identifica os problemas do processo, busca superá-los e valorizam a sua otimização (BROCA; FERREIRA, 2015).

Vivências prévias no cotidiano profissional indicam que a comunicação ineficaz repercute em cuidado inseguro, sendo um fator contributivo para desfechos desfavoráveis. Ao refletir sobre comunicação no trabalho de equipes interdisciplinares, identificou-se que programas de treinamentos de habilidades de comunicação, simulações práticas e maneiras padronizadas para apresentar informações do paciente constituem de forma efetiva para transpor barreiras à comunicação ineficaz (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Dessa forma é preciso que o enfermeiro faça bom uso dos elementos que compõem o processo de comunicação, sabendo ouvir o outro, mantendo-se informado, buscando autoconfiança, identificando o momento correto de iniciar a comunicação, evitando interromper ou modificar a informação, praticando a cooperação e utilizando-se corretamente de anotações, da clareza e do tom das palavras, concomitantemente com os canais da visão e da audição (BROCA; FERREIRA, 2015).

Por fim, o diálogo entre as equipes é identificado não somente quando relacionado à prática assistencial. Vale destacar que relações amistosas e descontraídas com diálogos e assuntos para além do contexto hospitalar também são comuns entre enfermeiros, médicos e equipe de enfermagem (SANTOS et al., 2016) e também foram citados como importante estratégia para evitar o distresse moral entre os enfermeiros. As discussões multidisciplinares estimulam a troca de informações em um ambiente de apoio e estímulo à comunicação e promovem o desenvolvimento das relações melhorando o desempenho dos processos de trabalho interdependentes (HARTGERINK et al., 2014).

A emergência é um setor no qual a comunicação é imperativa, pois sua falta pode acarretar graves consequências. A má comunicação é uma das principais causas que levam a ocorrência de erros e de resultados ineficazes como erros de medicação, atrasos no tratamento e óbitos de maneira inadvertida. Ambientes onde o trabalho de equipe ocorre de maneira forte e consistente e com esforços colaborativos exibem maiores índices de satisfação no trabalho e percepção geral de um atendimento melhor e de qualidade para o paciente (BRAND et al., 2015).

Além do diálogo, relações de cooperação entre os profissionais podem favorecer o desenvolvimento de uma prática menos conflitante entre a equipe. Manter um bom relacionamento entre os membros, aliado a prática com empatia e otimismo pode estimular um ambiente de

trabalho menos estressante. Um ambiente de trabalho saudável acontece por meio da colaboração, comunicação e responsabilidade dentre os membros da equipe de especialistas e a tomada de decisão deve ocorrer de maneira compartilhada e com reconhecimento e contribuições de outros profissionais (RITTER, 2011). A construção e manutenção de boas relações interpessoais com os colegas de trabalho é importante estratégia para a efetivação do trabalho em equipe no serviço de emergência (SANTOS et al., 2016).

Trabalhar satisfeito com as condições que possui e em um ambiente saudável é um grande desafio para grande parte dos profissionais de enfermagem. Algumas das condições de satisfação no trabalho de enfermagem na área hospitalar incluem oportunidades de promoção e autopromoção, treinamento profissional, remuneração, interações e relações com colegas de trabalho, gestores e pacientes, aumento da autonomia, percepção de segurança no trabalho e a presença de recompensas, como louvor e encorajamento (LU et al., 2012). Vale destacar que as relações de cooperação no trabalho em equipe são fundamentais, uma vez que os participantes reconhecem a existência de uma relação de dependência entre as ações dos profissionais que são realizadas no serviço de emergência. Em função da superlotação, por exemplo, os enfermeiros consideram que o estabelecimento de parcerias com os técnicos de enfermagem é fundamental para que eles estejam cientes do estado de saúde e demandas de cuidado dos pacientes (SANTOS et al., 2016).

Uma jornada excessiva de trabalho, aliada ao trabalho em uma unidade de grande demanda como o setor de emergência gera no profissional um alto nível de estresse, desgaste emocional e influencia de maneira direta na qualidade de vida dos profissionais. Com base nessa afirmação, uma importante estratégia utilizada pelos enfermeiros entrevistados foi à realização de atividades de lazer extra-hospitalares para aliviar o distresse e melhorar a qualidade de vida, apresentando-se principalmente através da realização de alguma atividade física e outra atividade que reduza o estresse diário destes profissionais.

Ressalta-se a importância do cuidado de si que promove além da melhoria da qualidade de vida, benefícios por meio dos cuidados prestados aos outros, ofertando um serviço de qualidade e humanizado. O autocuidado engloba questões relacionadas a nutrição, a atividade física, a recreação e a comportamento preventivo com o objetivo de adotar um estilo de vida saudável. Além disso, momentos de lazer na vida devem ser frequentes, pois os profissionais garantem sentir

melhoria nas atividades do trabalho e nas demais atividades rotineiras, recomendando, assim, que as atividades de lazer se façam presentes no cotidiano de todos os profissionais que prestam cuidados (TARGINO et al., 2013). Logo, atividades de lazer e o cuidar de si é um fator positivo para o relacionamento interpessoal para os profissionais de enfermagem os quais lidam com uma grande e variada equipe de profissionais. Além disso, o descuido de si pode gerar agravos à saúde física e psíquica dos profissionais de enfermagem, levando ao afastamento do trabalho, além de ter potencial para prejudicar a qualidade da assistência (FERREIRA et al., 2015).

CONCLUSÃO

Este estudo contribuiu para analisar as estratégias que os enfermeiros utilizam para evitar o distresse moral em setores de emergência. As estratégias destacadas pelos enfermeiros foram o trabalho em equipe, reavaliação constante da dinâmica de trabalho, conhecimento específico na área, diálogo e comunicação adequada, bom relacionamento entre equipe e atividades de lazer que minimizem o estresse e promovam qualidade de vida para os profissionais.

Este estudo fornece subsídios para que os enfermeiros de área em questão consigam minimizar o distresse e lidar com situações de conflito que certamente se deparam durante a prática assistencial.

Destaca-se a relevância em desenvolver estudos de mesmo enfoque, porém com maior número de participantes e em outros cenários a fim de obter uma visão ampliada da problemática em questão.

LIMITAÇÕES

Os entrevistados não apresentaram intervenções planejadas sobre as causas específicas do distresse moral ou uma abordagem coletiva a respeito do problema. Foi possível identificar estratégias gerais que permeiam a atividade prática dos enfermeiros, independente do setor no qual atuem.

REFERÊNCIAS

BRAND, E. D. et al. Team strategies and tools to enhance performance and patient safety training: The effect of training on both nursing staff

perceptions regarding physician behaviors and patient satisfaction scores in the ED. **Journal of Hospital Administration**. v. 4, n. 2, 2015.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Characteristics of communication process in nursing team. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 5, p. 8428-8436, 2015.

CAMPOS, M. R. et al. Morbidity and mortality associated with injuries: results of the Global Burden of Disease study in Brazil, 2008. **Cad Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 121-36, 2015.

FERNANDEZ-PARSONS, R.; RODRIGUEZ, L.; GOYAL, D. Moral distress in emergency nurses. **JEN**, East Lansing, v. 39, n. 6, p. 547-552, 2013.

FERREIRA, E. S. et al. A relevância do cuidado de si para profissionais de enfermagem/The importance of self-care for nursing professionals. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 978-992, 2015.

GAUSVIK, C. et al. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. **J Multidiscip Healthc**. v. 8, p. 33-37, 2015.

HARTGERINK, J. M. et al. The importance of multidisciplinary teamwork and team climate for relational coordination among teams delivering care to older patients. **J Adv Nurs**. Oxford, v. 70, n. 4, p. 791-799, 2014.

JOHNSTONE, M. J.; HUTCHINSON, A. 'Moral distress'—time to abandon a flawed nursing construct?. **Nursing ethics**, London, v. 22, n. 1, p. 5-14, 2015.

LU, H. et al. Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. **Int J Nurs Stud**. Oxford, v. 49, n. 8, p.1017-1038, 2012.

MUSTO, L. C.; RODNEY, P. A. Toward interventions to address moral distress: Navigating structure and agency. **Nursing Ethics**. London, v. 22, n. 1, p. 91-102, 2014.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, 2015.

OLIVEIRA, R. M. et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 49, n. 1, Feb. 2015.

RAMOS, F. R. S. et al. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. e4460015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200328>. Acesso em: 25 jan. 2017.

RITTER, D. The relationship between healthy work environments and retention of nurses in a hospital setting. **J Nurs Manag**. Oxford, v. 19, n. 1, p. 27-32, 2011.

SAKAI, A. M. et al. Feelings of nurses in the reception and risk classification evaluation in the emergency room. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 17, n. 2, 2016.

SANTOS, A. S. et al. Public and private hospital context: impact on mental illness of health workers. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 421-438, Aug. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200421&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2017.

SANTOS, J. L. G. et al. Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 18, n. 2, 2017.

_____. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 136-143, 2013.

_____. Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. **Rev gaucha enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, 2016.

SILVA, D. S. et al. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 211-9, 2014.

TARGINO, T. H. S. J. et al. Taking care of yourself to take care of the other: reflections of nursing professionals about self care. **J. res. fundam. care**. v. 5, n. 4, p. 440-448, out/dez. 2013.

WOLF, Lisa A. et al. “It’s a burden you carry”: describing moral distress in emergency nursing. **JEN**, East Lansing, v. 42, n. 1, p. 37-46, 2016.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar o Distresse Moral foi importante pelo fato da temática estar presente no cotidiano de muitos enfermeiros e, ao mesmo tempo, esta mesma razão ampliou o desafio, já que mesmo vivenciando o sofrimento, não conseguem ter uma percepção clara sobre o mesmo, suas causas e consequências.

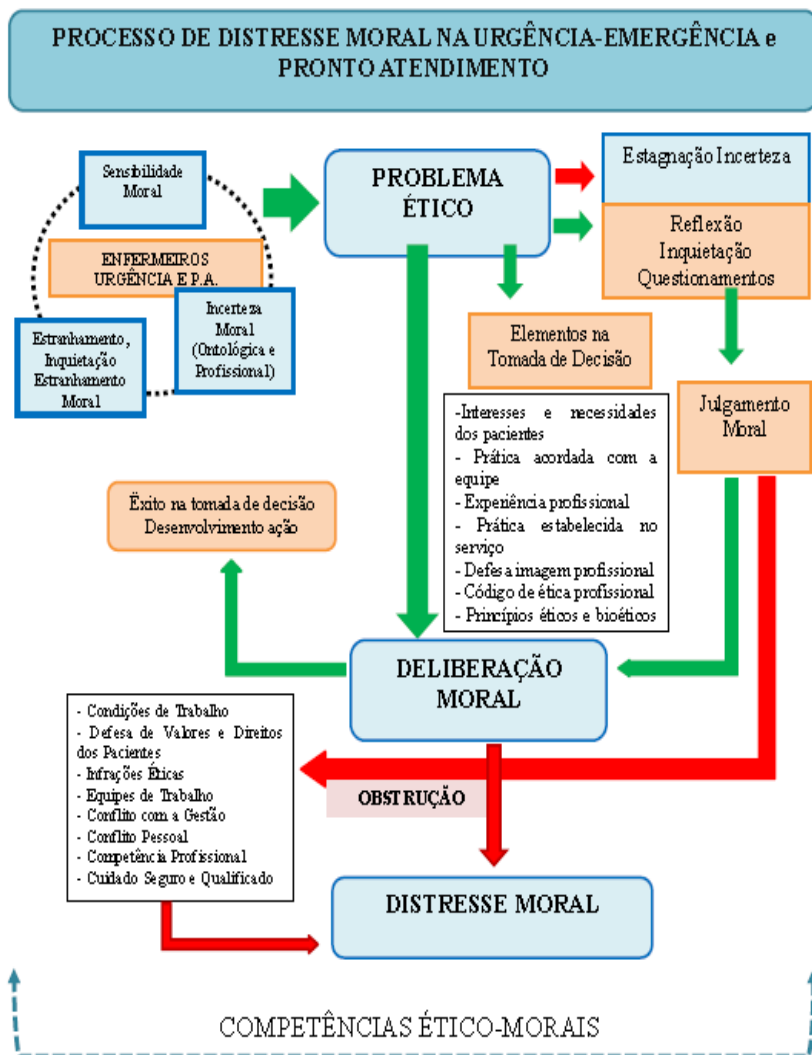
A base conceitual utilizada (Ramos et al., 2016) contempla o Marco Conceitual do Distresse Moral, apresentado em texto e figura, o qual articula conceitos como o distresse moral, a sensibilidade moral, o problema ético e a deliberação moral. O distresse moral é considerado em uma dimensão processual, não limitado ao problema ou a causa do mesmo, mas considerando as barreiras que impedem o posicionamento para resolver tal problema. O fato de não conseguir realizar a deliberação moral em todas as suas etapas, ou mesmo não alcançar o resultado esperado é gerador de distresse moral para os enfermeiros. Esse processo é influenciado por competências ético morais e participa do desenvolvimento de tais competências, em relação direta com a prática profissional.

Uma importante contribuição da tese foi o aperfeiçoamento da figura do Marco Teórico (Ramos et al., 2016), com base nos dados obtidos com os enfermeiros que atuam nos setores de urgência-emergência e pronto atendimento. O profissional diante de um problema ético pode seguir por duas vertentes, a primeira é a estagnação da incerteza, no qual não será dada continuidade à reflexão sobre o problema identificado; e a segunda é a reflexão, inquietação e questionamentos a respeito do problema moral identificado. Este caminho pode acarretar a realização do julgamento moral ou a não realização do mesmo. Diante do julgamento moral, o enfermeiro de emergência utiliza elementos que fornecem subsídios para a tomada de decisão que se baseiam: nos interesses e necessidades dos pacientes, na prática acordada com a equipe, na experiência profissional, na prática estabelecida no serviço, na defesa da imagem profissional, no código de ética profissional e nos princípios éticos e bioéticos e bases teóricas adquiridas na formação. Como mencionado, esses elementos favorecem o julgamento moral do profissional e fazem com que o mesmo consiga realizar a deliberação moral de maneira adequada, apresentando êxito na tomada de decisão.

O profissional de emergência não conseguirá finalizar o processo de maneira adequada e apresentará Distresse Moral, caso não consiga realizar o julgamento moral ou durante o processo de deliberação ele sofra uma obstrução, ao se deparar com problemas relacionados a condições de trabalho, a defesa de valores e direitos dos pacientes, a infrações éticas, a equipes de trabalho, a conflito com a gestão, a conflito pessoal, a competência profissional e ao cuidado seguro e qualificado.

A partir dessas elucidações elaborou-se uma adaptação ao modelo representativo do marco teórico, abarcando questões referentes ao contexto da urgência e emergência e pronto atendimento, conforme a figura a seguir.

Figura 4 - Adaptação do marco teórico (Ramos et al., 2016) para o setor de urgência e emergência e pronto atendimento. Florianópolis, 2017.



Além da ampliação do Marco Teórico, os resultados do estudo permitiram responder a algumas questões propostas para a defesa da tese, permitindo reflexões importantes neste âmbito, dando ênfase aos profissionais dos serviços de urgência e emergência, através da construção de 04 manuscritos: 1) Validação de uma Escala Brasileira de Distresse Moral para o cenário da urgência-emergência e pronto atendimento; 2) Identificação das principais questões de intensidade e frequência do DM, bem como as associações entre os constructos e as variáveis de perfil do instrumento de Escala Brasileira de Distresse Moral para Enfermeiros de Urgência-Emergência; 3) Identificação dos elementos que embasam a deliberação ética de enfermeiro no contexto das urgências-emergências; e 4) Conhecer e analisar as estratégias de enfrentamento do distresse moral utilizadas pelos enfermeiros que atuam em unidades de emergência.

Com base na a Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiros – EDME-Br (ou MDSN-Br, versão em inglês), foi possível a validação do instrumento especificamente para a área da urgência e emergência. Foram validadas 43 questões do instrumento original, que identificaram as principais situações geradoras de Distresse Moral nos enfermeiros agrupados nos seguintes constructos: Cuidado Seguro e Qualificado; Condições de Trabalho; Defesa de Valores e Direitos; Infrações éticas; Equipes de Trabalho; Conflitos com a Gestão; Conflito de Valores e Competência Profissional. A grande contribuição desta validação é possibilitar a existência de um instrumento para a área específica de urgência-emergência e pronto atendimento, importante para a identificação do distresse moral e favorecendo as discussões a respeito da temática em tal cenário.

No segundo manuscrito, destacam-se as cinco causas geradoras de maior intensidade de DM, relacionadas à omissão por parte do médico (constructo infrações éticas); sobrecarga de trabalho e quantitativo reduzido de profissionais (constructo equipes de trabalho); sentir-se ofendido ou pressionado pelo usuário por situação sobre a qual não pode intervir (constructo conflito pessoal). Já a maior frequência de DM se mostrou relacionada ao constructo cuidado seguro e qualificado, em situação de reconhecimento de ações educativas com o usuário serem insuficientes. Essas situações promovem uma reflexão em relação ao processo de cuidado prestado aos pacientes que procuram o serviço, bem como as possíveis consequências que podem acarretar para o profissional e na assistência prestada por ele. Em relação às associações identificadas entre as variáveis do instrumento e constructos, destaca-se

o tempo de formação dos enfermeiros, no qual enfermeiros com menor tempo de formação apresentaram maior DM, com destaque para situações relacionadas à falta de apoio da gestão nas decisões tomadas na prática e a preocupação em relação ao cuidado seguro e qualificado prestado ao paciente. Outro destaque é a variável tempo de atuação que apresentou associação com o constructo infrações éticas, no qual enfermeiros com tempo de atuação entre 06 a 15 anos, vivenciam níveis maiores de DM.

O terceiro manuscrito trouxe como importante contribuição a identificação de elementos na tomada de decisão ética e que apresentam relação com a defesa dos interesses e necessidades dos pacientes; prática acordada junto a equipe; experiência profissional adquirida; prática estabelecida no serviço e na instituição; defesa dos interesses e imagem profissional e utilização do código de ética profissional, princípios éticos e bioéticos e bases teóricas adquiridas na formação. A deliberação moral é um processo complexo e a identificação desses elementos mostram subsídios para uma melhor compreensão dos elementos utilizados por esses profissionais.

O último manuscrito mostra os limites em identificar com profundidade as estratégias de enfrentamento do distresse moral utilizadas pelos enfermeiros, em função da dificuldade dos profissionais em falar a respeito da temática. Foi possível a identificação de estratégias no trabalho em si; relacionadas à comunicação, relacionamento e atividades externas ao trabalho, porém não apresentaram intervenções planejadas sobre as causas do distresse moral ou uma abordagem coletiva e consciente do problema.

Por fim, estudar a temática do distresse moral aumentou a minha percepção enquanto enfermeira sobre a temática e possibilitou algumas discussões juntamente com meus colegas enfermeiros em relação a situações que vivenciamos e que nos causam sofrimento. Durante a rotina assistencial não possuímos um espaço institucional para que tais discussões aconteçam. Acredito que o fato de sensibilizar alguns colegas da prática em relação à importância de conversar sobre a temática e principalmente sobre refletir para que algo de melhor possa ser ofertado aos pacientes que buscam o serviço de emergência, também foi uma grande contribuição desta tese.

Do reconhecimento da lacuna a ser enfrentada deixo como sugestão o estímulo a discussão sobre a temática dentro das instituições hospitalares, bem como a criação de espaços para que os enfermeiros possam conversar sobre as dificuldades que vivenciam, promovendo o

diálogo aberto e mobilizador de competências éticas que, conforme o próprio estudo expressou, se modificam na e pela experiência de trabalho. Além disso, há a necessidade do aprofundamento de pesquisas relacionadas à temática do distresse moral na área da urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

ADRIAENSSENS, J.; DE GUCHT, V.; MAES, S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. **J Nurs Manag.** Oxford, v. 12, Dec. 2013.

ARAGÃO, O. C. et al. Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 17, n. 2, p. 66-74, 2016.

AUSTIN, W.; BERGUM, V.; GOLDBERG, L. Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. **Nursing Inquiry**, Carlton, v. 10, n. 3, p. 177-183, 2003.

AVILA, L. I. et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 102-109, 2013.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006.

BACKES, D.S.; SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, 319-326, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6490>>. Acesso em: 18 abr. 2015.

BARBOSA, K. P. et al. Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 70-76, out./dez. 2009.

BARCLAY, L. In sickness and in dignity: A philosophical account of the meaning of dignity in health care. **Int J Nurs Stud**, Oxford, v. 61, p. 136-141, 2016.

BARLEM, E. L. D. **Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem**: uma visão Foucaultiana. Tese (Doutorado em

Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

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

BARLEM, E. L. D. et al. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 506-510, 2013.

BARLEM, E. L. D.; RAMOS, F. R. S. Constructing a theoretical model of moral distress. **Nurs Ethics**. London, v. 22, n. 5, p. 608-615, Aug. 2015. Disponível em: <<http://nej.sagepub.com/content/early/2014/10/31/0969733014551595>>. Acesso em: 27 jun. 2015.

BARTH, P. O. **Distresse moral em enfermeiras da atenção básica brasileira**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2016.

BASSO-MUSSO, L. Nursing and the resolution of ethical dilemmas. **Invest Educ Enferm**. Medellin, v. 30, n. 2, p. 260-268, 2012.

BATTISTELLI, A. et al. Perceived organisational support, organisational commitment and self-competence among nurses: a study in two Italian hospitals. **J nurs manag**, v. 24, n. 1, 2016.

BERGGREN, I.; BÉGAT, I.; SEVERINSSON, E. Australian clinical nurse supervisors' ethical decision-making style. **Nurs Health Sci**. Carlton, v. 4, n. 1-2, p. 15-23, mar/jun. 2002.

BOROWSKE, D. Straddling the fence: ICU nurses advocating for hospice care. **Critical care nursing clinics of North America**, Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 105-116, 2012.

BRAND, E. D. et al. Team strategies and tools to enhance performance and patient safety training: The effect of training on both nursing staff

perceptions regarding physician behaviors and patient satisfaction scores in the ED. **Journal of Hospital Administration**. v. 4, n. 2, 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil:

promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 15/09/2013.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** [internet].

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>.

Acesso em: 20/09/2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 27 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Portaria nº 1.600, de 07 de Julho de 2011.** Reformula a

Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 24 set. 2015.

_____. **Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011.** Estabelece

diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em:

<http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html>. Acesso em: 02 out. 2015.

_____. **Resolução MS/CNS/CNEP nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Characteristics of communication process in nursing team. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 5, p. 8428-8436, 2015.

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

BURSTON, A. S.; TUCKETT, A. G. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. **Nursing Ethics**, London, v. 20, n. 3, p. 312-324, 2013.

BUSANELLO, J. et al. Modos de produção de subjetividade do enfermeiro para a tomada de decisões. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 67, n. 3, p. 422-429, mai/jun. 2014.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES/DATASUS). **Consulta por CBO de Enfermeiros**, 2017b. Disponível em:
<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp>. Acesso em: 18 abr. 2017.

_____. **Consulta por tipos de estabelecimento**, 2017c. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00>. Acesso em: 18 abr. 2017.

_____. **Estabelecimentos Cadastrados CNES, 2017a.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/aturgbr.def.>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Professional competence: the building of concepts and strategies developed by health services and implications for nursing. **Text Context Nursing**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 552-560, Abr/Jun, 2013. Disponível em:

<[http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(11\)00341-8/fulltext](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(11)00341-8/fulltext)>. Acesso em: 13 Ago. 2017.

CAMELO, S. H. H. et al. Enfermeiros gerentes: formação profissional e desafios. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. e11637, 2016.

CAMPOS, M. R. et al. Morbidity and mortality associated with injuries: results of the Global Burden of Disease study in Brazil, 2008. **Cad Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 121-36, 2015.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho e, equipe e reuniões multiprofissionais de Saúde: uma construção a espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p.85-112, 2011.

CARDOSO, C. M. L. et al. Sofrimento Moral na Estratégia de Saúde da Família: vivências desveladas no cotidiano. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n.esp, p.89-95, 2016.

CASAROLLI, A. C. G. et al. Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no Pronto-Socorro de um hospital público. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 278-285, 2015.

CARLÉN, P.; BENGTTSSON, A. Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. **Int J Mental Health Nurs**, Carlton, v. 16, n. 4, p. 257-265, 2007.

CAVINDER, C. The relationship between providing neonatal palliative care and nurses' moral distress: An integrative review. **Adv Neonatal Care**, Philadelphia, v. 14, n. 5, p. 322-328, 2014.

COLE, C. C.; WELLARD, S.; MUMMERY, J. Problematizing autonomy and advocacy in nursing. **Nursing Ethics**. London, v. 21, n. 5, p. 576-582, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Número de Enfermeiros Cadastrados no Conselho, 2017**. Disponível em:

<<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

_____. **Resolução nº 311 de 2008. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 13 Ago. 2017.

COOPER, R. J. Making the case for ethical decisionmaking models. **Nurse Prescribing**, v. 10, n. 12, p. 607-611, Dez. 2012.

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

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

CORTEZ, E.A. et al. Iatrogenia in care os nursing: ethical implications and criminal. **Rev. Pesqui. cuid fundam**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 74-84, mai/ago. 2009.

CRESWEEL, J. W. CLARK, VP. **Pesquisa de métodos mistos: série métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Penso Editora, 2015.

CRONQVIST, A. et al. Caring about-caring for: Moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. **Nursing ethics**, London, v. 11, n. 1, p. 63-76, 2004.

DALLA NORA, C. R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Bioética**. Brasília, v. 23, n. 1, p. 114-123, Abr. 2015.

DALMOLIN, G.L. et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o *burnout*. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 8, Jan/Mar. 2012.

_____. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? **Rev latinoam enferm.**, v. 22, n. 1, p. 35-42, 2014.

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

DALMOLIN, G. L.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. O Sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.35-40, jan/mar. 2009.

DAVIS, S.; SCHRADER, V.; BELCHEIR, M. J. Influencers of ethical beliefs and the impact on moral distress and conscientious objection. **Nurs Ethics**. London, v. 19, n. 6, p. 738-749, 2012.

DEODATO, S. **Decisão ética em enfermagem:** do problema aos fundamentos para o agir. Coimbra (PT): Almedina, 2014.

DEVELLIS, R. F. **Scale development:** theory and applications. 3. ed. University of North Carolina, Chapel Hill: Sage, 2012.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Rev Latinoam. Enfermagem**, v. 15, n. 5, set/out. 2007.

DUARTE, G. M.; ALVES, M. S. Trabalho em equipe/proximidade do paciente: elementos da práxis de enfermeiras na terapia intensiva. **Rev Enferm UFSM**. Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 144-151, 2014.

EDUARDO, E. A. et al. Análise de modelo de tomada de decisão de enfermeiros gerentes: uma reflexão coletiva. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 68, n. 4, p. 668-675, jul/ago. 2015.

EPSTEIN, E. G.; DELGADO, S. Understanding and Addressing Moral Distress. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**; v. 15, n. 3, p. 25-34, 2010.

FAKIH, F. T.; FREITAS, G. F.; SECOLI, S. R. Medicação: aspectos ético-legais no âmbito da enfermagem. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 62, n. 1, p. 132-135, jan/fev. 2009.

FERNANDES, R. T. P.; COELHO, M. J. Superlotação de emergências: um novo cenário para o cuidar/cuidado em enfermagem. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, São José, v. 2, n. 1, p. 19-23, 2013.

FERNANDEZ-PARSONS, R.; RODRIGUEZ, L.; GOYAL, D. Moral distress in emergency nurses. **JEN**, East Lansing, v. 39, n. 6, p. 547-552, 2013.

FERREIRA, H. M.; RAMOS, L. H. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 328-31, 2006.

FERREIRA, E. S et al. A relevância do cuidado de si para profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 978-992, 2015.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S.G. **A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach.** XII SIMPEP, Bauru, 2005.

FREITAS, R. J. M. et al. Stress of nurses in the urgency and emergency room. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 9, Suppl. 10, p. 1476-1483, Dec. 2015.

GALVÃO J. Gerência de serviço de urgência e emergência: fortalezas e fragilidades. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 6, n. 2, p. 1133-1142. 2013. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v6_2/01-gerencia-de-servicos-de-urgencia-e-emergencia-fortalezas-e-fragilidades.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2015.

GARSIDE, J. R.; NHEMACHENA, J. Z. Z. A concept analysis of competence and its transition in nursing. **Nurse Educ. Today.**, Edinburgh, v. 33, p. 541-545, 2013.

GAUDINE, A. P.; BEATON, M. R. Employed to Go Against One's Values: Nurse Managers' Accounts of Ethical Conflict With Their

Organizations. **Canadian Journal of Nursing Research Archive**, [S.l.], apr. 2016. Disponível em: <<http://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/1762>>. Acesso em: 19 set. 2017.

GAUSVIK, C. et al. Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. **J Multidiscip Healthc**. v. 8, p. 33-37, 2015.

GAYA, A. **Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa**. São Paulo: Artmed, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRACIA D. De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. **Acta Bioeth**. Santiago de Chile, v. 8, n. 1, p. 27-39, 2002.

_____. **Deliberación Moral**. El papel de las metodologías en ética clínica [material didáctico del curso]. Madrid: Universidad Complutense, 2009.

_____. **Fundamentos da Bioética**. Madrid: Editorial Triacastela, 2008.

GRAY, David E. **Pesquisa no mundo real**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2016. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=uQSpDAAAQBAJ&pg=PA188&lpg=PA188&dq=question%C3%A1rios+pela+internet+GRAY&source=bl&ots=dtY5uU5YSq&sig=qaOp_jwO9Za-ZDFreL7kqh-cmNo&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwj4eLb-rDTAhXHHJAKHV67A3gQ6AEILzAA#v=onepage&q=question%C3%A1rios%20pela%20internet%20GRAY&f=false>. Acesso em: 15 mar. 2017.

HAIR, J.F. et al. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HARTGERINK, J. M. et al. The importance of multidisciplinary teamwork and team climate for relational coordination among teams delivering care to older patients. **J Adv Nurs**. Oxford, v. 70, n. 4, p. 791-799, 2014.

HOLANDA, F. L.; MARRA, C. C.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil de competência profissional do enfermeiro em emergências. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 308-314, 2015.

HOLMSTRÖM, I.; HÖGLUND, A. T. The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. **J Clin Nurs**, Oxford, v. 16, n. 10, p. 1865-1871, 2007.

HOUGHTALING, D. L. H. Moral distress: An invisible challenge for trauma nurses. **J Trauma Nurs**, Philadelphia, v. 19, n. 4, p. 232-237, 2012.

HUANG, F. F. et al. Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity. **Nursing ethics**, London, v. 23, n. 5, p. 507-522, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo da população Brasileira**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

_____. **Expectativa de Vida dos Brasileiros, 2015**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/expectativa-de-vida-do-brasileiro-ao-nascer-e-de-755-anos-diz-ibge.ghtml>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

JAMETON, A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **AACN clin issues**, Philadelphia, v. 4, n. 4, p. 542-451, 1993.

_____. **Nursing practice: the ethical issues**. New Jersey: Prentice-Hall, 1984.

JESUS, E. S. et al. Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 44, n. 1, p.166-173, 2010.

JOHNSTONE, M. J.; HUTCHINSON, A. 'Moral distress'—time to abandon a flawed nursing construct?. **Nursing ethics**, London, v. 22, n. 1, p. 5-14, 2015.

JONES, Ashley. Moral Distress Among Nurses. **Journal of Emergency Nursing**, v. 40, n. 1, p. 4, 2014.

JUMISKO, E.; LEXELL, J.; SÖDERBERG, S. Living with moderate or severe traumatic brain injury the meaning of family members' experiences. **J Fam Nurs**, Thousand Oaks, v. 13, n. 3, p. 353-369, 2007.

JUNGES, J. R. et al. Validation of the comprehensiveness of an instrument on ethical problems in primary care. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 148-156, Mar. 2014.

KALISCH, B. J. Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care. **J Nurs Admin**. v. 39, n. 11, p. 485-493, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19898100>>. Acesso em: 06 Ago 2016.

KALISCH, B. J.; XIE, B. Errors of omission: Missed nursing care. **West J Nurs Res**, Beverly Hills, v. 36, n. 7, p. 875-890, 2014.

KIEFT, R. A. M. M. et al. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. **BMC Health Serv Res**, London, v. 14, p. 249, 2014. Doi:10.1186/1472-6963-14-249. Acesso em: 06 Ago 2016.

KIM, Y.; KANG, S.; AHN, J. Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. **Nursing ethics**, London, v. 20, n. 4, p. 470-478, 2013.

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.

LAUTER, C. et al. Ethical difficulties in nursing, educational needs and attitudes about using ethics resources. **Nursing Ethics**. London, v. 20, n. 3, p. 348-358, 2012.

LAZZARIN, M.; BIONDI, A.; DI MAURO, S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. **Nursing ethics**, London, v. 19, n. 2, p. 183-195, 2012.

LEOPARDI, M. T. Metodologia da pesquisa na saúde. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LIMA, L. S. C. et al. Subjectivity of the nursing workforce and the practice of adapting and improvising material. **Cienc Cuid Saude**. Maringá, v. 15, n. 4, p. 685-692, out/dez. 2016.

LORO, M. M. et al. Revealing risk situations in the context of nursing work At urgency and emergency services. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2016.

LU, H. et al. Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. **Int J Nurs Stud**. Oxford, v. 49, n. 8, p.1017-1038, 2012.

LUNARDI V.L. et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 599-603, 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisa; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTEZELLI, J. H. et al. Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 348-354, mar/abr. 2011.

MUSTO, L. C.; RODNEY, P. A. Toward interventions to address moral distress: Navigating structure and agency. **Nursing Ethics**. London, v. 22, n. 1, p. 91-102, 2014.

NASSAR, Silvia M., WRONSKI, Vilson R., OHIRA, Masanao et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em: <<http://sestatnet.ufsc.br>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, 2015.

NORA, C. R. D. et al. Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. e4500014, 2016.

NUMMINEN, O. et al. Practice environment and its association with professional competence and work-related factors: perception of newly graduated nurses. **Journal of nursing management**, Oxford, v. 24, n. 1, 2016.

OLIVEIRA, S. N. et al. Unidade de Pronto Atendimento–UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 238-244, jan/mar. 2015.

OLIVEIRA, R. M. et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 49, n. 1, Feb. 2015.

ÖZDEN, D.; KARAGÖZOĞLU, S.; YILDIRIM, G. Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions. **Nursing ethics**, London, v. 20, n. 4, p. 436-447, Jun. 2013. Doi: 10.1177/0969733012466002

PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DO CRESCIMENTO (PAC). **Lista de Empreendimentos**. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento>> Acesso em: 16 nov. 2015.

PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva1. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, [08 telas], maio/jun. 2013.

PAPATHANASSOGLU, E. et al. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. **Am J Crit Care**, Aliso Viejo, v. 21, n. 2, p. e41-e52, 2012.

PARK, M. et al. The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. **Nursing ethics**, London, v. 19, n. 4, p. 568-580, 2012.

PARKER, S. K. Beyond motivation: job and work design for development, health, ambidexterity, and more. **Ann Rev Psychol**, Palo Alto, v. 65, p. 661-691, 2014.

PAVLISH, C. et al. Nursing priorities, actions, and regrets for ethical situations in clinical practice. **J Nurs Scholarsh**, Indianapolis, v. 43, n. 4, p. 385-395, 2011.

_____. The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice. **Oncol Nurs Forum**, New York, v. 41, n. 2, p. 130-140, 2014.

PIRES, D. E. P.; LORENZETTI, J.; GELBCKE, F. Condições de trabalho para um fazer responsável. In: **62° Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Anais... Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem, 2010.

PIRES, D. E. P. et al. Nursing workloads in family health: implications for universal access. **Rev. Latinoam. enferm.** Ribeirão Preto, v. 24, p.e2677, 2016. Doi: 10.1590/1518-8345.0992.2682. Acesso em 25 set. 2017.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POSE C. **Lo bueno y lo mejor**: introducción a la bioéiticamédica. Madrid: Editorial Triacastela, 2009.

QUEIROZ, T. L. A.; CAVALCANTE, P. S. As contribuições do software Atlas.ti para a análise de relatos de experiência escritos. In: **Anais do X Congresso Nacional de Educação**, Curitiba: EDUCERE, 2011.

RAMOS, F. R. S. et al. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. e4460015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200328>. Acesso em: 25 jan. 2017.

_____. Construction of the Brazilian Moral Distress Scale in Nurses – a metodological study. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e4460015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200328&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2017.

_____. Ethical conflicts and the process of reflection in undergraduate nursing students in Brazil. **Nurs Ethics**. London, v. 22, n. 4, p. 428-439, Jun. 2015.

RITTER, D. The relationship between healthy work environments and retention of nurses in a hospital setting. **J Nurs Manag**, Oxford, v. 19, n. 1, p. 27-32, 2011.

ROBINSON, R.; STINSON, C. K. Moral distress: A qualitative study of emergency nurses. **Dimens Crit Care Nurs**, Lakewood, v. 35, n. 4, p. 235-240, 2016.

RODRIGUES, M. L. et al. Atuação da equipe de enfermagem frente às iatrogenias acometidas nos atendimentos de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line]**, v. 4, n. 4, p. 1-15, jan/jul. 2013.

ROSSETTI, A. C.; GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T. Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta

metodológica. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 225-232, 2013.

SAKAI, A. M. et al. Feelings of nurses in the reception and risk classification evaluation in the emergency room. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 17, n. 2, 2016.

SANTOS, A. S. et al. Public and private hospital context: impact on mental illness of health workers. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 421-438, Aug. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200421&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2017.

SANTOS, J. L. G. et al. Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 18, n. 2, 2017.

_____. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 136-143, 2013.

_____. Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. **Rev gaucha enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, 2016.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA (SES). **Histórico do Hospital Regional de São José, 2017**. Disponível em:

<http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3354&Itemid=524>. Acesso em 20 abr. 17.

SCHANTZ, M. L. Compassion: a concept analysis. In: **Nursing forum**. Blackwell Publishing Inc. p. 48-55, 2007.

SCHNEIDER, D. G. **Discursos profissionais e deliberação moral: análise a partir de processos éticos de enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2010.

SCHNEIDER, D. G.; RAMOS, F.R.S. Moral deliberation and nursing ethics cases: Elements of a methodological proposal. **Nursing Ethics**. London, v. 19, n. 1, p. 764-776, 2012a.

SCHNEIDER, D. G.; RAMOS, F.R.S. Processos éticos de enfermagem no Estado de Santa Catarina: caracterização de elementos fáticos. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, [09 telas], jul/ago. 2012b.

SILVA, K. R.; PIRES, R. C. C. P. A percepção da equipe de enfermagem sobre liderança no serviço de urgência e emergência de um hospital geral de Belo Horizonte, MG. **Revista Tecer**, v. 4, n. 7, 2011.

SILVA, D. S. et al. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 211-9, 2014.

SITE GLOBO.COM/SC. Disponível em:

<<http://m.g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2013/08/vistoria-de-deputados-de-sc-confirma-superlotacao-em-alas-de-hospital.html>> . Acesso em: 26 set. 2013.

_____. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2017/03/hospital-regional-de-sao-jose-tem-lotacao-e-pacientes-nos-corredores.html>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

SITE GLOBO.COM/RS. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2013/07/emergencias-estao-superlotadas-nos-hospitais-de-passo-fundo-rs.html>>. Acesso em: 26 jun. 2013.

_____. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/porto-alegre/noticia/2015/07/com-superlotacao-hospitais-da-capital-estao-com-restricao-nas-emergencias-4795986.html>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

_____. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2016/08/superlotacao-em-emergencias-se-repete-em-hospitais-de-porto-alegre.html>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

SITE SIQUEIRA CAMPOS. Disponível em:
[www.siqueiracampos.com/ downloads/calculo-tamanho-amostrual.xls](http://www.siqueiracampos.com/downloads/calculo-tamanho-amostrual.xls).
Acesso em: 22 jan. 2017.

SMITH, M. A. The ethics/advocacy connection. **Nurs Manage**, Chicago, Aug. 2017. Disponível em:
<<http://journals.lww.com/nursingmanagement/pages/default.aspx>>.
Acesso em: 13 out. 2017.

SOUZA, G. C. et al. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 50, n. 4, p. 642-649, 2016.

ST LEDGER, U. Moral distress in end-of-life care in the intensive care unit. **J Adv Nurs**, Oxford, v. 69, n. 8, p. 1869-1880, 2013.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 23-24.

SUNDIN-HUARD, D.; FAHY, K. Moral distress, advocacy and burnout: Theorising the relationships. **International Journal of Nursing Practice**, v. 5, n. 1, p. 8-13, 1999.

TARGINO, T. H. S. J. et al. Taking care of yourself to take care of the other: reflections of nursing professionals about self care. **J. res. fundam. care**. v. 5, n. 4, p. 440-448, out/dez. 2013.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2560014, 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2017.

TOMBERG, J. O. et al. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Pronto Socorro: caracterização dos atendimentos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 80-87, 2013.

TOREN, O.; Wagner, N. Applying an ethical decisionmaking tool to a nurse management dilemma. **Nurs Ethics**. London, v. 17, n. 3, p. 393-402, 2010.

TRAUTMANN, J. et al. Relationships Among Moral Distress, Level of Practice Independence, and Intent to Leave of Nurse Practitioners in Emergency Departments: Results From a National Survey. **Adv emerg nurs j**, Philadelphia, v. 37, n. 2, p. 134-145, 2015.

TROMBETTA, A. P.; RAMOS, F. R. S.; BRITO, M. J. M. O ensino a distância e a prática profissional: temáticas de interesse dos enfermeiros da rede de urgência e emergência. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 66-80, maio/ago. 2017.

TROUSSELARD, M. et al. Stress among nurses working in emergency, anesthesiology and intensive care units depends on qualification: a Job Demand-Control survey. **Int arch occup environ health**, Berlin, v. 89, n. 2, p. 221-229, 2016.

UNRUH, J. A. Moral distress: a living nightmare. **JEN**, East Lansing, v. 36, n. 3, p. 253-255, 2010.

VAISMORADI, M. et al. Facilitating safe care: A qualitative study of Iranian nurse leaders. **J Nurs Manag**. Oxford, v. 22, n. 1, p. 106-116, Jan. 2014. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01439.x. Acesso em: 03 Nov. 2017.

VAN DER CINGEL, M. Compassion and professional care: exploring the domain. **Nursing Philosophy**, Oxford, v. 10, n. 2, p. 124-136, 2009.

VAN ZUUREN, F. J.; VAN MANEN, E. Moral dilemmas in neonatology as experienced by health care practitioners: a qualitative approach. **Medicine, Health Care and Philosophy**, Dordrecht, v. 9, n. 3, p. 339-347, 2006.

VEER, A. J. E. et al. Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. **Int J Nurs Stud**. Oxford, v. 50, 100-108, 2013.

WEAVER, K.; MORSE, J.; MITCHAM, C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs*. Oxford, v. 62, n. 5, p. 607-618, 2008.

WENWEN, Z. et al. Moral distress and its influencing factors: a cross-sectional study in China. **Nurs Ethics**. 2016 Jan 1:969733016658792. Doi: 10.1177/0969733016658792.

WIEGAND, D. L.; FUNK, M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. **Nursing Ethics**, London, v. 19, n. 4, p. 479-487, Jul. 2012. Doi: 10.1177/0969733011429342..

WILSON, M. A. et al. Moral distress: levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. **J clin nurs**, Oxford, v. 22, n. 9-10, p. 1455-1466, 2013.

WOLF, Lisa A. et al. "It's a burden you carry": describing moral distress in emergency nursing. **JEN**, East Lansing, v. 42, n. 1, p. 37-46, 2016.

WOODS, M. Case commentary: Baby John. **Nursing ethics**, London, v. 18, n. 4, p. 613, 2011.

ZOBOLI, E. L. C. P. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. **Revista Iberoamericana de Bioética**, n. 2, 2016.

_____. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. In: PESSINI, L. et al. (Orgs). **Ética e Bioética clínica no pluralismo e diversidade: teorias, experiências e perspectivas**. Aparecida: Ideias & Letras, 2012. p. 149-163.

_____. **Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica**. São Paulo: USP, 2010.

_____. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Rev Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 389-396, 2013.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SOARES, F. A. C. Capacitação em bioética para profissionais da saúde da família do município de Santo André, SP. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1.248-53, 2012.

ZUZELO, P. R. Exploring the moral distress of registered nurses. **Nursing Ethics**, London, v. 14, n. 3, p. 344-359, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de tese de doutoramento, cujas informações são descritas abaixo:

O projeto de tese intitulado Sofrimento moral dos Enfermeiros em unidades de pronto atendimento e emergências é desenvolvido pela pesquisadora **Ana Paula Trombetta** (RG nº: 3711410 – SSP/SC – CPF: 051.057.139-58) e está inserido no macroprojeto intitulado O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde que é desenvolvido pela pesquisadora **Prof. Dra. Flávia Regina Souza Ramos** (UFSC) em colaboração com Dr. Edison Luiz Devos Barlem (FURG) e Dra Maria José Menezes Brito (UFMG) e equipe de pesquisadores destas instituições. O macroprojeto de pesquisa está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (Parecer 511.634 de 17/01/2014); UFSC (602.598-0 de 10/02/2014); e UFMG (602.603-0 de 31/01/2014).

O projeto de pesquisa tem como **Objetivo Geral**: Identificar as estratégias de enfrentamento e deliberação moral desenvolvidas por enfermeiros que atuam em serviços de pronto atendimento e emergência de hospitais público. Trata-se estudo multi métodos, incluindo etapas qualitativas e etapa quantitativa. A pesquisa trará benefícios indiretos aos profissionais de enfermagem, uma vez que seus resultados poderão ser utilizados para a promoção da saúde, qualidade de vida e condições de trabalho.

Convidamos para participar da seguinte atividade: Identificação de ações e estratégias de enfrentamento e deliberação moral na prática assistencial – **Entrevista Individual**.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e as Instituições participantes, em todo processo investigativo. Sua participação não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal e, caso venha a ser

constatado dano pessoal advindo do processo de coleta de dados, poderá ser encaminhado para serviço de Apoio Psicológico de uma das três instituições citadas. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, que a imagem individual e institucional serão protegidas, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os registros e documentos coletados ficarão sob a guarda dos pesquisadores acima citados, em seu setores de trabalho, na três Universidades envolvidas. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores participantes. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos.

Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu.....
, fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.

Assinatura do participante

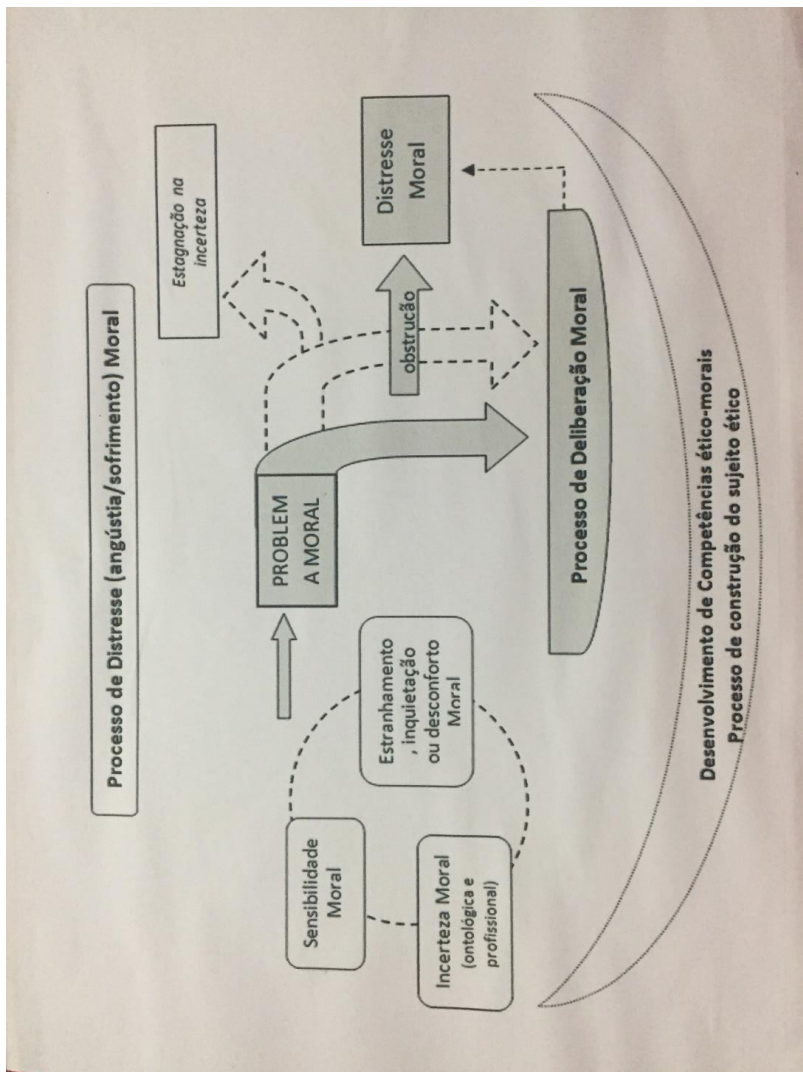
responsável

Assinatura da pesquisadora

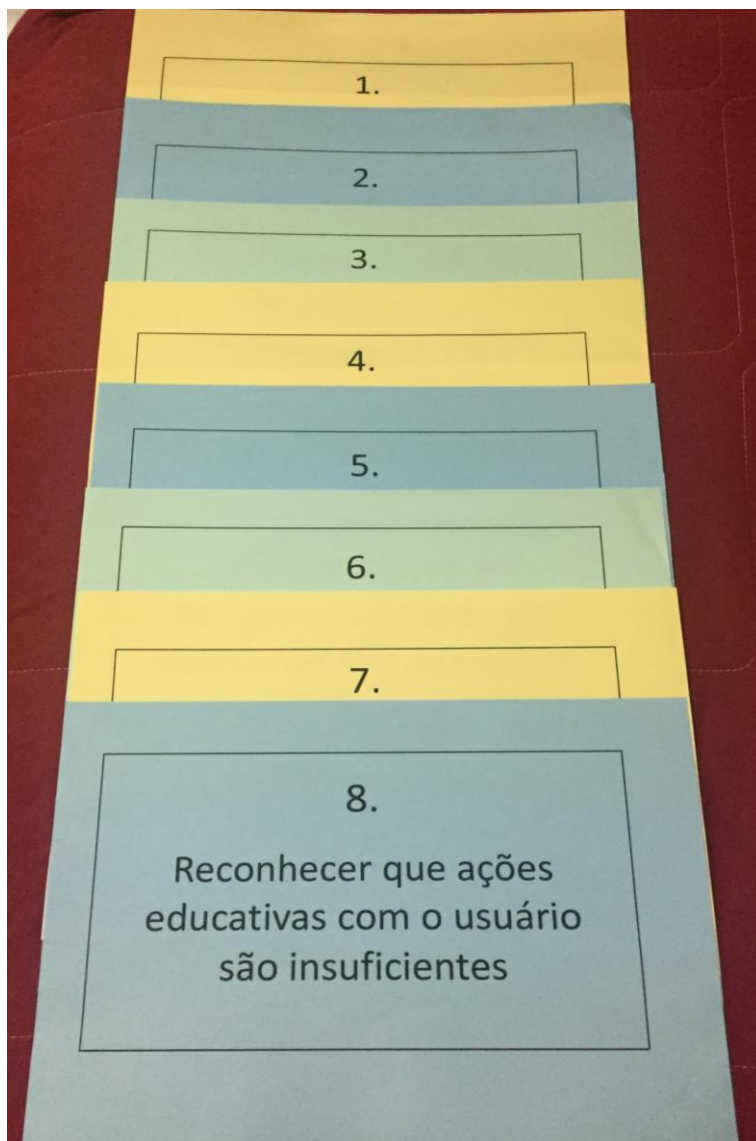
_____, ____ de _____ de 2016.

Em caso de necessidade, contate com: Doutoranda **Enfa. Ana Paula Trombeta**. Rua Adolfo Donato da Silva, Praia Comprida - São José / SC - 88103-901 Telefone (Hospital): (48) 3271.9077. Celular: (48) 9946.7722. E-mail: ana_trom@yahoo.com.br.

APÊNDICE B – MARCO CONCEITUAL UTILIZADO NA COLETA



APÊNDICE C – TARJETAS DE SITUAÇÕES CAUSADORAS SOFRIMENTO



9.

10.

11.

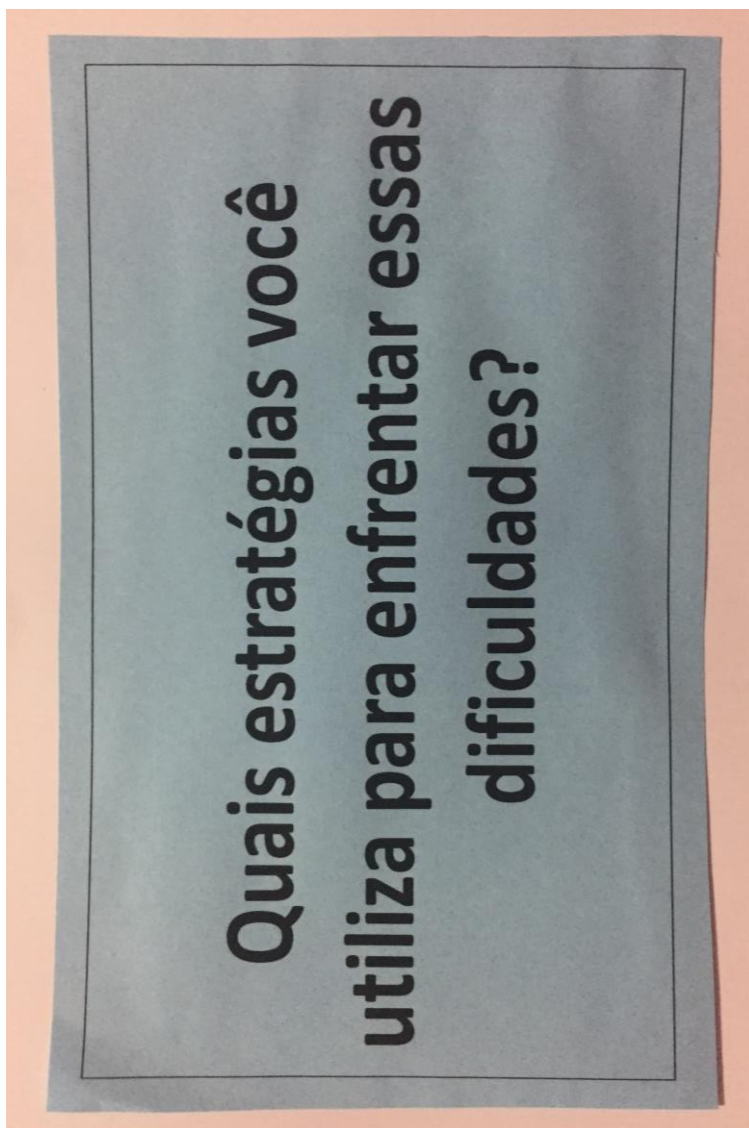
12.

13.

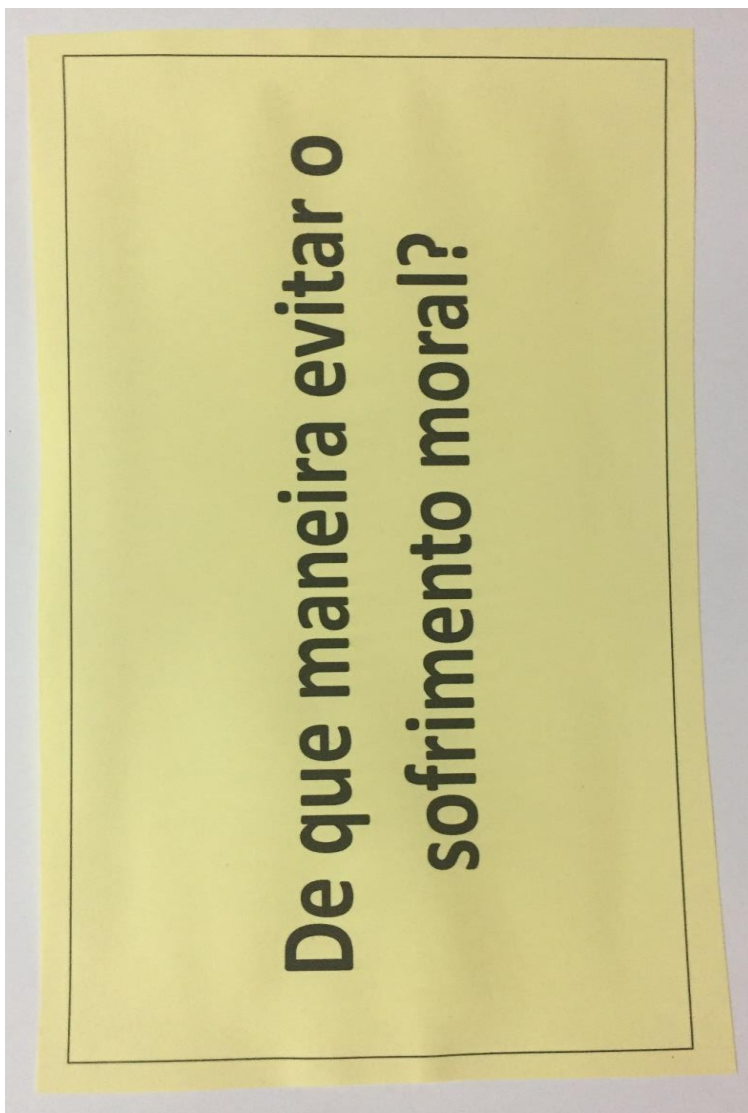
14.

15.

Reconhecer situações de
insubordinação/indisciplina
do pessoal de nível médio
ao enfermeiro

APÊNDICE D – TARJETA QUESTIONAMENTO ESTRATÉGIAS

APÊNDICE E – TARJETA QUESTIONAMENTO SOFRIMENTO MORAL



APÊNDICE F – TARJETA ELEMENTOS TOMADA DECISÃO

1. Suas crenças e valores pessoais

2. Crenças, cultura e valores dos pacientes

3. Código de ética profissional/lei do exercício profissional

4. Experiência profissional adquirida

5. Intuição, subjetividade

6. Princípios éticos e bioéticos

7. Bases teóricas adquiridas na formação

8. Prática estabelecida no serviço/instituição

9. Prática acordada em conjunto com a equipe

10. Defesa dos interesses e imagem da profissão

11. Defesa dos interesses e necessidades do paciente

12. Defesa dos interesses e imagem do serviço/instituição

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE DISTRESSE MORAL

Instrumento de Coleta de Dados (tempo total usado para responder: minutos)

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Estado em que trabalha: _____

Ano de conclusão da Graduação: _____

Outros cursos realizados: () Não () Capacitação

() Especialização/Residência

() Mestrado () Doutorado

Número de Vínculos empregatícios: () 1 () 2 () 3 () 4

As informações prestadas só podem se referir a um trabalho/vínculo, de acordo com o tipo de serviço ou nível de atenção. Caso você trabalhe em serviços diferentes (exemplo: atenção básica e clínica de internação) pedimos que escolha apenas uma para considerar em suas respostas (como o principal).

Qual o seu trabalho/vínculo que será considerado para responder este instrumento?

Tipo: () público () privado () misto

Nível de atenção: () atenção básica () média complexidade

() alta complexidade

Unidade/Setor:

() 1. Unidade Básica/ESF/Centro de Saúde

() 2. Ambulatório/Policlínica

() 3. CAPs

() 4. Atendimento Pré-hospitalar/SAMU

() 5. Emergência/Pronto Socorro/UPA

() 6. Clínica de internação adulto

() 7. Clínica de internação infantil

() 8. Clínica de internação psiquiátrica

() 9. Clínica de internação Obstétrica/Centro obst.

() 10. UTI adulto

() 11. UTI infantil/neonatal

() 12. Centro Cirúrgico

() 13 Outro: _____

Tempo de atuação _____ Carga Horária Semanal: _____ Tipo de vínculo (

() temporário

Considere a seguinte definição (JAMETON,1984; CORLEY, 2002):
DISTRESSE MORAL (também traduzido como angústia ou SOFRIMENTO MORAL) é uma experiência ou situação em que:

- você sabe qual a atitude eticamente apropriada a assumir, e
- você acredita que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, limitações ou conflitos existentes no trabalho.
- ou seja, não consegue atuar de acordo com seus conhecimentos ou preceitos morais

Agora:

1. Considere as situações apresentadas no quadro abaixo.
2. Elas estão presentes no local de seu trabalho principal? (único vínculo ou aquele identificado como referência para responder este instrumento)
3. Indique se as situações estão presentes no seu trabalho e se elas são causas de sofrimento moral para você:
 - na primeira escala à direita assinale a **frequência** em que a situação ocorre, numa progressão de **0 = nunca, até 6 = muito frequente**
 - na segunda escala à direita assinale a **intensidade do distresse sofrimento/angustia** moral que você vivencia na situação, numa progressão de **0 = nenhum, até 06 = muito intenso**

Para finalizar, pedimos que você aponte, em ordem crescente de importância, os elementos ou bases que você utiliza para julgar “*qual a atitude eticamente apropriada a assumir*”.

Para finalizar, pedimos que você aponte, em ordem crescente de importância, os elementos ou bases que você utiliza para julgar “*qual a atitude eticamente apropriada a assumir*”.

Por favor, assinale em cada espaço () o valor de **0 a 5**, de acordo com peso/importância de cada um dos seguintes elementos:

- () crenças e valores pessoais (suas)
- () crenças, cultura e valores dos pacientes
- () código de ética profissional
- () lei do exercício profissional
- () experiência profissional adquirida
- () intuição, subjetividade
- () princípios éticos e bioéticos
- () bases teóricas adquiridas na formação (graduação ou continuada)
- () prática estabelecida no serviço/instituição
- () prática acordada em conjunto com a equipe
- () defesa dos interesses e imagem da profissão
- () defesa dos interesses e necessidades do paciente
- () defesa dos interesses e imagem do serviço/instituição
- () outro. Qual:

ANEXO B - PARECER COMITÊ DE ÉTICA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde

Pesquisador: Flávia Regina Souza Ramos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18835013.0.3002.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 602.598-0

Data da Relatoria: 10/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma projeto de pesquisa sobre o processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde. É uma pesquisa integrada que envolve Flávia Regina Souza Ramos (coordenadora) (Pq 1C) - Grupo de Pesquisa PRAXIS e trabalho, cidadania, saúde e Enfermagem - PEN/UFSC; Edilson Luiz Devos Barlem e Núcleo de estudos e pesquisas em Enfermagem/Saúde (NEPS) - Escola de Enfermagem da FURG; Maria José Menezes Brito e Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O Projeto tem como hipótese que os profissionais enfermeiros vivenciam o sofrimento moral em seu cotidiano de trabalho. A angústia/sofrimento moral é um processo que se relaciona com deliberação moral, pois pode ser tomado como um entrave à conclusão satisfatória ou alcance da finalidade do processo de deliberação moral.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde

Objetivos Específicos:

1. Propor um modelo conceitual para análise do processo de angústia/sofrimento moral na

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 002.590-0

realidade brasileira;

2. Elaborar e validar Instrumento capaz de identificar o processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde no Brasil;
3. Descrever o processo de angústia/sofrimento moral de enfermeiros que atuam em diferentes contextos de trabalho em saúde quanto à intensidade e frequência.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação no estudo não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto, de modo que o sujeito poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo que lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal e, caso venha a ser constatado dano pessoal advindo do processo de coleta de dados (entrevista), o mesmo poderá ser encaminhado para serviço de Apoio Psicológico de uma das três instituições citadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto meritório e bem delineado utilizando a formula de pesquisa integrada entre instituições qualificada.

Propõe como metodologia de Análise de Dados:

Macro-projeto: estatística descritiva, mediante a utilização de médias e distribuição de frequência dos construtos e seus indicadores (de modo a identificar a intensidade e a frequência com que vivenciam os fenômenos); b) análises de variância (ANOVA) entre os diferentes grupos de respondentes, de acordo com características da amostra, para verificar possíveis diferenças significativas entre os grupos de sujeitos respondentes;

e c) análise de regressão múltipla, buscando avaliar quais fatores têm maior efeito na percepção dos sujeitos sobre os fenômenos investigados.

Será utilizado o software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 21.0. Subprojetos: Análise textual descritiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados e respondendo a Deliberação da CONEP de 15 de novembro de 2010, que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização das instituições co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. No caso da Instituição UFSC o projeto já

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-000
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6206 Fax: (48)3721-0698 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 602.596-0

aprovado na UFMG e agora submetido a este CEP, faz jus a aprovação por este CEP.

Recomendações:

Nenhuma recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluímos pela aprovação do projeto na instituição UFSC, não existindo nenhuma inadequação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 12 de Abril de 2014

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 602598 gerado na data 10/04/2014 15:25:51, onde o número CAAE foi alterado de 18835013.0.0000.5324 para 18835013.0.3002.0121.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.045-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9898 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de angústia/sufrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde

Pesquisador: Flávia Regina Souza Ramos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18635013.0.3001.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 602.603-0

Data da Relatoria: 31/01/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma projeto de pesquisa sobre o processo de angústia/sufrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde. É uma pesquisa Integrada que envolve Flávia Regina Souza Ramos (coordenadora) (Pq 1C) - Grupo de Pesquisa PRAXIS ¿ trabalho, cidadania, saúde e Enfermagem - PENUFSC; Edison Luiz Devos Barlem ¿ Núcleo de estudos e pesquisas em Enfermagem/Saúde (NEPS) - Escola de Enfermagem da FURG; Maria José Menezes Brito ¿ Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O Projeto tem como hipótese que os profissionais enfermeiros vivenciam o sofrimento moral em seu cotidiano de trabalho. A angústia/sufrimento moral é um processo que se relaciona com deliberação moral, pois pode ser tomado como um entrave à conclusão satisfatória ou alcance da finalidade do processo de deliberação moral.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de angústia/sufrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde

Objetivos Específicos do MACRO

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad III 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3406-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 002.003-0

- ESTUDO:** 1. Propor um modelo conceitual para análise do processo de angústia/sofrimento moral na realidade brasileira
2. Elaborar e validar Instrumento capaz de Identificar o processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde no Brasil;
3. Descrever o processo de angústia/sofrimento moral de enfermeiros que atuam em diferentes contextos de trabalho em saúde quanto à Intensidade e Frequência

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação no estudo não envolve riscos físicos, pois não se trata de estudo que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, o caráter Interacional da coleta de dados oferece possibilidade de desconforto, de modo que o sujeito poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo que lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal e, caso venha a ser constatado dano pessoal advindo do processo de coleta de dados (entrevista), o mesmo poderá ser encaminhado para serviço de Apoio Psicológico de uma das três Instituições citadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto meritório e bem delineado utilizando a formula de pesquisa integrada entre Instituições qualificada. Propõe como metodologia de Análise de Dados:

Macro-projeto: estatística descritiva, mediante a utilização de médias e distribuição de frequência dos construtos e seus indicadores (de modo a identificar a Intensidade e a frequência com que vivenciam os fenômenos); b) análises de variância (ANOVA) entre os diferentes grupos de respondentes, de acordo com características da amostra, para verificar possíveis diferenças significativas entre os grupos de sujeitos respondentes;

e c) análise de regressão múltipla, buscando avaliar quais fatores têm maior efeito na percepção dos sujeitos sobre os fenômenos investigados.

Será utilizado o software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 21.0. Sub-projetos: Análise textual descritiva

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados e respondendo a Deliberação da CONEP de 15 de novembro de 2010, que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da Instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8627 2ª Ad S/N 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3406-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 602.603-0

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela aprovação do projeto "O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde" tendo como pesquisadores Flávia Regina Souza Ramos (coordenadora) (Pq 1C) - Grupo de Pesquisa PRAXIS trabalho, cidadania, saúde e Enfermagem -PENUFSC; Edison Luiz Devos Barlem do Núcleo de estudos e pesquisas em Enfermagem/Saúde (NEPS) - Escola de Enfermagem da FURG; Maria José Menezes Brito do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 12 de Abril de 2014

Assinador por:

Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)

Este parecer reemitiu o substituído o parecer número 602603 gerado na data 23/01/2014 11:42:32, onde o número CAAE foi alterado de 18835013.0.0000.5324 para 18835013.0.3001.5149.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8627 2ª Ad S/N 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@ppq.ufmg.br

ANEXO D – PARECER COMITÊ DE ÉTICA FURG

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde

Pesquisador: Flávia Regina Souza Ramos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18835013.0.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 511.634

Data da Relatoria: 17/01/2014

Apresentação do Projeto:

O processo de angústia/sofrimento moral pode ser entendido como o processo de 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 opostas que impedem o processo de deliberação moral, resultando no reconhecimento de sua inadequada participação moral. O processo de angústia/sofrimento moral pode ser compreendido como um dos principais problemas na profissão de enfermagem, especialmente no Brasil, uma vez que afeta os enfermeiros e o sistema de cuidados de saúde, em inúmeras e comuns situações, que dificultam a assistência aos pacientes e seus

Endereço: Rua Visconde Paranaguá, 1120 Hospital Universitário
 Bairro: Campus Saúde CEP: 96.201-900
 UF: RS Município: RIO GRANDE
 Telefone: (51)3233-0235 Fax: (51)3233-8822 E-mail: cepes@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 511.034

familiares. Partindo deste contexto, esse projeto integrado de pesquisa, de caráter multioficial, terá como objetivo geral: analisar o processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde; e como objetivos específicos: propor um modelo conceitual para análise do processo de angústia/sofrimento moral na realidade brasileira; elaborar e validar instrumento capaz de identificar o processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde no Brasil; descrever o processo de angústia/sofrimento moral de enfermeiros que atuam em diferentes contextos de trabalho em saúde quanto à Intensidade e frequência; analisar o processo de angústia/sofrimento moral de

enfermeiros a partir do modelo conceitual proposto. Como metodologia, propõe-se a realização de uma pesquisa quantitativa dividida em duas etapas, uma pesquisa metodológica e uma pesquisa survey e sete subprojetos qualitativos, dos quais três são multioficiais. Como locais de pesquisa e sujeitos, propõe-se a realização em diferentes contextos de atenção a saúde brasileiros, com enfermeiros atuantes na atenção primária, secundária, terciária e gestão, prestando atividades assistenciais e gerenciais. As análises da pesquisa quantitativa serão realizadas utilizando-se o software estatístico Statistical Package for Social Sciences versão 21.0, através da validação do instrumento a ser elaborado para esta pesquisa e análises estatísticas: descritiva, variância e regressão múltipla. Os subprojetos qualitativos serão analisados mediante elementos da Análise Textual Discursiva, utilizando-se para organização e gerenciamento dos dados o software ATLAS-Ti. Os aspectos éticos determinados pela Resolução 196/96 sobre Pesquisa com

Endereço: Rua Visconde Peresmagalhães, 1120-Hospital Universitário
 Bairro: Campus Saúde CEP: 96.201-900
 UF: RS Município: RIO GRANDE
 Telefone: (51)3233-0295 Fax: (51)3233-8822 E-mail: cepes@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 511.634

Seres Humanos serão respeitados, com encaminhamento do projeto ao comitê de pesquisa local.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral - MACRO PROJETO

Analisar o processo de angústia/sufrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Presente e adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PARECER Nº 144/ 2013

CEPAS 66/2013

23116.004418/2013-17

O PROCESSO DE ANGUSTIA/SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS EM DIFERENTES
CONTEXTOS DE TRABALHO EM SAÚDE

Pesq. Resp.: Flávia Regina Souza Ramos

PARECER DO CEPAS:

Endereço: Rua Visconde Paranaguá, 112 Hospital Universitário

Bairro: Campus Saúde

CEP: 96.201-900

UF: RS

Município: RIO GRANDE

Telefone: (51)3233-0235

Fax: (51)3233-6822

E-mail: cepas@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 511.034

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no parecer 130/2013, emitiu o parecer de APROVADO para o projeto ζ O PROCESSO DE ANGUSTIA/SOFRIMENTO MORAL EM ENFERMEIROS EM DIFERENTES CONTEXTOS DE TRABALHO EM SAÚDE ζ .

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da Instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

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

Data de envio do relatório final: 01/12/2015.

Rio Grande, RS, 02 de setembro de 2013.

Prof. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG

RIO GRANDE, 17 de Janeiro de 2014

Assinado por:
Eli Sinnott Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua Visconde Paranaguá, 112/Hospital Universitário
Bairro: Campus Saúde CEP: 98.201-900
UF: RS Município: RIO GRANDE
Telefone: (51)3233-0235 Fax: (51)3233-6822 E-mail: cepas@furg.br

ANEXO E – PÁGINA INICIAL DO QUESTIONÁRIO ONLINE



Distresse Moral em Enfermeiros de diferentes contextos de trabalho

Obrigada por ter acessado o link de nosso instrumento.

Acreditamos que esta pesquisa é muito importante porque ainda sabemos muito pouco sobre o distresse ou sofrimento moral em Enfermeiros/as brasileiros/as.

Em outros países esta realidade já é reconhecida como causadora de grande impacto no cuidado prestado e na vida dos profissionais. Só saberemos de sua real expressão se contarmos com a colaboração dos colegas enfermeiros/as.

Com esta preocupação construímos o instrumento que convidamos você a responder. Ele foi elaborado levando em conta um estudo prévio com enfermeiros/as que indicaram situações de distresse moral, assim como a literatura internacional e nacional.

As questões são fechadas e, por isso, apesar do número de itens, não é difícil ou demorado respondê-lo. É importante que uma vez iniciado você complete as respostas até o fim, nem pule questões, pois isso pode prejudicar os resultados.

Você terá maiores detalhes no termo de consentimento que é apresentado à seguir.

Agradecemos o apoio. Sua experiência vai ajudar a compreender aspectos importantes acerca do trabalho de enfermeiros/as em diferentes contextos ou cenários assistenciais.

* Required

ANEXO F – DECLARAÇÃO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA – ICSC

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que autorizamos a Enfermeira e Doutoranda **Ana Paula Trombetta**, realizar coleta de dados da tese intitulada “DISTRESSE MORAL DOS ENFERMEIROS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E EMERGÊNCIAS”, que será realizada com os enfermeiros da unidade de Emergência deste hospital.

São José, 18 de maio de 2016.



Dr. Jamil Cherem Schneider
Diretor Geral
Instituto de Cardiologia de SC
Matrícula 342985-01-0

Jamil Cherem Schneider
Diretor Geral

ANEXO G – DECLARAÇÃO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HÔMERIO DE MIRANDA GOMES

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos que autorizamos a Enfermeira e Doutoranda **Ana Paula Trombetta**, realizar coleta de dados da tese intitulada “**DISTRESSE MORAL DOS ENFERMEIROS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO E EMERGÊNCIAS**”, que será realizada com os enfermeiros da unidade de Emergência deste Hospital.

São José, 18 de maio de 2016.

Pedro A. Araujo
Diretor