

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PRISCILA ORLANDI BARTH

**DISTRESSE MORAL EM ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO
BÁSICA BRASILEIRA**

Florianópolis, Agosto de 2016.

PRISCILA ORLANDI BARTH

**DISTRESSE MORAL EM ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO
BÁSICA BRASILEIRA**

Tese de Doutorado apresentada como requisito para o título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coorientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem

Florianópolis, Agosto de 2016.

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

Barth, Priscila Orlandi

Distresse Moral em Enfermeiras da atenção básica
brasileira / Priscila Orlandi Barth ; orientadora, Flávia
Regina Souza Ramos ; coorientadora, Edison Luiz Devos
Barlem. - Florianópolis, SC, 2016.

82 p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Ética. 4. Distresse
Moral. 5. Atenção Básica. I. Ramos, Flávia Regina Souza.
II. Barlem, Edison Luiz Devos. III. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
IV. Título.

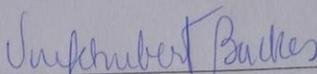
PRISCILA ORLANDI BARTH

**DISTRESSE MORAL EM ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO
BÁSICA BRASILEIRA**

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

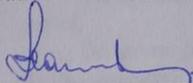
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 20 de Setembro de 2016, atendendo às 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.

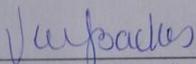


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

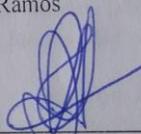
Banca Examinadora:



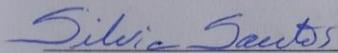
Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Presidente



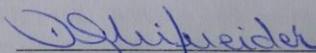
P1 Dra. Graziela Dalmolin
Membro (titular – vídeo conferência)



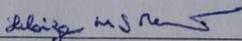
Dra. Maria José Menezes Britto
Membro (titular)



Dra. Sílvia Maria Azevedo Dos Santos
Membro (titular)



Dra. Dulcineia Ghizoni Schneider
Membro (titular)



Dra. Heloiza Maria Siqueira Rennó
Membro (titular)

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a Deus, que com seu imenso amor, carinho e sabedoria me guiou nesses longos anos de jornada, sempre me confortando com sua paz.

Aos meus pais, Roque Barth e Lia Orlandi Barth, que me apoiaram desde meu nascimento em todas as minhas escolhas e com o amor imensurável nunca me deixaram desistir de meus sonhos, sem eles nada disso seria possível.

O SENHOR é o meu pastor, nada me faltará.

Deitar-me faz em verdes pastos, guia-me mansamente a águas tranquilas.

Refrigera a minha alma; guia-me pelas veredas da justiça, por amor do seu nome.

Ainda que eu andasse pelo vale da sombra da morte, não temeria mal algum, porque tu estás comigo; a tua vara e o teu cajado me consolam.

Preparas uma mesa perante mim na presença dos meus inimigos, unges a minha cabeça com óleo, o meu cálice transborda.

Certamente que a bondade e a misericórdia me seguirão todos os dias da minha vida; e habitarei na casa do Senhor por longos dias.

Salmos 23:1-6

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, por me guiar e iluminar em minha vida pessoal e profissional, me compreender, dar forças e esperança quando me senti só e pensei em desistir, por me confortar e acolher quando precisava de uma resposta para seguir em frente, por me mostrar o caminho da Fé, da Paz, do Amor e da Esperança, e saber que com Ele tudo é possível, pois o impossível não existe quando se crê em DEUS...

Agradecimento mais que especial a minha querida orientadora, amiga, segunda mãe **Dra.Flávia Regina Souza Ramos**, que nesses 5 anos e meio ao seu lado sempre me apoiou, incentivou, cuidou de mim quando estava triste ou carente, se fez presente não só como professora, mas como uma mãe me abrigando em seu colo sempre que precisava. Obrigada por estar ao meu lado em todos os momentos e oportunizar mergulhar nesse mundo do conhecimento. Tenho certeza que não foi por acaso que Deus colocou você em meu caminho!! Admiro você não só como professora renomada que é, mas como pessoa, mãe, mulher e batalhadora, pelos seus princípios., Sinto-me muito honrada em ter sido sua orientanda, com certeza seus ensinamentos, seu carinho, sua moral e sua ética serão levadas para o resto da vida! Sempre levarei você em meu coração! Muito Obrigada Por tudo!

Aos meus pais **Roque Barth e Lia Orlandi Barth**, por me conceberem a vida, por mostrarem o verdadeiro significado da palavra FAMÍLIA, por sempre estarem ao meu lado, me apoiando e incentivando em toda minha trajetória acadêmica e, mesmo longe nunca deixaram de expressar o amor e o carinho que têm por mim, pelo amor incondicional que me deram em toda a minha vida, não tenho palavras para agradecer! EU AMO VOCÊS MAIS DO QUE TUDO NESSE MUNDO! Muito Obrigada!

A todos os meus familiares que sempre estiveram me apoiando nessa jornada, em especial aos meus avós **Elias Orlandi e Gema Orlandi e minha irmã Patricia O. Barth!** Amo vocês!

Minha **prima/irmã Paola Orlandi e seu marido Luis Gustavo Vargas** que abriram as portas de sua casa para que eu pudesse vir até Florianópolis e concretizar esse sonho. Sempre me recebendo com imenso carinho e auxiliando em tudo nessa ilha maravilhosa, dividindo suas vidas e me dando a oportunidade de compartilhar minha vida com

meus amados primos/afilhados/sobrinhos Luis Gustavo, Gabriel e Ana Rita, meus maiores presentes e tesouros. Muito Obrigada! Amo vocês!

Ao meu co-orientador **Edison Luiz Devos Barlem** por compartilhar comigo seus conhecimentos e experiências, estar ao meu lado na construção dessa tese e análise dos dados, propondo novos e incríveis desafios. Muito Obrigada por tudo!

À minha banca Dra. Laura Brehmer, Dra. Dulcineia Schneider, Dra. Grazielle Dalmolin, Dra. Silvia Azevedo dos Santos, Dra. Maria José Menezes Brito, Dra. Heloíza M.S. Rennó, agradeço a cada uma, de coração, pelos ensinamentos compartilhados, por dividirem comigo esse momento mágico e único em minha formação profissional! Muito Obrigada!

A todos os membros do grupo de pesquisa PRÁXIS, os quais me acolheram de braços abertos e com muito carinho desde o primeiro dia em que participei, compartilhando experiências e conhecimentos, deixo aqui meu Muito Obrigada!

As minhas colegas de doutorado, em especial à colega Giovana Calegaro Higashi, que desde o mestrado esteve ao meu lado, incentivando, dando carinho, conselhos quando era necessário, sendo verdadeira amiga, que levarei para sempre em meu coração! Muito Obrigada!

À **professora Mara Ambrosina e seu marido Glênio**, por me receberem em sua casa como uma filha, apoiando e incentivando na caminhada do doutorado, dando carinho e uma segunda família. Muito obrigada, vocês sempre serão minha família de coração!

A **minha mineira preferida: Heloíza S. Rennó**, seu marido Jair e toda a sua família por me oportunizarem uma experiência de vida e crescimento fantástico, pela troca de culturas e conhecimento. Por dividirem comigo sua família e me fazerem sentir parte dela. Muito obrigada, vocês sempre estarão em meu coração!

Às **mineiras que eu adoro e admiro: Maria José, Beatriz, Carol e Lívia**, que compartilharam comigo não só conhecimentos de enfermagem, mas conhecimento de vida e muitas rodas de risadas.

Obrigada por compartilharem e fazerem parte dessa minha/nossa história.

Às **bolsistas e amigas Amanda, Jéssica, Jéssica A. e Ana Maria**, que sempre se fizeram presentes na jornada de doutorado, auxiliando no que fosse necessário. Muito obrigada!!

As **minhas amigas Nayara Afonso e Priscila Goulart** que sempre estiveram ao meu lado aqui em Florianópolis, motivando e incentivando pelo doutorado, enxugando algumas lágrimas e compartilhando muitas alegrias, obrigada, eu amo vocês!

A **minha amiga, colega e companheira Tassiana Potrich**, que desde a graduação sempre esteve ao meu lado, compartilhando saberes e experiências, motivando e incentivando para sempre alcançar meus sonhos, compartilhando alegrias, tristezas e sucessos! Obrigada por tudo! Amo você!

As **minhas amigas Joice Prestes, Daniela Prestes, Thais Grossi e Ana Paula Nogueira**, que mesmo distante não deixaram de me apoiar em nenhum segundo na trajetória que escolhi, que me escutavam ao telefone por horas quando eu precisava, ou vinham ficar uma semana ao meu lado para que eu pudesse criar fôlego e aguentar a saudade. EU AMO VOCÊS MINHAS MELHORES AMIGAS! Obrigada por tudo!

Ao Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, o qual me proporcionou uma bolsa de estudos e com a qual pude concretizar meu sonho. Muito Obrigada!

A todos os profissionais do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC) que sempre estiveram disponíveis e acolhedores para qualquer informação, em especial meu agradecimento à Monique, que nos momentos finais de minha tese me auxiliou nas questões burocráticas e de formatação. Muito Obrigada!

RESUMO

O conceito de distresse moral se relaciona à situação na qual um enfermeiro é incapaz de tomar a ação por ele reconhecida como moralmente adequada por diferentes barreiras. Neste estudo é concebido um fenômeno processual e uma experiência singular, que integra a ética e moral, articulando conceitos como problema, incerteza, sensibilidade e deliberação moral, competências éticas /profissionais. A literatura retrata majoritariamente o distresse moral no cenário hospitalar e, dada amplitude e especificidade do cenário brasileiro, torna-se imprescindível investigá-lo na atenção básica. Nessa perspectiva, os **objetivos** foram: - Validar um instrumento para identificar as situações desencadeadoras do distresse moral em relação à intensidade e frequência, em enfermeiros da atenção básica. - Identificar os preditores e fatores associados ao processo de distresse moral em enfermeiros da atenção básica. - Analisar as situações geradoras de distresse moral em enfermeiros da atenção básica- Identificar a frequência e intensidade de distresse moral em enfermeiras da atenção básica; - Analisar as associações das situações desencadeadoras e fatores preditores de distresse moral em enfermeiros da atenção básica. Foi defendida a tese de que enfermeiros brasileiros da atenção básica reconhecem situações que desencadeiam distresse moral, o qual possui fatores associados, preditores, além de frequência e intensidade variáveis. **Método:** estudo quantitativo e qualitativo. A pesquisa quantitativa foi desenvolvida com 391 enfermeiros da atenção básica. A primeira etapa de validou o instrumento denominado Escala Brasileira de Distresse Moral de Enfermeiros, e a segunda correlacionou fatores preditores com variáveis sociodemográficas. Para a validação do instrumento foram aplicados testes estatísticos (análise fatorial e alfa de Cronbach) e, no segundo momento desenvolvidas análises descritivas, de variância e regressão, com o apoio de software SPSS versão 22.0. A pesquisa qualitativa foi desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas com 13 enfermeiros de diferentes regiões do Brasil, aplicada a Análise Textual Discursiva com apoio do Software Atlas.ti. **Resultados:** Foram validadas 46 questões das 57 do instrumento original, em 6 constructos: Políticas de Saúde, Condições de Trabalho, Autonomia do Enfermeiro,

Competência ética profissional, Desrespeito à autonomia do usuário e Sobrecarga de Trabalho. O instrumento apresentou consistência interna satisfatória, alfa de Cronbach 0,98 (geral) e entre 0,96 e 0,88 para os constructos. A vivência do distresse moral na atenção básica se mostrou distinta quanto às associações entre constructos, regiões e variáveis sociodemográficas, destacando-se tempo de graduação, idade e sexo. Os resultados qualitativos relacionam o Distresse Moral ao profissional, aos serviços de saúde, aos usuários e aos conflitos no exercício profissional.

Considerações Finais: Ao assumirem valores éticos e políticos como norteadores de sua ação, os enfermeiros dão maior visibilidade ao conteúdo moral de muitos problemas que poderiam ser vistos apenas pelo viés das condições de trabalho. O estudo fomentou contribuições para o aprofundamento e adaptação de um marco conceitual; validação de um instrumento que possibilite conhecer com maior profundidade o problema e promover futuras intervenções sobre as causas do mesmo; identificação de diferentes níveis de percepção e vivência de distresse moral nas diferentes regiões brasileiras.

Palavras-chaves: Distresse Moral. Validação de Instrumento. Atenção Básica. Enfermeiros.

ABSTRACT

The concept of moral distress is related to the situation in which a nurse is unable to take the action known for him as morally appropriate, by different barriers. This study is designed a procedural phenomenon and at the same time a singular experience, that integrates ethical and moral experience, articulating concepts as moral problems, uncertainty and moral sensitivity, moral deliberation and professional ethical skills. The literature portrays mostly the moral distress in the hospital environment and, given the amplitude and specificity of the Brazilian scenery, becomes indispensable to investigate the moral distress in this context of primary care, validating an instrument build specially for Brazilian reality. The objectives were: - Validate an instrument to identify the triggering situations of moral distress in relation to intensity and frequency, in nurses of primary care; - Identify the predictors and factors associated with the process of moral distress in nurses of primary care; - Analyse the situations that cause moral distress in nurses in primary care; -Identify the frequency and intensity of moral distress in nurses in primary care; -Analyse the association of the triggering situations and predictors of moral distress in nurses of primary care. It was defended that Brazilian nurses in primary care recognize the triggering situations that cause moral distress, which has associated factors, predictors, in addition to frequency and variable intensity. Method: a quantitative and qualitative study. The quantitative study was developed with 392 nurses of the primary care, with a first stage of validation of the instrument named Brazilian Scale of Moral Distress of Nurses, and a second stage that correlated predictor factors with socio demographics variable. For the validation of the instrument were applied statistical tests (factorial analyses and alpha of Cronbach) and, in the second moment, were developed descriptive analyses, variance and regression, with the support of the SPSS software version 22.0. The qualitative research was developed by semi structured interviews with 13 nurses of different regions of Brazil, being applied the Discursive Textual Analyses with the support of the Atlas ti Software. Results: they were validated 46 of 57 issues of the original instrument, in 6 constructs: Health Policies, Work Conditions, Nurse Autonomy, Professional Ethical Skills, Disrespect to the autonomy of the user and Overload of Work. The instrument presented internal consistency satisfactory, with alpha of Cronbach 0,98 (general) and between 0,96 and 0,88 to the constructs. The experience of moral distress in primary care has shown

distinct between constructs, regions of the country and variable socio demographics, emphasizing time of graduation, age and gender. The qualitative results relate the Moral Distress to the professional, to the health services, to the users and to the conflicts in the professional practice. Final Considerations: In assuming ethical and political values as a guide for its action, nurses give more visibility to the moral content of many problems that could be seen only by the bias of working conditions. The study fomented contributions to: - the further development and adaptation of a conceptual framework; - validation of an instrument that favors to know in greater depth the problem and promote future interventions about the causes thereof; - Identification of different level of perception and experiencing of moral distress in different Brazilian regions.

Key-words: Moral Distress. Instrument Validation. Primary Care. Nurses.

RESUMEN

El concepto de la angustia moral se relaciona con la situación en la que una enfermera no está en condiciones de adoptar medidas reconocida por él como moralmente apropiado para diferentes barreras. Este estudio se ha diseñado un fenómeno procesal y al mismo tiempo una experiencia única que integra la experiencia ética y moral, la articulación de conceptos como problema moral, la incertidumbre y la sensibilidad moral, la deliberación moral y habilidades éticas y profesionales. La literatura sobre todo retrata la angustia moral en el ámbito hospitalario y, dada la amplitud y la especificidad de la situación de Brasil, es esencial investigar la angustia moral en este contexto de la atención primaria, la validación de un instrumento construido especialmente para la realidad brasileña. En esta perspectiva, los objetivos fueron los siguientes: - Validar una herramienta para identificar las situaciones desencadenantes de angustia moral en relación con la intensidad y la frecuencia de las enfermeras de atención primaria. - Identificar los predictores y factores asociados con el proceso de angustia moral en las enfermeras de atención primaria. - Analizar las situaciones que causan angustia moral en la atención de enfermería, básicamente, identificar la frecuencia y la intensidad de la angustia moral en las enfermeras de atención primaria; - Analizar las asociaciones de las situaciones desencadenantes y los predictores de angustia moral en las enfermeras de atención primaria. Se ha defendido la tesis de que las enfermeras brasileñas atención primaria de reconocer situaciones que provocan sufrimiento moral, que se ha asociado factores predictores,, así como la frecuencia y la intensidad. Método: Estudio cuantitativo y cualitativo. La investigación cuantitativa se llevó a cabo con 391 enfermeras en la atención primaria, con una primera etapa de validación instrumento llamado Escala Brasileña de enfermeras de socorro morales, y una segunda etapa que se correlacionaba con predictores las variables sociodemográficas. Para la validación del instrumento se aplicaron pruebas estadísticas (análisis factorial y alfa de Cronbach), y la segunda vez, se desarrollaron los análisis descriptivos, la varianza y de regresión, con el apoyo de software SPSS versión 22.0. La investigación cualitativa se realizó a través de entrevistas semiestructuradas con 13 enfermeras de diferentes regiones de Brasil, que se aplicarán al texto, análisis del discurso con el apoyo de software Atlas.ti. Resultados: 46 de 57 temas del instrumento original se validaron en 6 construcciones: Política de salud, las condiciones de

trabajo, la autonomía de la enfermera, la ética de competencia profesional, falta de respeto a la autonomía y la sobrecarga de trabajo del usuario. El instrumento mostró una consistencia interna satisfactoria con alfa 0,98 (general) y de Cronbach entre 0,96 y 0,88 para las construcciones. La experiencia de la angustia moral en la atención primaria mostró distintas como las asociaciones entre los constructos, las regiones del país y las variables sociodemográficas, momento de la graduación, la edad y el género destacando. Los resultados cualitativos se refieren a la angustia moral profesional, a los servicios de salud, a los usuarios y los conflictos en la práctica profesional. Consideraciones finales: En el supuesto de valores éticos y políticos como una guía para su acción, las enfermeras dan mayor visibilidad al contenido moral de muchos de los problemas que se podían ver sólo por el sesgo de las condiciones de trabajo. El estudio animó contribuciones al desarrollo y la adaptación de un marco conceptual para el estudio del objeto; validación de un instrumento que permite conocer con mayor profundidad el problema y promover futuras intervenciones sobre las causas de los mismos; identificación de los diferentes niveles de percepción y la experiencia de la angustia moral en las diferentes regiones.

Palabras clave: angustia moral. la validación del instrumento. Atención Primaria. Las enfermeras.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Quantitativo de enfermeiros atuantes na atenção básica brasileira.....36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Marco Conceitual Analítico proposto por Ramos et. 2016.....	29
Figura 2. Cálculo Amostral. Florianópolis, 2016.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS

Atenção Básica - AB

Distresse Moral – DM

Laboratório de Pesquisas sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem -
PRÁXIS

Política Nacional de Atenção Básica – PNAB

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina - PEN/UFSC

Sistema Único de Saúde - SUS

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	4
AGRADECIMENTOS.....	7
RESUMO	10
ABSTRACT	12
RESUMEN.....	14
LISTA DE QUADROS.....	16
LISTA DE ABREVIATURAS	18
1 INTRODUÇÃO	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO	28
2.1 Atenção básica e o papel da enfermeira	28
2.2 O distresse moral no trabalho da enfermeira no contexto da ABS.....	31
3 METODOLOGIA	45
3.1 Estudo 1.....	45
3.1.1 Tipo do estudo.....	45
3.2.2 Local e participantes do estudo	47
3.2.3 Coleta dos dados.....	49
3.2.4 Análise dos dados	50
3.2.5 Variáveis do estudo	50

3.2 Estudo 2	51
3.2.2 Tipo de estudo.....	51
2.2.3 Coleta e Análise dos dados	53
2.3.4 Aspectos Éticos.....	54
4 RESULTADOS	56
4.1 Manuscrito 1: Validação de um instrumento de distresse moral em enfermeiras da atenção básica	57
4.2 Manuscrito 2: Frequência e intensidade de distresse moral em enfermeiras da atenção básica.....	78
4.3 Manuscrito 3: Situações geradoras de distresse moral em enfermeiras da atenção básica	101
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
6 REFERÊNCIAS	132
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	139
ANEXO 2 – INSTRUMENTO ORIGINAL – ESCALA BRASILEIRA DE DISTRESSE MORAL DE ENFERMEIROS.....	141
https://docs.google.com/forms/d/1__HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF214wMUqLwrvikfSfiE/edit APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	154

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	155
--	-----

1 INTRODUÇÃO

Esta tese está vinculada academicamente ao Laboratório de Pesquisas sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem (PRÁXIS) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), na linha de pesquisa Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Adotou-se para esse estudo a percepção de ética como reflexão sobre a moral. A moral é entendida como um sistema que está mais ou menos coerente com os princípios, valores, normas, preceitos, atitudes, que servem de orientação para a vida das pessoas. Assim, a moral engloba o contínuo ajustamento de e frente a normas específicas humanas, pela aptidão para a solução de conflitos e assunção de virtudes próprias de uma comunidade e de alguns princípios universais que nos permitem avaliar criticamente as concepções morais dos outros e também da própria comunidade. A ética, por sua vez, não é dedutiva nem indutiva, mas sim circundada por uma hermenêutica crítica própria. Nos diferentes âmbitos da vida social identificam-se princípios éticos que se modulam de forma diferente, segundo os âmbitos da experiência humana (CORTINA, MARTINEZ, 2013).

Este estudo busca aprofundar as questões de distresse moral relacionadas ao cotidiano profissional dos enfermeiros. Primeiramente, esclarece-se que o termo distresse moral foi abordado inicialmente nos Estados Unidos como *moral distress* e traduzido no Brasil como sofrimento moral. Nesse estudo adota-se o termo distresse moral, já que o termo foi incorporado à língua no Brasil.

Conceitualmente, o distresse moral foi definido por Jameton (1984) como um desequilíbrio psicológico ocasionado pela não realização de uma ação identificada como a moralmente correta a seguir, devido a barreiras institucionais, relutância de chefias, falta de recursos humanos e materiais, entre outros. Nos anos 2000, o distresse moral relacionou-se à compreensão de que quando um enfermeiro é incapaz de realizar uma ação, respostas psicológicas são desencadeadas e se apresentam no ambiente de trabalho (CORLEY, 2002).

Partindo do conceito apresentado por Jameton em 1984, Judith Wilkinson, desenvolveu entre 1987/1998 a primeira pesquisa empírica com enfermeiros de 24 hospitais. Em tal pesquisa encontrou 3 situações geradoras de distresse moral: 1) Realizar tratamentos fúteis; 2) Restrições internas e externas, como restrições burocráticas e falta de autonomia; 3) Os enfermeiros desenvolvem distresse moral não somente

por não conseguir desenvolver a ação correta, mas por desenvolverem a ação errada (MCCARTHY, GASTMANS, 2015).

Desde então o conceito de distresse moral vem sendo debatido nos últimos 30 anos em diversos estudos, mas, no entanto ainda deixa lacunas e fragilidades. Existe um consenso de que o distresse moral perpassa pelo emocional, físico e psíquico do enfermeiro, a partir das restrições e constrangimentos gerados pela omissão ou não realização da ação adequada (MCCARTHY, GASTMANS, 2015).

Também é consenso que a impotência ou a incapacidade de realizar a ação adequada são elementos chaves para o desencadeamento do distresse moral. Outro aspecto destacado é o modo como cada profissional vivencia o distresse moral nos diferentes cenários do trabalho e níveis de complexidade, apontando para a necessidade de novas proposições conceituais que possam dar suporte a tal empreendimento (RAMOS et al., 2016).

Com um novo olhar é apresentado um marco conceitual brasileiro, o qual aponta o distresse moral como um fenômeno processual e ao mesmo tempo uma experiência singular, que integra a experiência ética e moral. Nesse enfoque, tem-se o sentido produtivo do distresse moral pela agregação da experiência de si na constituição da formação do sujeito ético (RAMOS et al., 2016).

O distresse moral concebido como processual engloba elementos que articulam a experiência ética, tais como, o problema moral, a incerteza moral, a sensibilidade moral, a inquietação moral, a deliberação moral e as competências éticas profissionais. O problema moral é o ponto de partida do distresse moral, não há distresse moral sem o sujeito estar frente a um problema que lhe exige posicionamento. Para o problema ser perceptível é necessário que se tenha a sensibilidade moral, uma capacidade de refinamento, de percepção diferenciada (RAMOS et al., 2016).

Nesse processo a diferenciação entre incerteza, dilema e distresse moral é reportada do modo que a incerteza compreende a insegurança moral frente a uma ação a ser realizada, enquanto o dilema se faz presente quando existem dois cursos distintos a seguir e o distresse moral quando há o bloqueio da ação correta ou desejada pelo sujeito (RAMOS et al., 2016).

A deliberação enquanto razão prática se faz presente no processo de distresse moral confluindo para a evidência da impossibilidade de sua aplicabilidade exatamente no momento de tomada de decisão e agir. Além disso, adiciona-se a ideia de que mesmo após o curso desejado ser tomado, o distresse moral pode ser vivenciado no processo de

deliberação moral, quando se realiza a avaliação desse processo (RAMOS et al., 2016).

Nessa relação da prática ética, a deliberação moral está imersa na subjetividade dos sujeitos, assim como em seus valores e princípios éticos e morais, crenças e conhecimentos científicos (SCHNEIRDER, RAMOS, 2011). Sendo assim, a deliberação moral como uma ferramenta deve ser utilizada a partir das reflexões de cada sujeito, que nos momentos necessários a colocarão em prática.

O distresse moral vem sendo estudado em vários âmbitos na enfermagem mundial, como nas unidades de terapia intensiva, na saúde mental, na oncologia, em centros cirúrgicos, emergência, unidade de pacientes traumáticos, unidades pediátricas, (COHEN, ERICKSON, 2006; MEKECHUK, 2006; OHNISHI, 2010; EDMONSON, 2010; AFT, 2011; MITTON et al., 2011, BOHNENKAMP et al., 2015, TROTOCHAUD et al., 2015; RATHER et al., 2016; WOLF et al., 2016).

No Brasil vêm sendo desenvolvidos estudos sobre distresse moral com algumas variações de enfoques, desde revisões bibliográficas (DALMOLIN, 2007; 2009; SCHAEFER, VIEIRA, 2015; RAMOS et al., 2016), etnoenfermagem orientada pelo modelo de Leininger (BULHOSA, 2006), estudos de validação e ampliação da Moral Distress Scale (MDS) (BARLEM, 2009; 2012; BARLEM et al., 2013; 2014), pesquisas quantitativas (BARLEM, 2009; 2012; BARLEM et al., 2013, 2014; RAMOS et al., 2016), pesquisas qualitativas (DRAGO, 2014; GHISLANDI, 2015; RENNÓ, 2015) e mais recentemente estudo direcionado ao marco conceitual desse fenômeno na enfermagem brasileira (RAMOS et al., 2016).

Buscando avaliar a intensidade e frequência do distresse moral em enfermeiros, Corley et al. (2001) desenvolveu a primeira versão de uma escala intitulada Moral Distress Scale (MDS) e a aplicou em uma amostra de 214 enfermeiros atuantes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo que nessa versão não correspondia intensidade e frequência, mas somente o nível de distresse moral. Após sua elaboração e validação, ampliou a MDS para uma segunda versão inserindo intensidade e frequência e aplicou com 106 enfermeiros atuantes em clínicas médicas e cirúrgicas (CORLEY et al., 2005).

A MDS foi validada e ampliada para a língua portuguesa por Barlem (2009; 2012), no entanto ainda com direcionalidade unicamente para o âmbito hospitalar. A necessidade de expandir a MDS dentro do âmbito hospitalar, aplicando também em outras categorias como para

estudantes de medicina, enfermeiros psiquiatras, farmacêuticos entre outros profissionais da saúde foi identificada por Hamric, Borchers e Epstein (2012) reformulando a MDS, para Moral Distress Scale Revision (MDS-R) validada e aplicada em profissionais da saúde de diferentes cenários hospitalares americanos.

Os estudos apresentados na literatura retratam majoritariamente o distresse moral no cenário hospitalar em seus vários âmbitos de especialidades. No entanto, o Brasil possui o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem na atenção básica à saúde um eixo ordenador das redes de Atenção à saúde e do acesso aos serviços. Essa é direcionada para as necessidades de saúde local, na qual o profissional enfermeiro se apresenta como elo entre a comunidade e os serviços de saúde.

A atenção básica é regida pela Política Nacional de Atenção Básica instituída pela Portaria 48/MS/2006 e reestruturada pela Portaria 2.488/MS/2011/2012. Nesse documento a atenção básica é apresentada como porta de entrada dos usuários, com alto grau de descentralização e capilaridade, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Ainda nesse documento é posto que os termos atenção primária e atenção básica possuem o mesmo significado, podendo-se adotar qualquer um deles (BRASIL, 2012).

A PNAB reordena, implementa e fortalece as Estratégias de Saúde da Família (ESF), antes denominadas Programa de Saúde da Família (PSF), visando consolidar os princípios da atenção básica, assim como os previstos no SUS (BRASIL, 2012).

No novo lócus da ESF, a equipe mínima de saúde é composta por: enfermeiro, médico, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnico ou auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2012). Essa equipe deve estar apta a trabalhar nesse ambiente multifacetado, o qual exige, não somente conhecimento do profissional, mas também apoio técnico, gestor e multiprofissional para resolutividade das ações.

Os desafios na atenção básica são inúmeros, principalmente aqueles relacionados à organização e condições de trabalho, que pela falta de estrutura física adequada, vínculos temporários, sobrecarga, remuneração inadequada, acumulação de escalas de serviço, prejudicam na qualidade do cuidado prestado aos usuários (CARDOSO 2011; PIRES et al., 2011; BERTONCINI, PIRES, SCHERER, 2011; SILVA, ROTENBERG, FISCHER, 2011; PIRES et al., 2016). Outros desafios apontados se referem às relações pessoais/profissionais entre a equipe pela falta de diálogo e comunicação e questões relacionadas com a

gestão, falta de recursos humanos e falhas na rede de atenção (COTTA et al., 2006; PIRES et al., 2011; PIRES et al., 2016).

Essas e inúmeras outras questões podem vir a abarcar conflitos que podem culminar no distresse moral, em especial na enfermeira.

A enfermeira vem historicamente construindo seu espaço na atenção básica na gestão, educação e assistência a partir de seu processo de cuidar, pelas suas atividades prioritárias - atendimento individual e em equipe, educação em saúde e em serviço, coordenação; como pelas suas atividades rotineiras – visitas domiciliares, reuniões em equipe, supervisão, avaliação, monitoramento (SILVA, ASSIS, 2015).

A enfermeira é responsável pela sua população adscrita e é com, e para ela que desenvolve suas ações assistenciais, gerenciais, educacionais e de pesquisa. A partir do planejamento de ações de enfermagem e multidisciplinares com o propósito de garantir o cuidado integral aos indivíduos, famílias e comunidades (REGIS, BATISTA, 2015).

Em função da amplitude e especificidade do cenário brasileiro, que possui sua configuração voltada para a reorientação da atenção básica, e onde o enfermeiro é o profissional de referência, torna-se imprescindível investigar o distresse moral. Também, justifica-se aqui a necessidade de validar um instrumento que contemple o cenário brasileiro em particular.

Fica claro que o tema em discussão ainda é incipiente, apresentando novas características à medida que são realizadas pesquisas inovadoras e que auxiliam na discussão e disseminação desse conceito. O distresse moral torna-se mais grave no trabalho da enfermagem, porque pode alterar a qualidade do cuidado prestado com maior risco de danos ao paciente.

Visto isso, é de suma importância a reflexão dessas questões na realidade brasileira, tanto no âmbito hospitalar como no âmbito da atenção básica, para que os profissionais possam identificar e tomar um direcionamento positivo. Além de poderem elaborar estratégias de enfrentamento frente aos sentimentos vivenciados, contribuindo para a qualidade, integralidade e humanização das ações em saúde.

Assim, pretendeu-se com a realização dessa pesquisa contribuir na identificação de situações desencadeadoras, fatores preditores e

associados ao distresse moral em enfermeiras¹ da atenção básica. A validação de um instrumento que possa mensurar a frequência e a intensidade de distresse moral pode contribuir para conhecer com maior profundidade o problema e promover futuras intervenções sobre as causas do mesmo.

Diante disso, a questão norteadora desse trabalho foi:

Quais as situações desencadeadoras, os fatores associados e os preditores de distresse moral em enfermeiras da atenção básica?

Frente a essa reflexão, pretendeu-se alcançar os seguintes objetivos:

- Validar um instrumento para identificar as situações desencadeadoras do distresse moral em relação à intensidade e frequência, em enfermeiras da atenção básica.

- Identificar os preditores e fatores associados ao processo de distresse moral em enfermeiras da atenção básica.

- Identificar a frequência e intensidade de distresse moral em enfermeiras da atenção básica.

- Analisar as associações das situações desencadeadoras e fatores preditores de distresse moral em enfermeiras da atenção básica.

- Analisar as situações geradoras de distresse moral em enfermeiras da atenção básica.

Por fim, defende-se a seguinte **tese**:

As enfermeiras brasileiras reconhecem situações que desencadeiam distresse moral, o qual possui fatores associados, preditores, além de frequência e intensidade variáveis.

¹ Optou-se pelo uso do substantivo no feminino, “Enfermeiras”, pelo fato da maioria da população do estudo ser do sexo feminino, assim como o contingente destas profissionais no Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta tese está subsidiado pela Política Nacional de Atenção Básica e pelo marco conceitual elaborado para o macro projeto “*O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde*”, ao qual esse estudo se integra. Neste marco são articulados os conceitos de distresse moral, sensibilidade moral, problema moral e deliberação moral.

2.1 Atenção básica e o papel da enfermeira

O sistema de saúde brasileiro se organiza para garantir o acesso universal aos bens e serviços necessários para a promoção e recuperação da saúde e em sua estruturação a atenção básica possui fundamental papel, não apenas como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) mas como reorientadora do modelo assistencial. A partir da regulamentação do SUS pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) 8.080/90 e sua complementar 8.142/90, passa-se a redimensionar o modelo de atenção à saúde para um modelo centrado nas ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cura da doença. Esse modelo se fortalece com a formulação e implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) que tem seu foco na atenção à saúde das famílias, nas suas necessidades e especificidades locais.

Atenção básica é entendida como as ações realizadas de cunho de promoção da saúde, prevenção e reabilitação de agravos, diagnóstico, tratamento, redução de danos, e manutenção da saúde, seja no âmbito individual ou coletivo, com objetivo de desenvolver uma atenção integral, que gere a autonomia dos sujeitos, exercida por meio de práticas de gestão e cuidado de forma participativa e compartilhada para populações com territórios definidos, por meio do trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2012). A atenção básica se torna um campo de inúmeros desafios, primeiro por tentar reestruturar um modelo de atenção tradicional, segundo pela variedade de atores envolvidos no seu processo de implementação e consolidação.

Esse novo formato na atenção à saúde incide na necessidade de construir estratégias para o seu fortalecimento, tendo o PSF como estratégia central para o redimensionamento de suas práticas. Esse programa foi implantado em 1994 com o objetivo de reorientar a dinâmica assistencial, reimprimindo uma nova forma de funcionamento

do SUS, com definições de responsabilidades entre serviços de saúde e população (BRASIL, 1997).

A partir deste modelo impõe-se pensar e fazer saúde de forma inovadora, rompendo com paradigmas curativistas e hospitalocêntricos, tendo não somente o indivíduo doente como foco de atenção, mas sim toda a comunidade, suas necessidades e particularidades. Buscando-se para além da cura da doença, mas sim estratégias e ações que promovam a saúde, a participação da coletividade, a troca de experiências e conhecimentos entre profissionais e usuários.

No entanto, visto o avanço na sua implantação, o PSF é renomeado para Estratégia de Saúde da Família (ESF) devido a sua abrangência nacional, passando a ser uma estratégia de consolidação, expansão e qualificação da atenção básica, ampliando a resolutividade e o impacto das ações em saúde, bem como a relação custo benefício (BRASIL, 2012)

Uma das especificidades da ESF é a composição de sua equipe de saúde, tendo como equipe mínima: médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem e/ou auxiliares de enfermagem, podendo ser acrescentado à equipe de saúde bucal com cirurgião dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

O caráter multidisciplinar da ESF apresenta outro locus de atuação, não tendo um profissional específico para atender a população, mas sim, uma equipe multidisciplinar que, a partir do diagnóstico da realidade, discute as melhores soluções para cada caso, seja ele de cunho coletivo ou individual.

Segundo Degani, Camelo (2009) para a nova perspectiva que a ESF propõe, as equipes multidisciplinares devem corresponder às necessidade de saúde da população a partir de funções preestabelecidas, sendo que essas, em sua maioria, demandam um alto grau de complexidade, exigências e responsabilidades.

Visto que as mudanças em nossa sociedade estão cada dia mais rápidas, apontando para novas necessidades, é preciso repensar a oferta a todo o momento para sanar tais necessidades, de modo que um profissional sozinho não conseguirá resolvê-las. Nesse contexto, essa equipe multidisciplinar vem sendo ampliada, principalmente com a instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria n. 154/08, a qual o apresenta como rede de apoio para a ampliação da abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização das ações da ESF (BRASIL, 2009).

O NASF deve atuar seguindo algumas direcionalidades como: educação permanente dos profissionais e população; ação

interdisciplinar e intersetorial; integralidade; participação popular; educação popular; desenvolvimento da noção de território; promoção da saúde e humanização. Para tal, os integrantes do NASF devem ser escolhidos a partir dos critérios de cada área de atuação, pelas necessidades locais, visando o compartilhamento de saberes e apoiando as práticas de saúde das equipes da ESF (BRASIL, 2009).

Com a ampliação da atenção básica e dos diversos profissionais integrantes, destaca-se o papel da profissional enfermeira tendo como principais atividades na ESF: realizar atenção em saúde aos indivíduos e famílias cadastradas ; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupos, solicitar exames, prescrever medicamentos e encaminhamentos quando necessário; realizar atividades programadas e de demanda espontânea; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; contribuir, realizar e participar de atividade de educação permanente em saúde; participar do gerenciamento adequado dos insumos necessários à unidade de saúde (BRASIL, 2012).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, especialmente na reedição dada pela Portaria 2.488/MS/2011/2012, as ações da enfermeira são delineadas mais claramente. Na prática dos serviços esse profissional realiza um expressivo conjunto das atividades na atenção básica. É nele que outros profissionais da equipe, incluindo técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, ACS, assistentes administrativos, entre outros têm a referência para organizar e desenvolver suas práticas em saúde.

Historicamente a enfermeira vem construindo seu espaço na atenção básica pela gestão, educação e assistência a partir de seu processo de cuidar, por meio de atividades prioritárias - atendimento individual e em equipe, educação em saúde e em serviço, coordenação -, como pelas atividades rotineiras – visitas domiciliares, reuniões em equipe, supervisão, avaliação, monitoramento (SILVA, ASSIS, 2015).

É notório que as ações desse profissional são amplas e diversificadas, perpassam pelos níveis de atenção, gestão, educação e pesquisa, o que faz com que a enfermeira se torne peça fundamental para o fortalecimento das ações nas equipes de ESF.

Em cada território a enfermeira é responsável pela população e desenvolve suas ações assistenciais, gerenciais, educacionais e de pesquisa, com e para ela, a partir do planejamento de ações de enfermagem e multidisciplinares, a fim de garantir o cuidado integral aos indivíduos, famílias e comunidades (REGIS, BATISTA, 2015).

Outro aspecto a se destacar das ações da enfermeira é o vínculo estabelecido com os usuários, pois ao realizar atividades de educação em saúde, consulta de enfermagem, visitas domiciliares e salas de espera, esse profissional proporciona ao usuário uma aproximação maior, favorecendo o estabelecimento do vínculo. É reconhecido que para a criação do vínculo com a comunidade é necessário que o profissional ofereça a escuta qualificada, em um sentido de mão dupla, visando às necessidades da comunidade (CERVERA, PARREIRA, GOULART, 2011).

O vínculo é elemento essencial para que a enfermeira desenvolva ações no âmbito da atenção básica, pois para que essas sejam resolutivas e integrais é necessário que haja a interação entre profissional/usuário/comunidade.

Nesse cenário extenso de atuação, a enfermeira tem a necessidade de delinear seu campo de atuação profissional e político-legal conforme os princípios e diretrizes do SUS (BACKES et al., 2012). É necessário que a enfermeira tenha clareza de suas ações e que estabeleça com outros profissionais uma postura próativa, a qual vise o compartilhamento de saberes e experiências.

Tendo em vista as atividades que esse profissional exerce na atenção básica, em complexas relações entre profissionais, usuários e gestores, em permanentes negociações frente a responsabilidades e formas de responder a necessidades e demandas, em não raras situações de choques de valores e divergências de condutas, é comum que o trabalho seja permeado por desafios e conflitos. Esses conflitos podem ocasionar no profissional sentimentos relacionados ao distresse moral, quando esses julgam saber a ação correta a realizar, mas devido a barreiras institucionais, legais, falta de estrutura, profissionais qualificados, entre outras, acabam por não realizarem a ação desejada (JAMENTON, 1984; CORLEY et al., 2001; 2005; BARLEM 2009, 2012; RAMOS et al., 2016).

2.2 O distresse moral no trabalho da enfermeira no contexto da ABS

A ética é especialmente exposta na percepção dos conflitos da vida, na forma com que nos posicionamos frente a esses, sendo fundamentada em três princípios: a percepção dos conflitos, ou seja, a consciência; a autonomia, ou como nos posicionamos frente à razão e à emoção de forma ativa, positiva e autônoma; e a coerência; sendo que a eticidade está relacionada com o ser ou não ético em suas ações. A

grande diferença entre ética e moral é que enquanto a moral é imposta, a ética é percebida, pois ela deve ser apreendida pelo indivíduo, vir de seu interior (SEGRE, CHOEN, 2002).

A ética e a moral confluem no modo de ser das pessoas, em seu caráter, a ética não é neutra, e vem com a tríplice função de – esclarecer o que é a moral, quais são seus traços específicos; fundamentar a moralidade; e aplicar aos diferentes âmbitos da vida social os resultados obtidos nas duas primeiras funções, adotando-se uma moral crítica ao invés de um código moral imposto (CORTINA, MARTINEZ, 2013).

A moral é entendida como um sistema que está mais ou menos coerente com os princípios, valores, normas, preceitos, atitudes que servem de orientação para a vida das pessoas. Ao longo dos anos as concepções são alteradas por cada ser humano, isso pode ocorrer toda vez que se realiza um julgamento que consideramos conveniente. A moral é entendida como um fenômeno que engloba algumas características, tais como a moralidade no âmbito da realização, da vida feliz, como ajustamento de normas específicas humanas, como aptidão para solução de conflitos, como assunção de virtudes próprias de uma comunidade e de alguns princípios universais que nos permitem avaliar criticamente as concepções morais dos outros e também da própria comunidade. A ética não é dedutiva nem indutiva, mas sim circundada por uma hermenêutica crítica própria, onde nos diferentes âmbitos da vida social identifica-se um princípio ético que se modula de forma diferente, segundo o âmbito em que nos encontramos (CORTINA, MARTINEZ, 2013).

Vários fundamentos ou princípios são reconhecidos por sua importância como norteadores da ética na enfermagem, como a não maleficência, a autonomia, a beneficência e a fidelidade. A não maleficência estaria relacionada à prevenção de danos ao paciente, à autonomia, à liberdade de escolha do paciente, à beneficência, à prestação de benefícios ao paciente e à fidelidade ao promover a confiança do paciente no profissional, de que este manterá os compromissos tácitos ou explícitos com o paciente. Destacam-se a confidencialidade, a privacidade do paciente e a veracidade, a qual envolve ações e crenças que se baseiam nos valores da verdade, rigor e honestidade e, por fim, a justiça, que embasa o tratamento com o uso de recursos disponíveis de forma equitativa (COHEN, ERICKSON, 2006).

A moral, então, está intrínseca aos nossos valores e quando não agimos de acordo com esses somos penalizados de alguma forma, seja

pela sociedade, seja por nós mesmos, o que pode gerar angústia, dor e sofrimento.

Para Jameton (1984) a ética e a moral podem ser distinguidas de forma objetiva, a primeira é formal, regida pelos códigos de ética que regulam as profissões, e a segunda é informal, também sendo distinguida pelo profissional/pessoal e obrigação/investigação. O profissional conduz a ética ligada aos códigos de ética das profissões, enquanto o pessoal à moral, se relacionando com os valores e princípios explícitos ou implícitos de cada ser humano. A obrigação refere-se à moral, aos valores que as pessoas seguem, sejam eles de cunho profissional ou pessoal, e a investigação está direcionada ao estudo dos princípios e valores.

A ética e a moral fazem parte do cotidiano da enfermagem, pois esses profissionais são guiados pelas suas crenças e valores, os quais influenciam na tomada de suas decisões (COEHN, ERICKSON, 2006). Se essas decisões não vão ao encontro com seus preceitos, ou de alguma forma lhe geram conflitos ou incertezas sobre a ação ou percurso correto a tomar, ocorre angústia/sofrimento moral.

Para o desenvolvimento desse estudo optamos por não distinguir angústia e sofrimento moral, pois esses são tratados na literatura internacional como *moral distress e moral suffering*, mas adotou-se o termo *distresse moral* devido aos estudos conceituais desenvolvidos pelo grupo de pesquisa no qual a pesquisadora está inserida. Antes de problematizar o *distresse moral*, é necessário refletir sobre as questões nele implicadas, como a incerteza, o problema moral e por fim o processo de deliberação moral.

Jameton (1984) apresenta que a incerteza moral surge quando os princípios e os valores morais não são identificados, como no momento em que se negligencia o problema de um paciente dando a ele pouca atenção, trazendo sentimentos de insatisfação quanto ao tratamento por parte do profissional, mas, no entanto esse não reconhece a natureza e a inadequação de sua ação.

Corroborando com os pressupostos de Jameton (1984), Hardingham (2004) expõe que a prática ética pode ser vivenciada na incerteza moral da enfermeira, ou seja, quando a enfermeira não sabe qual crença se aplica aos valores, expressando um palpite ou intuição; nesse momento é preciso obter mais clareza sobre a ação a ser tomada. Ramos e Barlem (2014) expressam que a incerteza moral é ontológica, inerente à condição humana e vida social.

A incerteza pode ser vivida pelas enfermeiras quando essas não estão capacitadas para alguma ação, ou mesmo, quando não conseguem

identificar o percurso correto a seguir, não existe o conflito entre dois ou mais caminhos a seguir, mas sim a dificuldade em identificar esses caminhos.

O dilema moral emerge de dois cursos distintos e conflitantes, existindo a possibilidade de seguir caminhos distintos e a escolha de um acarretará na exclusão do outro, não havendo uma razão óbvia para se escolher entre um e outro, em algumas vezes apresentando evidências de que um é moralmente correto e outro moralmente incorreto, e em cada caso a evidência é inclusiva (HAMRIC, BLACKHALL, 2007; HARDINGHAM, 2004). O dilema surge quando os princípios morais são claros, mas possuem cursos inconsistentes, havendo que desistir ou perder um valor (JAMETON, 1984).

Dessa forma, pode-se distinguir dilema de incerteza moral, pois enquanto o primeiro apresenta alternativas de caminhos a seguir, o segundo vivencia a incerteza e a insegurança na ação a ser executada. O dilema e a incerteza estão presentes na prática ética da enfermeira. Para isso é necessário que esse profissional possua subsídios éticos e morais para realizar as suas ações, e quando estiver frente à alguma dessas situações saiba utilizar de estratégias para enfrentá-las.

Frente à limitação do conceito de dilema, que se refere à existência de duas alternativas inconciliáveis, o marco conceitual adotado opta pelo termo problema moral, pois este abrange um conjunto maior de situações reais, quando a reflexão é mais aberta, pois recai sobre várias alternativas, em diferentes graus de oposição ou conflito, ou até com possibilidade de ponderação, conciliação e intermediação.

O conflito moral aparece na incerteza, sobre um resultado ou um plano de ação a ser tomado, envolve as incertezas do paciente, seus familiares e profissionais de saúde (KOPALA, BURKHART, 2005). Os conflitos ocasionados pela incerteza podem gerar uma tomada de decisão não coerente com os princípios dos profissionais.

Também neste caso amplia-se a noção de conflito, que não se restringe ao momento de incerteza; ao contrário, o posicionamento e a convicção que eliminam a incerteza ou a superam é tão ou mais geradora de conflitos, pois podem se defrontar com o choque com outras posições e convicções, com outros envolvidos.

A partir do conceito clássico se diferencia o distresse moral do dilema ético, pois para o segundo há escolhas a serem feitas, enquanto o primeiro é ocasionado quando o profissional sabe o que deveria fazer, mas intercorrências levam-no a realizar de modo contrário, ou a não

realizar a ação que julgava ser a eticamente adequada (JAMETON, 1993).

Na enfermagem, Jameton (1984) foi o primeiro estudioso a definir o distresse moral (*moral distress*) como um desequilíbrio psicológico, ocasionado por sentimentos de dor e angústia, quando o profissional sabe o que deveria ser realizado, mas devido a barreiras institucionais, falta de tempo, relutância de chefias, constrangimentos legais, políticas de instituições de saúde e relacionados ao poder médico, não exercem as suas funções conforme seus preceitos morais. Os sentimentos ocasionados pelo distresse moral podem levar o profissional a apresentar uma angústia inicial e reativa. Jameton (1993) descreve a angústia inicial pelos sentimentos de raiva, dor, medo, aflição vivenciados em um primeiro momento do contraste com seus valores e preceitos; a persistência desses após a sua vivência é identificada como angústia reativa. A angústia inicial pode muitas vezes se tornar reativa, seja pela falta de suporte da equipe, da instituição ou do próprio profissional em saber lidar com situações conflituosas.

Partindo do conceito apresentado por Jameton em 1984, Judith Wilkinson, desenvolveu entre 1987/1998 a primeira pesquisa empírica com enfermeiras de 24 hospitais, nessa encontrou 3 situações geradoras de distresse moral: 1) Realizar tratamentos fúteis; 2) Restrições internas e externas, como restrições burocráticas e falta de autonomia; 3) As enfermeiras desenvolvem distresse moral não somente por não conseguirem desenvolver a ação correta, mas por desenvolverem a ação errada (MCCARTHY, GASTMANS, 2015).

Desde então o conceito de distresse moral vem sendo debatido nos últimos 30 anos em diversos estudos, no entanto ainda deixa lacunas e fragilidades. Existe um consenso de que o distresse moral perpassa pelo emocional, físico e psíquico da enfermeira, a partir das restrições e constrangimentos gerados pela omissão ou não realização da ação adequada (MCCARTHY, GASTMANS, 2015).

As visões distintas de profissionais da saúde, pacientes e familiares, sejam disciplinares ou empíricas, sobre a cura e o cuidado, a saúde e a doença, refletem em visões distintas também sobre a moralidade das ações e os problemas morais que essas possam causar (BARLEM, 2009). Nesse sentido, o distresse moral pode aparecer de diversas formas para cada ser humano, pois esse possui valores singulares, que permeiam suas ações e consciência.

Dado este caráter particular da experiência é que o cenário de trabalho tem importância sobre o distresse moral. Assim, com enfermeiras de cuidados críticos na área da oncologia, o distresse moral

esteve intrínseco com a continuidade de ações invasivas que não acarretariam em melhoras nos pacientes, identificando essas como cuidados fúteis e sofrendo moralmente por não poderem realizar cuidados paliativos de qualidade a esses pacientes terminais (FERREL, 2006). Em cenário semelhante, enfermeiras de cuidados críticos identificaram o distresse moral em situações de tratamentos médicos agressivos a pacientes terminais, utilização inapropriada dos recursos em saúde, falta de respeito pelos pacientes e pelos médicos, informações incompletas repassadas aos familiares pelos médicos (GUTIERREZ, 2005).

A ação desempenhada pelo profissional de forma contrária aos seus princípios, ou quando o indivíduo faz julgamentos sobre a sua postura ou atitude, pode desencadear o distresse moral, no momento em que esse se encontra em uma posição de inabilidade frente a uma ação, ou seja, ele é incapaz de desenvolvê-la, pois barreiras são impostas, pela própria instituição, por medo e constrangimentos, ou falta de autonomia (MCCARTHY, DEADY, 2008).

O distresse moral pode ser vivenciado pela enfermeira em diferentes situações, sejam relacionadas ao paciente, ou entre os membros da equipe de saúde e o gestor da unidade ou centro de saúde, quando identificam a ação ou percurso correto a ser tomado e por inúmeros motivos acabam realizando-a de forma contrária. Os sentimentos gerados pela vivência desse podem acarretar consequências físicas, psicológicas e até mesmo o abandono da profissão por esses profissionais (RAMOS et al., 2016).

O abandono da profissão ou a mudança de ambiente de trabalho, quando vivenciado o distresse moral, foi identificado no estudo de Hamric, Blackhell (2007) com enfermeiras e médicos atuantes em unidade de cuidados intensivos. Esses retrataram que após presenciarem situações que acreditavam ser incoerentes com seus preceitos morais, pensaram em abandonar seu ambiente de trabalho.

Tendo em vista que cada ser humano vivencia o processo de distresse moral de uma forma única e singular, pois possuem crenças, valores e culturas distintas, as respostas e consequências para o próprio sujeito também serão diversificadas. Além do abandono da profissão, são relatadas situações de isolamento profissional, que ocorre quando o profissional vive o distresse moral em seu cotidiano, no entanto, quando os integrantes de sua equipe não vivenciam os mesmos sentimentos, sente-se sozinho e busca pelo isolamento profissional (EPSTEIN, DELGADO, 2010).

Pelo exposto, fica evidente a importância de se estudar e compreender o processo de distresse moral, pois além de ocasionar prejuízos na vida desses profissionais e no cuidado prestado, também pode levar ao abandono da profissão.

McCarthy, Gastmans (2015) destacam que o distresse moral está inerente aos atributos morais, como valores pessoais e crenças, conflitos de valores e sentimentos, desconforto moral, compromisso moral, sofrimento interior e fixação de um erro. Esses autores ainda retratam que o distresse moral não está reduzido somente ao emocional, psíquico e físico, mas deve-se ter atenção para o que fica depois de vivenciado esse fenômeno.

Pode-se inferir que vivenciar esses sentimentos é comum na prática da enfermagem, visto que essa é baseada em preceitos éticos e morais, no entanto, compreender e enfrentar os conflitos e os sentimentos que deles afloram torna-se um exercício diário para a enfermeira.

Ao se dirigir o foco para as consequências, enfrentamentos e superações do DM, amplia-se sua abordagem, de simples fenômeno para um processo que envolve a deliberação moral, ou seja, aprofundando o momento de efetuar a ação, de passar da incerteza e do problema/dilema para a escolha. A deliberação moral é um processo de decisão no qual a equipe multidisciplinar deve estar envolvida para esclarecer a questão ética, procurando encontrar um consenso ou uma argumentação ética global (STEINKAMP, GORDIJN, 2003). Os profissionais de saúde estão imersos em situações cotidianas que envolvem os princípios morais e éticos, pois o bom atendimento implica em escolhas, em posicionamento moral.

Neste processo de decisão os profissionais serão indagados e confrontados com questões morais e a deliberação moral se torna uma estratégia para o enfrentamento dessas questões de forma dialógica e construtiva (MOLEWIJK et. al, 2008).

Em estudo realizado com casos de situações éticas registradas em um conselho regional de enfermagem, Schneider e Ramos (2011) apontam que as declarações, as regras e práticas dos discursos dos profissionais nos casos de ética são expressões de deliberação moral, relacionados à justificativa teórica e à organização histórica do conhecimento de enfermagem, à sua legislação e seu código de ética profissional. No momento em que esses casos são julgados, ocorre o processo de deliberação moral, ou seja, a tomada de decisão delineada a partir dos valores éticos descritos na legislação de enfermagem.

As autoras acima ainda refletem sobre as dificuldades em se tomar uma decisão frente a um caso de violação ética, seja pela subjetividade da ação, falta de experiência na condução do processo, proximidade com o colega, ou pelo constrangimento em comprometer-se pela punição da carreira de outro colega. Para isso, é necessário que o processo de tomada de decisão seja realizado com uma postura ética imparcial e justa, seguida pelos conhecimentos técnicos e científicos e os princípios éticos que regem o código de ética, pois para haver a deliberação é necessário que se estabeleça um curso a seguir, sabendo-se que há outras opções, mas que a escolha será a mais adequada disponível (SCHNEIDERS, RAMOS, 2011).

A tomada de decisão referente a um caso de conduta ética inadequada se mostrou exemplar e similar a outros tipos de deliberação, especialmente quanto aos seus passos: definir a acusação; definir os envolvidos e os elementos envolvidos; solicitar mais informações se não houver suficientes; determinar a existência de uma evidência; - utilizar de uma referência, como o código de ética de enfermagem; delimitar as circunstâncias do evento; avaliar e discutir as possíveis escolhas; avaliar e discutir em grupo a decisão a ser tomada (SCHNEIDER, RAMOS, 2011).

Em consonância com os passos descritos acima, outros autores também descrevem alguns passos/objetivos para deliberação moral: refletir sobre o caso para melhorar a qualidade da assistência do caso; refletir sobre o que significa ser um bom profissional para aprimorar as competências morais e refletir sobre questões institucionais, organizacionais para melhorar a qualidade de atendimento nesse nível (MOLEWIJK et. al. 2008).

Os passos apresentados pelos autores deveriam ser atitudes rotineiras nos serviços de saúde, pois dessa forma a deliberação moral estaria sendo utilizada como uma estratégia de combate ao desencadeamento do distresse moral ou na diminuição da frequência e intensidade desse.

Assim, o processo de deliberação moral é uma ferramenta para tomada de decisões em situações conflitantes e de incertezas. No entanto, esse processo precisa se desenvolver por meio de relações dialógicas e compartilhadas entre os profissionais de saúde, buscando a melhor solução para determinado problema ou conflito a partir da troca de saberes e do respeito à posição e argumentos de todos os envolvidos.

Frente às discussões apresentadas, o presente estudo tem como marco analítico conceitual os conceitos descritos anteriormente e

aprofundados em discussões dos pesquisadores dos grupos de estudos PRÁXIS/UFSC, NEPS/FURG e NUPAE/UFMG, conforme apresentado na figura 1 e descritos abaixo.

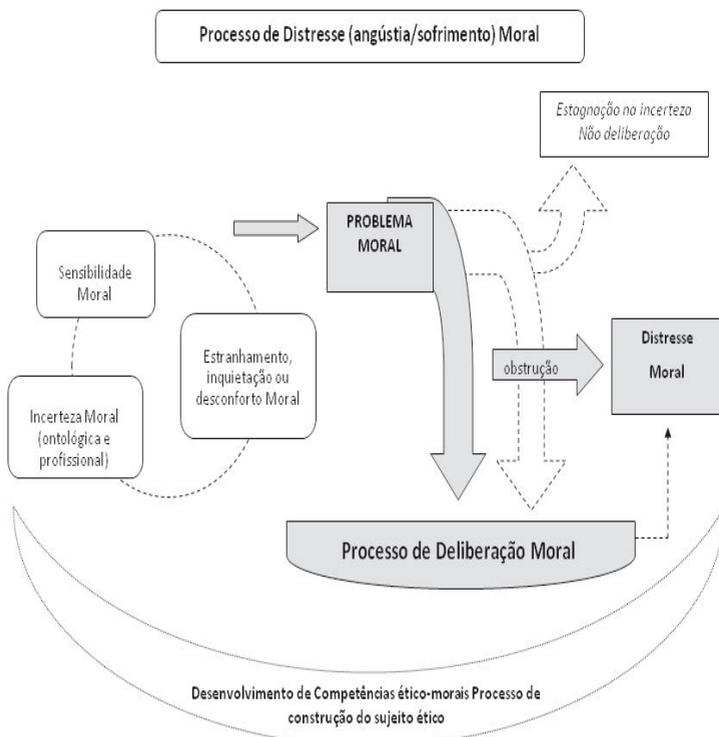


Figura 1. Marco Conceitual Analítico proposto por Ramos et. 2016.

Com um novo olhar é apresentado um marco conceitual brasileiro, o qual aponta o distresse moral como um fenômeno processual e ao mesmo tempo uma experiência singular, que integra a experiência ética e moral. Nesse enfoque, tem-se o sentido produtivo do distresse moral pela agregação da experiência de si na constituição da formação do sujeito ético (RAMOS et al., 2016).

O distresse moral como construto processual engloba elementos que articulam a experiência ética, tais como, o problema moral, a incerteza moral, a sensibilidade moral, a inquietação moral, a

deliberação moral e as competências éticas profissionais. O problema moral é o ponto de partida do distresse moral, não há distresse moral sem o sujeito estar de frente a um problema que lhe exige posicionamento. Para o problema ser perceptível é necessária que se tenha a sensibilidade moral, uma capacidade de refinamento, de percepção diferenciada (RAMOS et al., 2016).

Nesse processo a diferenciação entre incerteza, dilema e distresse moral é reportada do modo que a incerteza compreende a insegurança moral frente a uma ação a ser realizada, enquanto o dilema se faz presente quando existem dois cursos distintos a se seguir e o distresse moral quando há o bloqueio da ação correta ou desejada pelo sujeito (RAMOS et al., 2016).

A deliberação enquanto razão prática se faz presente no processo de distresse moral confluindo para a evidência da impossibilidade de sua aplicabilidade exatamente no momento da tomada de decisão e ação, além disso, adiciona-se a ideia de que mesmo após o curso desejado ser tomado, o distresse moral pode ser vivenciado no processo de deliberação moral, quando se realiza a avaliação desse processo (RAMOS et al., 2016). Esse marco conceitual sustentou as fases exploratória e analítica do presente estudo, ao final do mesmo, foi possível retomar a reflexão sobre o próprio marco utilizado e aportar novas contribuições ao mesmo, destacadamente quanto ao contexto estudado, de modo a ampliar suas possíveis aplicações e aprofundar o olhar sobre as experiências das enfermeiras que atuam na AB. Isso será retomado no capítulo das considerações finais deste estudo.

2.3 A aplicação de escalas de distresse moral no contexto mundial e brasileiro

Dando continuidade ao referencial teórico desse estudo, apresentam-se os estudos quantitativos desenvolvidos sobre o distresse moral, os quais tiveram em sua íntima identificar as situações geradoras de distresse moral e a frequência e intensidade de cada situação em diferentes contextos.

A primeira escala foi desenvolvida por Corley et al. (2001) entre os anos de 1994 a 1997 denominada Moral Distress Scale (MDS) e aplicada com 214 enfermeiras hospitalares (atuantes em unidades de terapia intensiva e ocupacional). A escala seguiu os pressupostos de Jameton, e foi validada pelo autor, bem como por Wilkinson, que realizou a primeira pesquisa empírica sobre distresse moral. A escala

continha 32 itens, com uma escala likert de 1 a 7 para identificar o nível de distresse moral vivenciado pelas enfermeiras, sendo que evidenciaram-se níveis moderados de distresse moral. Essa escala não continha os itens intensidade e frequência.

Uma segunda versão e aplicação da MDS foi realizada com 106 enfermeiras de unidades médicas e médicas cirúrgicas em dois hospitais norte-americanos para avaliar a intensidade e a frequência do distresse moral. Apontou-se no estudo que a causa de maior frequência e intensidade para o distresse moral estava relacionada em “trabalhar com níveis de pessoal que eu considero inseguro” e de menor frequência e intensidade “responder a pedido do paciente para a assistência à eutanásia, quando o paciente tem um prognóstico ruim” (CORLEY et al., 2005)

Nesse mesmo estudo ainda identificou-se que após a realização de uma conduta que levou a enfermeira a desenvolver o distresse moral, esse ainda continuava manifestando os sentimentos vivenciados pela experiência da ação inadequada, resultando assim em um resíduo moral (CORLEY et al., 2005).

No cenário brasileiro essa escala foi utilizada em dois estudos, o primeiro com enfermeiras pertencentes a quatro hospitais distintos (BARLEM, 2009), o segundo estudo utilizou da MDS, porém acrescentou e validou mais treze questões e foi realizado com profissionais de enfermagem (enfermeiras, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) em dois hospitais do sul do país (BARLEM, 2012).

Em sua primeira pesquisa, com 136 enfermeiras, Barlem (2009) também obteve resultados similares aos de (CORLEY et al., 2005), pois a categoria que obteve maior intensidade e frequência foi a “falta de competência na equipe de trabalho”. Tratando-se de cenários distintos, o autor ressalva que as diferentes culturas e formas de organização do trabalho contribuem para diferentes percepções sobre distresse moral.

Nesses dois estudos, mesmo sendo em realidades distintas, a questão da qualificação profissional foi fortemente relacionada ao fenômeno do distresse moral. Tornando-se necessária uma reflexão sobre como estão sendo formados esses profissionais e como se desenvolve a educação permanente no âmbito institucional.

A segunda pesquisa desenvolvida com 247 profissionais de enfermagem, também revelou a “falta de competência da equipe de trabalho” com a maior média e frequência, sendo a de menor média e frequência “o desrespeito à autonomia do paciente” (BARLEM, 2012).

Esses estudos apresentam a equipe de saúde e suas competências como fontes dos principais fatores de intensidade e frequência de distresse moral nos profissionais de enfermagem. Portanto, o distresse moral se faz presente no cotidiano dos serviços de saúde, refletindo no modo de agir de cada profissional e na qualidade do cuidado prestado.

Na realidade americana é evidenciada a necessidade de educadores prepararem os estudantes de enfermagem não somente para trabalhar a ética no sentido da não maleficência, beneficência, autonomia e justiça, mas em trabalhar a ética na dimensão gerencial do trabalho da enfermeira, como estratégia de identificar maneiras para evitar que esses profissionais vivenciem o distresse moral devido à falta de ética entre a equipe e sua forma de organização (CORLEY, 2002). Essa questão, porém, também deve ser refletida e discutida no âmbito brasileiro de saúde, visto que foram evidenciadas também fortemente nesse cenário.

O distresse moral também é identificado pelas enfermeiras em interligação com o modo de agir de profissionais médicos, seja pela falta de comprometimento, descaso com o paciente, demora nos atendimentos e/ou solicitações realizadas pelas enfermeiras. Outras questões relacionadas à equipe médica estiveram intrínsecas ao distresse moral das enfermeiras, como prestar auxílio a esse profissional sabendo que sua ação está incorreta ou está em desacordo com seus princípios morais, permitir que os estudantes de medicina realizem procedimentos invasivos somente para aprimorar suas técnicas (BARLEM et al., 2012).

É evidente a hegemonia médica presente nas discussões do distresse moral, pois por muitos anos o médico se mantém detentor do saber mais valorizado e o sistema de saúde foi fortemente direcionado para a cura da doença, fortalecendo o modelo biomédico curativista e hospitalocêntrico.

É compreensível que essas questões ainda se façam presentes no cotidiano das equipes de saúde, pois a característica multidisciplinar e de compartilhamento de saberes e fazeres ainda encontra-se em processo de construção no cenário brasileiro. No entanto, é necessário repensar, discutir e criar estratégias para que esse tipo de relação não gere sofrimento, angústia, desgastes, estresse, entre outros sentimentos, nos outros profissionais de saúde.

Na Suécia, um grupo de pesquisadores traduziu a MDS para a língua sueca, excluindo 6 questões que não condiziam com a realidade sueca, e a aplicaram com enfermeiras em diferentes contextos

hospitalares, cirúrgico, oncológico, ortopedia, doenças infecciosas e cuidados intensivos. Os resultados mostraram que esses profissionais relacionavam o distresse moral com maior intensidade e frequência à falta de recursos e profissionais competentes, e à realização de tratamentos que não eram necessários (SILÉN et al., 2011).

Outros pesquisadores canadenses que também utilizaram a MDS obtiveram resultados semelhantes, quando identificaram que os níveis mais altos de frequência e intensidade de distresse moral estavam relacionados a trabalhar com pessoal não capacitado (PAULY et al., 2009).

Esses estudos apontam para a qualificação dos profissionais como aspecto essencial no desenvolvimento do distresse moral. No momento em que se deparam com situações em que não se encontram capacitados para desenvolverem a ação adequada ao cuidado do paciente. Assim, o distresse moral é intensificado quando o profissional vivencia uma situação na qual necessita tomar uma decisão, no entanto não a executa por não possuir conhecimentos adequados.

Hamric, Borchers, Epstein (2012) reelaboram a MDS original de Corley et al. (2002, 2005) com o intuito de incluir mais causas de distresse moral, torná-la aplicável em ambientes distintos de UTI e em outros profissionais de saúde, além dos da enfermagem. Alguns itens foram removidos por não apresentarem as experiências de enfermeiras e outros profissionais e alguns itens foram adicionados de acordo com a literatura. Além disso, a escala Likert selecionada teve o escore de 0 a 4 para intensidade e frequência, sendo assim nomeada MDS-R.

A MDS-R continha uma caixa na qual os participantes obtinham a oportunidade de descrever outras situações de distresse moral não identificadas na escala, dessa emergiram 22 questões. A escala foi validada por experts e testes estatísticos como Alfa de Cronbach e depois aplicada com 37 médicos e 169 enfermeiras, evidenciando que os médicos vivenciavam menos o distresse moral do que as enfermeiras (HAMRIC, BORCHERS, EPSTEIN, 2012).

Como apresentado, o distresse moral está presente no cotidiano de trabalho. A enfermagem por si é uma prática ética, cercada de problemas, incertezas, conflitos que exigem posicionamento, que podem ser gatilho para o distresse moral ou para desenvolvimento da deliberação. Obstáculos ao processo de deliberação moral até sua completude (ação e avaliação da ação) ou deliberações avaliadas como indesejadas causam o DM e uma série de consequências físicas e psíquicas. Não apenas o DM deve ser discutido e refletido a todo o momento para que a cada dia possam ser elaboradas estratégias para a

diminuição de sua frequência e intensidade, mas também as competências éticas/ morais e as condições para um efetivo processo de deliberação moral devem ganhar espaço nestas discussões.

3 METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida por meio de dois tipos de estudos distintos, um estudo quantitativo e outro qualitativo. O estudo quantitativo buscou validar um instrumento pelo qual se identificam os preditores e fatores associados ao distresse moral, além de buscar associações. No estudo qualitativo pretendeu-se analisar como as situações de distresse moral ocorrem na prática da enfermeira da atenção básica.

A utilização de um estudo quantitativo e outro qualitativo buscou aprofundar as questões relacionadas ao fenômeno distresse moral, no momento em que o primeiro foca de forma objetiva e o segundo aborda a subjetividade desse fenômeno no cotidiano das enfermeiras atuantes na atenção básica.

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

3.1 Estudo 1

O estudo 1 foi desenvolvido em dois momentos, o primeiro pela validação do instrumento e o segundo pela aplicação desse.

3.1.1 Tipo do estudo

O primeiro momento do estudo foi caracterizado por uma pesquisa quantitativa transversal. A validação de um instrumento é compreendida por DeVellis (2012) como a adequação de uma escala como uma medida de variável específica, inferindo na maneira pela qual a escala foi construída, a capacidade de prever eventos específicos ou suas relações com outras medidas de construção. São 3 principais tipos de validade, segundo o autor: a validade de conteúdo, validade de constructo e a validade de critério.

A validade de conteúdo é o grau de adequação de um conjunto de itens, os quais refletem o domínio do conteúdo, é mais fácil de ser avaliada quando as palavras do domínio estão bem definidas, assim como para medir valores como crenças, atitudes ou disposições, difíceis de determinar exatamente se a amostra de itens é representável (DEVELLIS, 2012).

A validade de critério implica na relação de um critério com o item da escala, essa validação é entendida como uma praticidade por

não se preocupar com o processo, mas sim com a previsão dele, além disso a validade de critério não está relacionada com o tempo e a causa, mas sim a força dos relacionamentos empíricos entre os dois eventos, tendo como vantagem a sua identidade temporal (DEVELLIS, 2012).

A validade de constructo está diretamente relacionada com a relação teórica de uma variável para com as outras variáveis, o grau de como uma medida se comporta, como o constructo que se pretende medir deve se comportar frente às medidas de outras relações, estando relacionada à mensuração de traços e conceitos abstratos. O autor ainda destaca em seu livro que um número adequado para realizar a validação está entre 350 participantes (DEVELLIS, 2012; GRAY, 2012). O estudo foi realizado com 391 enfermeiras da atenção básica brasileira, sendo que aplicou-se o instrumento via online pelo googledocs.

Assim, descrevem-se a seguir os passos realizados em cada etapa de validação:

a) Validade de critério: ocorreu pela verificação das questões do instrumento com as teorias propostas na literatura, juntamente com a realização de uma revisão integrativa sobre o tema.

b) Validade de conteúdo: foi verificado se os itens do questionário representavam o conteúdo que se deseja avaliar, sendo realizada primeiro pela validação de 3 experts na área de ética, enfermagem e atenção básica. Inicialmente o questionário contava com 55 questões. Após a validação houve a inserção de 2 questões para a segunda etapa de validação de conteúdo: ? um pré-teste. Este foi aplicado em 30 enfermeiras de diferentes estados brasileiros do modo face a face, a partir do consentimento do profissional pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao final era indagado ao profissional se havia ficado alguma dúvida, falta de clareza ou coesão de texto. Todas as sugestões foram anotadas no próprio pré-teste e analisadas em conjunto com os pesquisadores.

c) Validade de traço ou construto: foi realizada para delimitar as características dos construtos que interessam à pesquisa, testando a consistência interna de cada item (ou seja, a confiabilidade das escalas), sua consistência sob diferentes enunciados (validade convergente) e sua diferença em relação aos outros itens de construtos diferentes (validade discriminante); de modo a fazer uma ligação entre a teoria ou construto (nível conceitual) com os itens avaliados (nível operacional). Em outras palavras, o nível conceitual permite especificar a natureza do construto estudado, e o nível operacional trata da lista dos enunciados (itens ou questões) que permitem medir os construtos.

Para a psicométrica a análise de fatores é utilizada no momento da validade de constructo, identificando os padrões de associação entre os constructos, esses também denominados como fatores podem ser utilizados para descrever escalas, sendo que esse tipo de análise permite que o pesquisador identifique a validade fatorial das questões que integram a escala (DANCEY; REYDI, 2011). Essa análise busca refinar ou validar instrumentos complexos, reduzindo conjunto de variáveis, transformando-os em conjuntos menores; assim ela desenreda inter-relações complexas entre as variáveis e identifica quais delas ficam juntas como conceitos ou fatores unificados (POLIT, BECK, 2011).

Para a análise de constructo utilizou-se do software Statistical Package for the Social Sciences v.23 (SPSS) para realizar a análise fatorial com rotação *Varimax* e o Alfa de Cronbach.

A segunda parte do estudo foi caracterizada como um estudo quantitativo transversal. Esse tipo de pesquisa enquadrou-se nesse estudo, pois o objetivo foi identificar a frequência e intensidade de distresse moral em enfermeiras da atenção básica, havendo a necessidade de coletar um grande número de dados em um espaço de tempo

3.2.2 Local e participantes do estudo

O cenário foi o território brasileiro, localizado no leste da América do Sul. Conforme o Censo realizado em 2010, a população brasileira é de 190.732.694 milhões, sendo pardos 43,1%, brancos 47,7%, negros 7,6%, indígenas 0,4%, amarelos 1,1%; com expectativa de vida de 73,4 anos e taxa de analfabetismo de 9,6% (IBGE, 2010). Segundo as estimativas, no ano de 2025, a população brasileira deverá atingir 228 milhões de habitantes, sendo que atualmente ela se distribui pelas regiões da seguinte forma: Sudeste (80,3 milhões), Nordeste (53,07 milhões), Sul (27,3 milhões), Norte (15,8 milhões) (SUA PESQUISA, 2014).

O foco do estudo será a atenção básica brasileira, que segundo a PNAB (2012) constitui um conjunto de ações com vistas à promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação da saúde, diagnóstico, tratamento, redução de danos e manutenção da saúde. Ela é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, devendo ser o contato preferencial dos usuários e orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do

cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES, 2016), o Brasil consta com 50.165 equipes pertencentes à atenção básica, sendo que dessas, 18.407 se localizam na região Nordeste, 16.502 na região Sudeste, 7.315 na região Sul, 4.460 na região Norte e 3.481 na região Centro-Oeste.

O quantitativo de enfermeiras atuantes na atenção básica é de 59.036, distribuídas nas regiões conforme quadro abaixo.

Quadro 1. Quantitativo de enfermeiras atuantes na atenção básica brasileira. Florianópolis, 2016.

Região	Quantitativo
Norte	4.634
Nordeste	17.038
Sul	9.220
Sudeste	23.602
Centro Oeste	4.542
TOTAL	59.036

Fonte: CNES. DataSUS, 2016.

É importante salientar a diferença entre população e amostra; a primeira condiz à agregação total dos casos, enquanto a segunda é um subconjunto dos elementos da população, sendo que uma amostra representativa é aquela cujas características se aproximam da população (POLIT, BECK, 2011).

O tamanho da amostra foi calculado por meio do Sistema de Ensino Aprendizagem de Estatística na Web (SESTATNET). Essa é uma questão essencial na pesquisa quantitativa, na qual deve se buscar a representatividade. O cálculo é apresentado na figura 2.

Figura 2. Cálculo Amostral. Florianópolis, 2016.

 Tamanho Mínimo da Amostra	
Estimação de Média	
Tamanho da População	59036
Desvio Padrão	10
Erro Amostral	2
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	96
Para outros Níveis de Confiança	
Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
99.9%	269
99%	165
90%	68

Fonte: SESTATENET. Cálculo amostra. Florianópolis, 2016.

Para a seleção da amostra utilizou-se da técnica de amostragem aleatória simples, a qual se baseia na escolha de uma amostra aleatória de uma população, utilizada quando acredita-se que uma população é homogênea, como no caso desse estudo (GRAY, 2012).

O critério de inclusão dos participantes foi: estar atuando e/ou ter atuado na atenção básica por um período de 6 meses. Os critérios de exclusão foram participantes que não respondessem ao critério de inclusão inicial e participantes que somente acessaram o instrumento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido via instrumento, mas que não responderam as perguntas desse.

3.2.3 Coleta dos dados

Os dados foram coletados online pela aplicação do instrumento via Google.docs durante os meses de novembro de 2015 a abril de 2016. Como parte da coleta foram enviados e-mails para enfermeiras de todo o Brasil com informações sobre a pesquisa e o link de acesso, também foram enviados convites para as secretarias de saúde dos estados brasileiros e apoio de redes sociais para divulgação da pesquisa e link de acesso.

É importante salientar que esse estudo faz parte do macro projeto “Sofrimento Moral em enfermeiro de diversos contextos”, assim sua

coleta esteve atrelada ao macro projeto, sendo parte do banco de dados desse.

Com a finalização da coleta dos dados em 30 de Abril de 2016, os mesmos foram exportados via planilha do Microsoft Excel e organizados para análise pelo SPSS. A amostra final foi composta por 391 enfermeiras da atenção básica.

3.2.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi desenvolvida por uma etapa descritiva e outra pela análise de variância e de regressão, com o uso do SPSS (v.23.0).

A estatística descritiva é usada para descrever e sintetizar dados, sendo as médias e as porcentagens exemplos dessa. (POLIT, BECK, 2011). A análise descritiva foi útil na identificação do tempo de atuação das enfermeiras, locais de atuação, número de vínculos, carga horária, tipo de vínculo, idade, sexo, formação complementar, estado onde trabalha.

Posteriori à análise descritiva, realizou-se a análise de variância (ANOVA), utilizada para testar as diferenças entre grupos de médias, decompondo a variabilidade em dois grupos: variabilidade atribuível à variável independente e variabilidade que se deve a outras fontes. A variação entre os grupos é comparada com a variação interna dos grupos para gerar uma estatística de proporção F (POLIT, BECK, 2011).

A análise de regressão é utilizada para descobrir o efeito que uma variável possui sobre outra, utilizando-se da regressão linear para sugerir que um escore de uma variável influenciou o escore de outra variável (DANCEY; REYDI, 2011). Essa análise será importante para identificar a associação entre os fatores e a intensidade e frequência de sofrimento moral apresentado pelos participantes.

A análise de regressão múltipla permite prever ou explicar uma variável dependente com múltiplas variáveis independentes, onde as primeiras se apresentam como intervalo ou proporção, e as independentes como de predição ou dicotômicas (POLIT, BECK, 2011). Essa auxiliará para a identificação dos fatores que possuem efeitos na percepção dos sujeitos sobre o fenômeno.

3.2.5 Variáveis do estudo

As variáveis geralmente representam os elementos presentes no instrumento. Como o instrumento a ser aplicado foi o produto da primeira etapa dessa pesquisa, etapa de validação, foram utilizadas variáveis apresentadas no instrumento, algumas relacionadas à descrição do perfil do profissionais.

Variáveis quantitativas cardinais:

Tempo de atuação: utilizada para identificar o tempo em que o profissional está atuando no serviço específico.

Idade: utilizada para identificar a idade dos participantes, e na análise identificar se existe relação entre a idade e a intensidade e frequência de distresse moral.

Tempo de formação: utilizada para identificar o período de tempo que o profissional está formado, podendo fazer a relação entre o tempo de formação e a intensidade e frequência de distresse moral.

Número de vínculos: utilizada para identificar a quantidade de vínculos que o profissional possuía.

Variáveis qualitativas ordinais:

Formação complementar: utilizada para identificar se o profissional possui alguma formação complementar como especialização, mestrado ou doutorado.

Variáveis qualitativas categóricas:

Região do País: utilizada para identificar a qual região do país o profissional pertence, podendo-se realizar uma inferência sobre a intensidade e frequência de distresse moral em cada região brasileira.

Sexo: utilizada para identificar o gênero da população estudada.

Locais de atuação: utilizada para identificar em qual tipo de estabelecimento de saúde o participante atuava.

Natureza do vínculo: utilizada para identificar o tipo de vínculo empregatício.

3.2 Estudo 2

3.2.2 Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa refere-se à busca pela subjetividade, pela imersão no ambiente de pesquisa, o contato com o outro, o papel do pesquisador está em obter uma visão holística, incluindo as percepções dos participantes, entendendo como as pessoas agem e explicam suas ações. Na pesquisa qualitativa se utilizam inúmeros recursos para obtenção dos dados, como as observações, as entrevistas, as análises documentais, os grupos. Além disso, ela também pode ser usada em

alguns momentos para verificação de proposições teóricas, a partir das evidências (GRAY, 2012).

A reflexividade está presente na pesquisa qualitativa, por apresentar seus dados abertos a múltiplas interpretações, gera que, as reflexões dos próprios pesquisadores inferem-se sobre as ações e percepções do campo, tornando-se, assim, parte dos dados. É importante ressaltar que na pesquisa qualitativa, as ideias são ?emergentes e estão em constante movimento, assim sendo considerada uma série de interações entre coleta de dados, desenho, análise e redesenho (GRAY, 2012).

Desse modo, o estudo qualitativo aqui desenvolvido auxiliou na compreensão e aprofundamento do fenômeno, explorando lacunas subjetivas do cotidiano, do qual o estudo quantitativo se limita.

2.2.3 Local e Participantes do Estudo

O cenário constitui-se do território brasileiro, localizado no leste da América do Sul. Conforme o Censo realizado em 2010, a população brasileira é de 190.732.694 milhões. Ofoco do estudo foi a atenção básica em saúde, Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES, 2016) o Brasil consta com um quantitativo de enfermeiras atuantes na atenção básica de 59.036. Os participantes do estudo foram 13 enfermeiras atuantes na atenção básica, sendo 3 da região Sul, 3 do Sudeste, 3 do Nordeste, 2 do Norte e 2 do Centro-Oeste Tentou-se obter no mínimo um participante de cada região do país, sendo contemplada a participação de todas as regiões. Como critério de inclusão foi adotado a atuação mínima de 6 meses na atenção básica.

Chegou-se ao número 13 pela saturação qualitativa dos dados, ou seja, quando os achados obtidos pelas entrevistas mostravam-se com informações repetidas, não agregando nenhum subsídio novo ao estudo.

As enfermeiras foram escolhidas de forma intencional, por conveniência, decidindo propositalmente a seleção dos participantes que estão inseridos no fenômeno a ser estudado por contato via e-mail e redes sociais, explicando sobre a pesquisa e convidando-as a participarem.. Além disso, tal critério é usado com frequência quando os pesquisadores necessitam de respostas de especialistas, como no caso em questão, que se reportou a profissionais inseridos na atenção básica em saúde (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

2.2.3 Coleta e Análise dos dados

A coleta dos dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, na qual permite ao pesquisador que aborde o seu tema de forma participativa e tendo um instrumento de coleta que o auxilie para a condução das questões pertinentes ao seu estudo. A entrevista semiestruturada é flexível e oferece um conjunto de questões de ordem específicas que pode ser tratada de várias maneiras (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011).

A entrevista semiestruturada é usada nas pesquisas qualitativas pelo fato de conduzir os respondentes a dimensões as quais são essenciais para eles, do mesmo modo que são usadas quando o pesquisador não possui uma ideia clara do seu objeto de estudo. A mesma é utilizada através de tópicos os quais querem abordar, onde a função do pesquisador é de estimular a dialogar espontaneamente sobre os tópicos abordados (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011). Para a realização dessa seguiu-se um roteiro que está disposto no Apêndice A.

As entrevistas foram realizadas via Skype e/ou telefone, gravadas em meio digital e transcritas na íntegra. Após a transcrição, as mesmas foram devolvidas a todos os participantes para que esses fizessem a sua validação, dando um prazo de 10 dias para a validação. Todos os participantes fizeram a devolutiva e quando alteravam alguma palavra a destacavam em outra cor. Nenhuma alteração modificou o sentido das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas nos meses de janeiro a março de 2016 e tiveram duração média de 35 minutos.

Para análise dos dados foi utilizada parte do referencial da análise textual discursiva (ATD) de Moraes e Galiuzzi (2011), nesse referencial utiliza-se uma análise semântica, a qual não foi desenvolvida neste estudo. Com apoio do software de análise de dados qualitativo *Atlas.ti*, desenvolveu-se a ATD em quatro etapas: 1) desmontagem dos textos (inserção dos textos dentro do software e elaboração da *hermeneutic unit – unidade hermenêutica*), nesse momento as entrevistas foram inseridas no software e realizada leitura profunda; 2) estabelecimento de relações (inserção dos *codes – códigos e das quotations- seleção de trechos das entrevistas*), nessa etapa inicia-se o processo de codificação, ou seja, a inserção de códigos por temas ou palavras-chaves em trechos das entrevistas; 3) captura de um novo emergente (formulação das *families- famílias/categorias/subcategorias*), nessa etapa ocorre o agrupamento dos códigos por aglutinação teórica e temática, formando

assim as famílias ou categorias iniciais do processo da análise; 4) recolocação dos achados em um processo autoorganizado (formulação das *networks- redes/categorias principais*), por fim, realizou-se a última análise das categoriais iniciais, reestruturando-as em redes, também por aglutinação teórica e temática, contruindo as relações centrais do processo de análise.

2.3.4 Aspectos Éticos

Essa pesquisa está vinculada ao macro projeto intitulado: O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiras em diferentes contextos de trabalho em saúde, o qual foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das três Universidades envolvidas no Projeto Multicêntrico, com os seguintes pareceres finais: 602.598-0 de 10/02/2014 (UFSC); 602.603-0 de 31/01/2014 (Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG) e 511.634 de 17/01/2014 (Universidade Federal de Rio Grande/FURG).

A 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 os participantes podem se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isso 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 o serviço de Apoio Psicológico de uma das três instituições envolvidas no macro projeto – UFMG/UFSC/FURG. Além disso, teve a garantia de que os dados fornecidos foram confidenciais e os nomes dos participantes não foram identificados em nenhum momento. Dessa forma, a imagem individual e institucional foram protegidas, assim como foram respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos. Por fim, qualquer dúvida em relação ao estudo antes, durante ou após seu desenvolvimento, ou se alguém desistir de fazer parte dele, pode entrar em contato pessoalmente com as pesquisadoras via contanto telefônico ou e-mail.

Tanto na parte quantitativa quanto na qualitativa as enfermeiras assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). Esse era enviado via e-mail antes da entrevista e devolvido assinado e escaneado pelo participante no momento da entrevista.. Para manter o

anonimato as falas da parte qualitativa serão identificadas pela letra E seguida de número (E1, E2, E3...).

4 RESULTADOS

Os resultados da tese serão apresentados em 3 manuscritos, conforme Instrução Normativa 10/PEN/2011 do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PEN/UFSC).

O manuscrito 1 intitulado “**Validação de um instrumento de distresse moral em enfermeiras da atenção básica**” está vinculado ao objetivo 1 da tese - Validar um instrumento para identificar as situações desencadeadoras do distresse moral em relação à intensidade e frequência, em enfermeiras da atenção básica.

O manuscrito 2 “**Frequência e intensidade de distresse moral em enfermeiras da atenção básica**” está associado aos objetivos - Identificar os preditores e fatores associados ao processo de distresse moral em enfermeiras da atenção básica. - Identificar a frequência e intensidade de distresse moral em enfermeiras da atenção básica.

- Analisar as associações das situações desencadeadoras e fatores preditores de distresse moral em enfermeiras da atenção básica.

E o manuscrito 3 “**Situações geradoras de distresse moral em enfermeiras da atenção básica**” vinculado ao objetivo 3 da tese - Analisar as situações geradoras de distresse moral em enfermeiras da atenção básica a partir da experiência de enfermeiras da atenção básica.

4.1 Manuscrito 1: Validação de um instrumento de distresse moral em enfermeiras da atenção básica

Resumo: Objetivo: Validar um instrumento para identificar as situações desencadeadoras do distresse moral em relação à intensidade e frequência, em enfermeiras da atenção básica brasileira. **Método:** estudo quantitativo transversal, realizado com 391 enfermeiras da atenção básica brasileira em 23 estados brasileiros. Realizou-se a validação do instrumento através da análise fatorial e alfa de Cronbach. **Resultados:** mediante avaliação de comitê de especialistas, realização de pré-teste e validação de conteúdo do instrumento, as 57 questões que compuseram o instrumento foram consideradas satisfatórias. A partir da análise fatorial, foram validadas 46 questões divididas em 6 constructos: Políticas de Saúde, Condições de Trabalho, Autonomia da Enfermeira, Competência ética profissional, Desrespeito à autonomia do usuário e Sobrecarga de Trabalho. O instrumento apresentou consistência interna satisfatória, com alfa de Cronbach 0,98 para o instrumento, e entre 0,96 e 0,88 para os constructos. **Conclusão:** o instrumento é válido e fidedigno para ser utilizado na identificação dos fatores desencadeadores de distresse moral em enfermeiras da atenção básica, fornecendo subsídios para novas pesquisas nesse campo de atuação profissional.

Palavras – chaves: Validação; Distresse Moral; Enfermeiras; Atenção Básica.

Abstract: Objective: Validate an instrument to identify the triggering situation of moral distress regarding the intensity and frequency, in nurses of Brazilian primary care. Methods: quantitative study, exploratory and descriptive, with cross-sectional design, accomplished with 392 nurses of Brazilian primary care in 23 Brazilian states. Validation was performed of the instrument through the factor analyses in alpha of Cronbach. Results: Using an evaluation committee of experts, accomplishment of pre-tests and validation of contents of the instrument, the 57 questions that made up the instrument were considered satisfactory. From factor analyses, 46 questions were validated divided in 6 constructors: Health Policies, Working Conditions, Nurse Autonomy, Professional Ethical Skills, Disrespect to the Autonomy of the user and Work Overload. The instrument presented satisfactory internal consistency, with alpha of Cronbach 0,98 to the instrument, and between 0,96 and 0,88 to the constructors. Conclusion: the instrument is valid and reliable to be used in identifying the triggers

of moral distress in nurses of primary care, providing support to new researches in this professional field.

Key-words: Validating; Moral Distress; Nurses; Primary care

Resumen: Objetivo: validar un instrumento para identificar las situaciones desencadenantes de angustia moral en relación con la intensidad y la frecuencia de la enfermera brasileña atención primaria. Método: Estudio cuantitativo de diseño exploratorio y descriptivo, transversal, realizado con 391 enfermeras de atención primaria de Brasil en 23 estados brasileños. No era la validación del instrumento a través del análisis factorial y el alfa de Cronbach. Resultados: el uso de un comité de evaluación de expertos, la realización de pre-test y validación del contenido del instrumento, las 57 preguntas que componen el instrumento se consideraron satisfactorios. A partir del análisis factorial se validaron 46 preguntas divididas en 6 construcciones: Política de salud, las condiciones de trabajo, la autonomía de la enfermera, la ética competencia profesional, falta de respeto a la autonomía y la sobrecarga de trabajo del usuario. El instrumento mostró consistencia interna con el alfa de Cronbach de 0,98 para el instrumento, y entre 0,96 y 0,88 para las construcciones. Conclusión: El instrumento es válido y fiable para su uso en la identificación de los factores desencadenantes de la angustia moral en las enfermeras de atención primaria, proporcionando apoyo a nuevas investigaciones en este campo profesional.

Palabras - clave: Validación; angustia moral; enfermeras; Atención Primaria.

Introdução

O *distresse moral* ou *moral distresse* vem sendo discutido há mais de três décadas, desde que, em 1984, Jameton, filósofo americano, apresentou o primeiro conceito de *distresse moral* na enfermagem. Identificado como um desequilíbrio psicológico ocasionado pela não realização de uma ação visualizada como a moralmente correta a seguir, devido a barreiras institucionais, relutância de chefias, falta de recursos humanos e materiais, entre outros.

Nos anos 2000 o *distresse moral* foi relacionado com a situação na qual quando uma enfermeira é incapaz de realizar uma ação, as respostas psicológicas são desencadeadas e se apresentam no ambiente de trabalho (Corley, 2002). Desde então o conceito vem sofrendo

mudanças e ampliações por pesquisadores de diversos lugares do mundo.

No Brasil, o conceito de distresse moral é apontado como um fenômeno processual e ao mesmo tempo uma experiência singular, que integra a experiência ética e moral. Nesta perspectiva processual o distresse moral engloba elementos que se articulam a partir da experiência ética de cada ser humano, sendo eles, o problema moral, a incerteza moral, a sensibilidade moral, a inquietação moral, a deliberação moral e as competências éticas morais (RAMOS et al., 2016).

A fim de inferir a intensidade e frequência de distresse moral elaborou-se e aplica-se a *Moral Distress Scale (MDS)*, uma escala que verifica os fatores desencadeadores de distresse, desenvolvida inicialmente por Corley, Elswick, Gorman, Clor (2001) entre os anos de 1994 a 1997.

A MDS foi desenvolvida seguindo os pressupostos de Jameton e validada pelo autor, bem como por Judith Wilkinson que realizou a primeira pesquisa qualitativa sobre distresse moral entre os anos de 1987 - 1998. A MDS continha 32 itens em uma escala likert de 1 a 7, para identificar o nível de distresse moral vivenciado pelas enfermeiras. Ela foi aplicada com 214 enfermeiras hospitalares (atuantes em unidades de terapia intensiva e ocupacional), evidenciando-se níveis moderados de distresse moral nesses profissionais (MCCARTHY; GASTMANS, 2015; CORLEY et al.2001).

Uma segunda aplicação da MDS foi realizada com 106 enfermeiras de unidades médicas e cirúrgicas em dois hospitais norte americanos, para avaliar a intensidade e a frequência do distresse moral. Apontou-se a causa “trabalhar com níveis de pessoal que eu considero inseguro” como de maior frequência e intensidade e “responder a pedido do paciente para a assistência à eutanásia, quando o paciente tem um prognóstico ruim” como a de menor frequência e intensidade de distresse moral (CORLEY et al.2005).

A MDS foi a pioneira para identificar não somente os fatores, mas também os níveis de frequência e intensidade que o distresse moral é vivenciado por cada indivíduo. No Brasil, a MDS foi traduzida e validada pela primeira vez em 2009 (Barlem, 2009) com 136 enfermeiras hospitalares e também obteve resultados similares aos de Corley et al. (2005). A questão que obteve maior intensidade e frequência foi a “falta de competência da equipe de trabalho”.

Em 2012, o mesmo autor ampliou sua pesquisa, acrescentando e validando mais treze questões, além de aplicá-la com outros

profissionais de enfermagem, como técnicos e auxiliares de enfermagem, em dois hospitais do sul do Brasil. A segunda pesquisa também revelou a “falta de competência da equipe de trabalho” com a maior média e frequência de sofrimento moral (BARLEM, 2012).

Desde então, em vários cenários do contexto mundial a MDS vem sendo aplicada, revisada e ampliada (HAMRIC, BORCHERS, EPSTEIN, 2012; SILÉN et al., 2011; PAULY et al., 2009). No entanto, essa possui seu direcionamento para o âmbito hospitalar e, ainda que ampliada e validada no cenário hospitalar brasileiro (BARLEM, 2009, 2012) se mostra limitada para os outros cenários de atuação da profissional enfermeira.

Dada a amplitude e especificidade do cenário brasileiro, que possui sua configuração voltada para a reorientação da atenção básica, e a enfermeira profissional de referência atuante nele, torna-se imprescindível investigar o distresse moral nessa perspectiva, tendo assim a necessidade de validação de um instrumento que abarque esse cenário em particular.

Assim, o objetivo desse estudo foi validar um instrumento para identificar as situações desencadeadoras do distresse moral, em relação à intensidade e frequência, em enfermeiras da atenção básica brasileira.

Metodologia

Estudo quantitativo de delineamento transversal. A validação do instrumento foi realizada de acordo com as recomendações internacionais para validação de questionários, verificando-se a validação de conteúdo, de critério e de constructo. A validação de conteúdo é o grau de adequação de um conjunto de itens, os quais refletem o domínio do conteúdo, a validade de critério implica na relação de um critério com o item da escala, essa validação é entendida como uma praticidade por não se preocupar com o processo, mas sim com a previsão dele e a validade de constructo, que condiz com a relação teórica de uma variável para com as outras variáveis, o grau de como uma medida se comporta, como o constructo que se pretende medir deve se comportar frente às medidas de outras relações, estando relacionada à mensuração de traços e conceitos abstratos e sua confiabilidade, mediante análise fatorial e *Alfa de Cronbach* (DEVELLIS, 2012).

Essa pesquisa está vinculada ao macroprojeto intitulado: O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiras em diferentes

contextos de trabalho em saúde, o qual foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das três Universidades envolvidas no Projeto Multicêntrico, com os seguintes pareceres finais: 602.598-0 de 10/02/2014 (UFSC); 602.603-0 de 31/01/2014 (Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG) e 511.634 de 17/01/2014 (Universidade Federal de Rio Grande/FURG).

Instrumento original

O instrumento original foi desenvolvido para enfermeiras de diversos contextos da atenção à saúde brasileira. Foi elaborado entre os anos de 2014 a 2015, por um grupo de pesquisadores de três diferentes universidades públicas brasileiras, e aplicado com mais de 1.200 enfermeiras de diversos contextos de atenção de saúde nos diferentes estados brasileiros. O instrumento inicial conta com 57 questões, operacionalizados em uma escala *Likert* de 0 a 6 verificando intensidade e frequência.

Validação de conteúdo e de critério

A validade de critério ocorreu pela verificação das questões do instrumento com as teorias propostas na literatura, juntamente com a realização de uma revisão integrativa sobre o tema distresse moral na atenção básica. Essa revisão teve como objetivo identificar os fatores desencadeadores de distresse moral em enfermeiras da atenção básica. Foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando-se de todas as suas bases de dados com os descritores Enfermagem AND Atenção Básica, com delimitação de ano dos manuscritos de publicação entre 2006 a 2015, tendo em vista a instituição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela portaria n.648. Os 21 estudos que compuseram a amostra final elucidaram três categorias: 1. Condições de Trabalho relacionadas à falta de estrutura e sobrecarga de trabalho; 2. Organização do Trabalho, relacionada à gestão e acesso aos serviços; 3. Relações Profissionais/Pessoais focando relações entre equipe e atividades de educação em saúde.

A validade de conteúdo foi desenvolvida em dois momentos, o primeiro através de uma banca de experts e o segundo por realização de préteste com 30 enfermeiras de diferentes estados brasileiros. Após essas validações o instrumento foi considerado aprovado para ser aplicado no contexto da atenção básica brasileira.

Local e Participantes do Estudo

O local do estudo foi a atenção básica brasileira que, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012), constitui-se de um conjunto de ações com vistas à promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação da saúde, diagnóstico, tratamento, redução de danos e manutenção da saúde.

Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES, 2016) o Brasil conta com 50.165 equipes pertencentes à atenção básica. O número estratificado por região e o quantitativo de enfermeiras por região estão representados no Quadro 1.

Quadro 1. Número de estabelecimentos e enfermeiras da atenção básica das regiões brasileiras, 2016.

Região	Estabelecimento de Saúde	Enfermeiros
Nordeste	18.407	17.038
Sudeste	16.502	23.602
Sul	7.315	9.220
Norte	4.460	4.634
Centro-Oeste	3.481	4.542
Total	50.165	59.036

Fonte: TABNET. DATASUS, 2016.

Para seleção do tamanho da amostra, adotou-se uma fórmula específica utilizando-se do Sistema de Ensino Aprendizagem de Estatística na Web (SESTATNET) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com um intervalo de confinança de 95%, sendo a amostra necessária 96 sujeitos.

Coleta de dados

Os dados foram coletados online pela aplicação do instrumento via Google.docs durante os meses de novembro de 2015 a abril de 2016. Como parte da coleta, visando ampliar a possibilidade de obtenção de informações, foram enviados e-mails para as enfermeiras de todo o Brasil com informações sobre a pesquisa e o link de acesso. Também foram enviados convites para as secretarias de saúde dos estados brasileiros e utilizou-se de apoio das redes sociais para divulgação da pesquisa e link de acesso. Em função desse estudo estar vinculado a um macro projeto o banco de dados esteve vinculado ao mesmo.

Com a finalização da coleta dos dados em 30 de abril de 2016, após obtenção de 391 questionários, as respostas foram exportadas via planilha do *Microsoft Excel* e organizadas para análise pelo SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0.

Validação de constructo

Após a aplicação da escala com as 391 enfermeiras, foram aplicados testes estatísticos para verificação da clareza e confiabilidade dos dados: a análise fatorial e o *alfa de Cronbach*. Na análise fatorial foi realizado o agrupamento de constructos das questões pela sua carga fatorial e verificação da comunalidade, definindo-se a rotação ortogonal *Varimax* como método de extração de análise dos componentes principais.

O *Alfa de Cronbach* avaliou o nível de confiabilidade das questões por meio das características de cada questão nos diferentes constructos, verificando se essas se adequavam de maneira consistente ao fenômeno pesquisado. A formação dos constructos foi estabelecida seguindo dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais (<500), e sua associação conceitual.

Resultados

A validação de critério foi realizada a partir de uma revisão integrativa de literatura pela Biblioteca Virtual em Saúde, tendo como critérios de inclusão os manuscritos que contassem com os descritores “*atenção básica AND enfermagem*” no resumo e/ou no título, publicados no idioma português, disponíveis online na forma completa, no período de 2006 até o primeiro semestre de 2015, sendo que o ano de 2006 foi escolhido por ser o ano da instituição da PNAB. A escolha de descritores amplos para o foco de estudo se deve pela inexistência de descritor específico e pela lacuna de conhecimentos sobre o tema, de modo a tornar necessário buscar resultados em estudos que fazem interface com fenômeno.

A coleta dos dados foi desenvolvida no período de julho a agosto de 2015. Em uma primeira amostra foram visualizadas 411 publicações, das quais 102 estavam disponíveis na íntegra. Dessas, 21 estudos foram selecionados como amostra final por se enquadrarem ao objetivo da revisão. A análise dos manuscritos foi realizada a partir das três etapas da Análise Temática de Minayo (2010): pré-análise, exploração do material e interpretação do material. Ao fim, chegou-se em três categorias principais: Organização de Trabalho, Condições de Trabalho e Relações Profissionais/Pessoais.

A partir dessas três categorias iniciou-se o processo de validação de critério, analisando o conteúdo de cada questão do instrumento original com o encontrado na literatura e assinalando as lacunas. Das 55

questões iniciais, todas estavam presentes na literatura e apontadas como situações desencadeadoras de distresse moral.

No entanto, duas lacunas foram evidenciadas pela revisão, uma em relação às vulnerabilidades sociais e a outra em relação às práticas educativas no âmbito da atenção básica. Em virtude dessas lacunas, foram inseridas duas questões que as contemplassem: “Reconhecer que ações educativas com o usuário são insuficientes” e “Sentir-se impedido de defender o usuário em situações de vulnerabilidade social”.

Após essas validações, o instrumento foi aplicado na amostra selecionada. Em relação à caracterização dos participantes do estudo, 368 (93,9%) eram do sexo feminino e 23 (5,9%) do sexo masculino, 65 (16,6%) com idade de 20 até 29 anos, 150 (38,3%) de 30 até 39 anos, 99 (25,3%) de 40 até 49 anos e 77 (19,6%) com 50 ou mais. Quanto ao tempo de formação 7 (1,8%) tinham menos de 1 ano, 98 (25%) de 1 até 5 anos, 111 (28,3%) de 6 até 10 anos, 76 (19,4%) de 11 até 15 anos, 31 (7,9%) de 16 até 20 anos e 65 (16,6%) com mais de 20 anos e 3 não responderam a essa questão.

Além disso, também foi analisada a formação complementar, sendo que 53 (13,5%) não possuíam nenhuma formação complementar, 34 (8,7%) possuíam capacitação, 258 (65,8%) especialização, 41 (10,5%) mestrado, 5 (1,3%) doutorado, 30 não responderam. Em relação à quantidade de vínculos 280 (71,4%) possuíam 1 vínculo, 94 (24,04%) 2 vínculos e 17 (4,3%) não responderam.

Quanto ao tempo de atuação 190 (48,5%) estavam atuando há até 5 anos no serviço, 89 (22,7%) de 6 até 10 anos, 56 (14,3%) de 11 a 15 anos, 20 (5,1%) de 16 até 20 anos e 35 (8,9%) há mais de 20 anos, um participante não respondeu a essa questão. A carga horária foi representada por 9 (2,3%) que atuavam até 20 horas, 67 (17,1%) de 21 até 30 horas, 232 (59,2%) de 31 até 40 horas e 83 (21,2%) mais de 40 horas semanais.

No que se refere à validade de constructo, essa foi realizada por meio da análise fatorial exploratória, com rotação *Varimax* com as 57 questões do instrumento (entre blocos), buscando verificar a validade discriminante. O primeiro agrupamento sugeriu 8 constructos, porém com dificuldade de agrupamento devido à baixa carga fatorial e baixa comunalidade entre as questões.

Iniciou-se então o processo de exclusão gradual das questões pelo critério de comunalidade inferior $<0,500$ no bloco e carga fatorial inferior $<0,500$ nos constructos. Ao final da análise foram excluídas 11 questões e formados 6 constructos que representam 71,02% da variação

das questões originais, evidenciando adequado grau de sintetização dos dados.

A fidedignidade dos 6 constructos foi testada por meio do *Alpha de Cronbach* aplicado em cada constructo separadamente, e após no instrumento final. O constructo 1 obteve *Alpha de Cronbach* de 0,959, o 2 de 0,932, o 3 de 0,924, o 4 de 0,926, o 5 de 0,942 e o 6 de 0,881. O instrumento final obteve *Alpha de Cronbach* de 0,979. O número elevado desse marcador indica a confiabilidade e a fidedignidade da escala na amostra selecionada. A versão final do instrumento constou com 6 constructos constituídos por 46 itens, descritos conceitualmente conforme Quadro 1 na Tabela 1.

Tabela 1. Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax). Florianópolis-SC, Brasil, 2016.

Matriz de componente rotativa^a						
Indicadores					Componente	
Políticas de Saúde						
I29Reconhecer que as demandas de continuidade do cuidado do paciente/usuário não são atendidas	757	237	198	199	267	197
I30Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido à problemas sociais	727	219	182	172	307	188
I32Reconhecer que ações educativas com o usuário são insuficientes	723	253	202	151	211	197
I28Reconhecer que o acolhimento do usuário é inadequado	699	265	250	187	218	159
I33Vivenciar desrespeito às práticas do cuidado humanizado preconizadas pelas políticas públicas	651	307	333	202	264	156
I27 Reconhecer insuficiência de acesso ao serviço para o usuário	637	218	231	172	400	104
I31Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido a baixa qualidade do atendimento	632	209	359	240	251	194
I37Reconhecer prejuízos ao cuidado por inadequada integração entre os serviços/setores	624	253	314	154	284	207
I34Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança profissional	552	265	350	182	271	212
I35Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do paciente	545	218	457	238	219	097
I44Vivenciar a suspensão e adiamento de procedimentos por razões contrárias às necessidades do paciente/usuário	501	261	480	185	309	104
Visibilidade Profissional/ Autonomia do Enfermeiro						
I47Sentir-se desrespeitado por superiores hierárquicos	187	746	277	187	180	075
I17Sentir-se discriminado por em relação a outros profissionais	309	681	003	265	107	083
I48Reconhecer atitudes eticamente incorretas dos gestores ou superiores hierárquicos	298	639	277	175	331	112
I38Ter sua autonomia limitada na decisão de condutas específicas da equipe de enfermagem	197	638	305	205	210	185
I18Sentir-se desvalorizado em relação a outros profissionais	372	625	007	273	025	145
I41Reconhecer situações de ofensa ao profissional	245	623	311	173	251	295
I39Vivenciar relações conflituosas quanto às atribuições dos membros da equipe de saúde	295	591	284	149	243	284
I49Sentir-se pressionado à pactuar ou silenciar frente a fraudes em benefício da instituição	074	560	436	177	123	075

I40	Trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas	331	557	230	072	142	406
I42	Reconhecer situações de desrespeito à privacidade do profissional	159	538	416	207	228	288
Direito à Saúde/Desrespeito à autonomia do usuário							
I55	Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à confidencialidade/sigilo	153	153	781	285	122	107
I54	Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à privacidade/intimidade	270	206	758	215	221	024
I56	Reconhecer situações de desrespeito ao direito de pacientes e familiares à informação	289	209	757	208	131	110
I46	Vivenciar condutas assistenciais que desconsideram crenças e cultura dos pacientes	244	151	697	165	145	072
I45	Vivenciar ou participar de condutas assistenciais desnecessárias às condições/necessidades do paciente/usuário	270	234	634	194	148	159
I53	Reconhecer situações de desrespeito/maus tratos por parte dos profissionais em relação ao usuário	385	223	599	297	181	120
Competência ética profissional							
I24	Vivenciar a imprudência por parte do enfermeiro	066	282	365	719	160	048

Tabela 1. Continuação.

I22 Vivenciar a imprudência por parte do médico	251	250	161	701	142	094
I4 Trabalhar com médicos despreparados	277	090	100	656	311	324
I23 Vivenciar a omissão por parte do enfermeiro	145	265	408	651	144	054
I21 Vivenciar a omissão por parte do médico	340	210	224	627	133	218
I5 Trabalhar com enfermeiros despreparados	153	074	254	590	184	459
I25 Vivenciar a omissão por parte de profissionais de outras categorias	174	443	328	590	233	010
I26 Vivenciar a imprudência por parte de profissionais de outras categorias	152	409	314	574	244	009
Sobrecarga de Trabalho						
I1 Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda	256	346	098	064	259	657
I3 Vivenciar condições de sobrecarga de trabalho	274	425	034	131	275	621
I2 Equipe multiprofissional de saúde incompleta	297	253	105	137	350	620
I6 Trabalhar com auxiliares e técnicos de enfermagem despreparados	153	057	210	516	204	614
I7 Trabalhar com profissionais de outras categorias despreparados	198	104	099	497	299	535
Condições de Trabalho						
I14 Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são inadequados	313	175	242	192	733	196
I11 Reconhecer que os materiais de consumo são insuficientes	315	245	152	195	722	211
I13 Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são insuficientes	311	248	246	152	721	259
I16 Reconhecer que a estrutura física do serviço é inadequada	300	180	161	246	691	165
I12 Reconhecer que os materiais de consumo são inadequados	275	182	221	247	687	255
I15 Reconhecer que a estrutura física do serviço é insuficiente	324	194	153	246	650	191

Fonte: BARTH, P.O.; RAMOS, F.R.S.; BARLEM, E.L.D. Análise fatorial. Florianópolis, 2016.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 10 iterações.

Quadro 1. Apresentação conceitual dos constructos constituídos pela análise fatorial e *Alpha de Cronbach*. Florianópolis, 2016.

Constructo	Definição do constructo
Políticas de saúde	A política de saúde em suas diversas fases de construção, desenvolvimento e implantação/implementação é um processo dinâmico, com constantes interferências dos diversos atores envolvidos (GIOVANELLA et al., 2012). No Brasil o Sistema Único Brasileiro (SUS) é uma política pública definida na Constituição Brasileira que estabelece as ações e os serviços públicos de saúde, os quais formam uma rede e constituem um sistema único. Pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) 8.080/90 e sua complementar 8.142/90 o SUS tem como objetivos e atribuições: a assistência às pessoas, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a assistência farmacêutica. E como princípios e diretrizes: a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, descentralização e participação popular (SOUZA, BATISTA, 2012).
Autonomia Profissional	A autonomia está intrínseca na capacidade do indivíduo em determinar e seguir suas leis e regras sem que essas sejam definidas por outros, ser capaz de se auto determinar, ser independente. A autonomia profissional envolve além de questões relacionadas com o poder, um processo contínuo de ações, atitudes e posturas adquiridas pelo direito e valor profissional. A autonomia parte da delimitação da identidade profissional, das responsabilidades pautadas nos conhecimentos científicos, na formação de um saber próprio e no papel da própria profissão (KALINOWSKI, MARTINS, NETO, CUNHA, 2012).
Desrespeito à autonomia do usuário	A autonomia do usuário pode ser vislumbrada por meio de ações que fomentem o direito de escolha e participação do usuário em seu processo terapêutico, esse visto como cidadão com direitos a serem respeitados. No entanto, o desrespeito a essa autonomia ocorre pela imposição de normas e rotinas que não consideram a subjetividade do usuário (SILVA, SÁ, MIRANDA, 2013).
Competência ética profissional	A competência ética se estrutura em 3 pilares, os valores, o ensino e a prática. Os valores relacionados à sua cultura, ensinamentos familiares, convivência social; o ensino na educação ética na formação profissional; e a prática pelas experiências dos profissionais, com espaços de atuação para a deliberação moral (Schaefer, Jungues, 2014). A competência ética está em constante construção e tem como seu atributo principal a sensibilidade moral, como foco nas ações éticas de forma transversal, tanto no ensino quanto na prática, se mostrando uma ferramenta importante no enfrentamento de situações de estresse moral (RENNÓ, 2015; SCHAEFER, JUNGUES, 2014).
Condições de	Condições de trabalho se referem à força de trabalho, isto é, às

Trabalho	especificidades de quem o realiza, à qualificação exigida, à divisão do trabalho, às relações contratuais (modalidade de contrato, jornada de trabalho, benefícios, proteção social). Envolve, também, o ambiente sócio técnico para a realização do trabalho, incluindo instrumentos adequados, em quantidade e qualidade, assim como o conhecimento para operá-los e o espaço físico (PIRES, LORENZETTI, GELBECKE, 2010).
Sobrecarga de Trabalho	Há uma íntima relação entre condições de trabalho e cargas de trabalho. Sobrecarga de trabalho é um aumento da quantidade de trabalho exigido em relação ao número de trabalhadores qualificados e disponíveis, bem como condições adequadas para sua execução. Assim, tem relação com o dimensionamento de pessoal e com o processo de desgaste laboral. Carga (quantidade) e cargas de trabalho (conceito proposto por Laurell e Noriega, como elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o corpo do trabalhador, sendo potencialmente desencadeadores de desgaste) são conceitos que convergem e se complementam. A sobrecarga causa danos à saúde do trabalhador, afastamentos do trabalho e amplia a consequência sobre os trabalhadores que atuam em equipes desfalcadas (PIRES et al., 2016; SCHMOELLER et al., 2011).

Fonte: BARTH, P.O.; RAMOS, F.R.S.; BARLEM, E.L.D. Marco teórico. Florianópolis, 2016.

Discussão

O distresse moral no contexto da atenção básica em saúde, em especial no cenário brasileiro, ainda é um fenômeno com inúmeras lacunas a serem exploradas. A validação desse instrumento permite que algumas dessas lacunas possam ser visualizadas e discutidas, com vistas a identificar os fatores que desencadeiam o distresse moral.

A primeira versão da Moral Distress Scale (MDS) de Corley et al. (2001) apontou para a validação de 3 fatores, o primeiro relacionado à responsabilidade individual da enfermeira, o segundo não realização do que seria o melhor para o paciente, e o terceiro à enganação, ir contra os seus valores e crenças. Esses três fatores foram os mesmos adotados para a aplicação da MDS em outros estudos de Corley et al. (2005).

Hamric e Blackhall (2007) reduziram a MDS para 21 itens e aplicaram em médicos e enfermeiras atuantes em unidades de terapia intensiva, apresentando em sua análise uma diferença entre essas categorias profissionais no que condiz a adotar posturas de tratamentos que agriem o paciente sem necessária indicação.

Outros autores adaptaram a MDS e/ou desenvolveram outras escalas ou pesquisas para medir conceitos semelhantes ao distresse moral em outras culturas ou populações (RADZVIN 2011; NAKANO et al., 2010; WIGGLETON et al., 2010; EIZENBERG et al., 2009; PAULY et al., 2009; ULRICH et al., 2007). Além disso, Hamric, Borchers e Epstein (2012) revisaram a MDS para aplicação em outros cenários e outras categorias profissionais, adotando MDS-Review, mas também com a análise sobre os 3 fatores iniciais da MDS.

No contexto brasileiro, em sua primeira versão de adaptação e validação da MDS, Barlem et al. (2012) identificou 4 fatores agrupados pela carga fatorial e coerência conceitual: 1) Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente; 2) Falta de competência na equipe de trabalho; 3) Desrespeito à autonomia do paciente; 4) Obstinação Terapêutica (OT). Em outro estudo de ampliação e validação da MDS para todas as categorias de enfermagem, Barlem (2012) validou a MDS em 5 constructos: falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente; condições de trabalho insuficientes; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente (BARLEM, 2012).

O instrumento validado para enfermeiras da atenção básica brasileira caracteriza-se por 6 constructos. Desses constructos “Políticas de saúde” e “Competência ética profissional” apresentam-se como novos elementos na identificação dos fatores desencadeadores de distresse moral.

O primeiro constructo “Políticas de Saúde” apresentou o maior *Alpha de Cronbach* com 0,959, seguido por “Condições de Trabalho” com 0,942, “Autonomia da Enfermeira” 0,932, “Competência ética profissional” 0,926, “Desrespeito à autonomia do usuário” 0,924 e “Sobrecarga de Trabalho” 0,881.

O primeiro constructo apresenta questões relativas ao acesso do usuário, acolhimento, continuidade do cuidado, resolutividade das ações, práticas educativas, cuidado humanizado, segurança do paciente e do profissional. Essas questões estão imersas nas políticas de saúde, principalmente quando se tem um sistema de saúde universal, que prima pela equidade, igualdade, integralidade, resolutividade, participação social, regionalização, descentralização e hierarquização (SOUZA, BATISTA, 2012).

O segundo constructo *Condições de Trabalho* aborda situações que emergem da deficiência de estruturas físicas, equipamentos, materiais e recursos humanos. Essas são vislumbradas em diferentes

cenários do contexto da enfermeira e aliadas à baixa remuneração, ao aumento da jornada de trabalho e rígida hierarquia na equipe de saúde fortalecem a geração de sofrimento psíquico e má qualidade de assistência (PIRES et al., 2016; FELLI, 2012; BERTONCINI, PIRES, SCHERER, 2011).

O terceiro constructo *Autonomia da Enfermeira* constituiu-se de elementos relativos à visibilidade profissional, limitação na tomada de decisões, conflitos com outros membros da equipe de saúde para a tomada de decisão e desrespeito por parte de superiores hierárquicos quanto a condutas e privacidade profissional. A busca pela autonomia profissional deve ser pautada na delimitação de seu conhecimento de base científica, bem como na postura que o profissional toma à frente dos problemas apresentados em sua realidade (SANTOS, MONTEZELI, PERES, 2012).

O quarto constructo *Competência ética profissional* foi formado por situações que apresentavam a omissão, a imprudência e o despreparo de enfermeiras e outras categorias profissionais frente às práticas de saúde.

O cenário no qual esses profissionais atuam está em constante transformação de cunho organizacional, tecnológico ou de cargas de trabalho, implicando um agir ético constante (SCHAEFER, VIEIRA, 2015). É nesse cenário que se (re)constrói a competência ética de cada profissional, a partir do momento em que esse depara-se com problemas, assume a responsabilidade e constrói seu agir alicerçado em valores e crenças, aliados ao seu conhecimento científico e experiência profissional (SCHAEFER, JUNGUES, 2014).

O quinto constructo *Desrespeito à autonomia do usuário* agrupou elementos oriundos ao direito dos usuários frente a sua privacidade, escolha de conduta, sigilo, acesso à informação, desvalorização de crenças e culturas e realização de condutas desnecessárias de cuidado. O reconhecimento da singularidade, individualidade, integralidade, legitimidade, liberdade, escolhas de tratamentos e serviços pelo usuário ainda é incipiente na visão do profissional de saúde, a participação em seu processo terapêutico e seu direito de escolha são direitos que precisam ser respeitados para uma atuação autônoma do usuário (SILVA, SÁ, MIRANDA, 2013).

O último constructo *Sobrecarga de Trabalho* integrou questões eminentes da insuficiência de recursos humanos e de recursos humanos desqualificados, como fatores que aumentam a carga de trabalho. A sobrecarga de trabalho devido a tais elementos, aliada a condições

adversas de trabalho, tendem a causar danos à saúde dos profissionais, acarretando no aumento da falta de recursos humanos, e no consequente aumento de carga de trabalho para aqueles que continuam no serviço (PIRES et al., 2016).

Assim, os 6 constructos validaram 46 das 57 questões do instrumento para a amostra da atenção básica, obedecendo os critérios estatísticos e conceituais.

Conclusão

Os resultados encontrados evidenciam que o instrumento é capaz de identificar os fatores desencadeadores de distresse moral em enfermeiras da atenção básica, fornecendo subsídios para novas pesquisas nesse campo de atuação profissional. Foi possível identificar 6 constructos que exemplificam os fatores desencadeadores de distresse moral: Políticas de Saúde, Condições de Trabalho, Autonomia da Enfermeira, Competência ética profissional, Desrespeito à autonomia do usuário e Sobrecarga de Trabalho.

A validação do instrumento foi sustentada pela análise da carga fatorial superior a $<0,500$, comunalidade $<0,500$ e Alpha de Cronbach $<0,800$, considerando o instrumento válido para o contexto brasileiro da atenção básica, fornecendo informações relevantes sobre o fenômeno estudado. No entanto, esse estudo teve como limitações o fato de ter sido o primeiro aplicado e validado no contexto da atenção básica mundial, o que impossibilitou o estabelecimento de maiores comparações.

Espera-se que os achados dessa pesquisa contribuam para o estabelecimento de novas discussões no campo da ética em enfermagem na atenção básica, primando para o desenvolvimento de ações que promovam a transformação das ações em saúde.

Referências

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

BARLEM, E.L.D. **Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira**. Rio Grande: FURG, 2009. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Escola de

Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF), 2012.

BERTONCINI, J.H.; PIRES, D.E.P.; SCHERER, M.D.A. **Condições de trabalho e renormalização nas atividades das enfermeiras na saúde da família**. Trabalho Educação e Saúde. Vol. 9, supl.1, p. 157-173, 2011.

CNES/Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/ Departamento de Informática do SUS. Equipe de saúde. Acesso em: 10 de Fevereiro de 2016. Disponível em:<<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>>>.

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

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

CORLEY, M.C.; ELSWICK R.K.; GORMAN, M.; CLOR, T. **Development and evaluation of a moral distress scale**. Journal of Advanced Nursing. Vol.33, n.2, p.250-256, 2001.

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

EIZENBERG, M.M.; DESILYA, H.S.; HIRSCHFELD, M.L. **Moral distress questionnaire for clinical nurses: Instrument development**. Journal of Advanced Nursing. Vol.65, n.4, p.885-892, 2009.

EPSTEIN, E.G; DELGADO, S. **Understanding and addressing moral distress**. Online J Issues Nurs [online]. Vol.15,n.3, p.25-34, 2010.

FELLI, V.E.A. **Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas.** Enfermagem em Foco. Vol.3, n.4, p.178-181, 2012.

GIOVANELLA, L.et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** [online]. Editora: Fiocruz. 2 Edição. 1.100p. Rio de Janeiro. 2012.

HAMRIC, A.B.; BORCHERS, C.T; EPSTEIN, E.G. **Development and Testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professional.** AJOB Primary Research. Vol. 2, n.3, p:1-9, 2012.

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

KALINOWSKI, C.E.; MARTINS, V.B.; NETO, F.R.G.X.; CUNHAL.C.K. **Autonomia do profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde: uma análise da percepção dos enfermeiros.** SANARE. Vol.11, n.1, p.06-12, 2012.

MCCARTHY, J.; GASTMANS, C. **Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature.** Nursing Ethics. Vol.22, n.1, p.131-52, 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde.** 11ª edição. São Paulo. Editora: Hucitec, 2011.

NAKANO, et al. **Moral distresse experienced by psychiatric nurses in Japan.** Nursing Ethics. Vol.17,n.6, p.726–740, 2010.

PAULY, et al. **Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate.** Nursing Ethics. Vol. 16, p.561-573, 2009.

PIRES, et al. **Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.24, n.(espec), p.e2682, 2016.

SCHMOELLER, et al. **Cargas de Trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa.** Revista Gaúcha de Enfermagm. Vol.32, n.2, p.368-77, 2011.

PIRES, D.E.P.; LORENZETTI, J.; GELBCKE, F.L. **Enfermagem: condições de trabalho para um fazer responsável.** In: 62 CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 2010, Anais. Florianópolis: CBen.

RENNÓ, H.M.S. **Desenvolvimento de competências ético-morais e o sofrimento moral na formação em enfermagem.** [Dissertação]. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais.

SANTOS, F.O.F.; MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. **Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros.** Revista Mineira de Enfermagem. Vol.16, n.2, p.251-257, 2012.

SCHAEFER, R.; VIEIRA, M. **Competência ética como recurso de enfrentamento do sofrimento moral em enfermagem.** Texto & Contexto Enfermagem. Vol.24, n.2, p.563-73, 2015.

SCHAEFER, R.; JUNGUES, J.R. **A construção da competência ética na percepção de enfermeiros da Atenção Primária.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol.48, n.2,p.329-334, 2014.

SILÉN, et al. **Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability.** Journal of Clinical Nursing. Vol.20, p.3483–3493, 2011.

SILVA, A.M.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L. **Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar.** Saúde Sociedade. Vol.22, n.3, p.840-852, 2013.

SILVA, M.V. **Políticas públicas de saúde: tendências recentes.** Sociologia, Problemas e Práticas [Online]. Vol.69, 2012.

SOUZA, R.C.; BATISTA, F.E.B. **Política pública de saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS.** VII Congresso Norte Nordeste de pesquisa e Inovação. 2012.

RADZVIN, L.C. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: Implications for nursing practice. AANA Journal. Vol.79, n.1, p.39–45, 2011.

WIGGLETON, et al. Medical students' experiences of moral distress: Development of a web-based survey. Academic Medicine. Vol.85, n.1, p.111–117, 2010.

ULRICH, et al. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. Social Science and Medicine. Vol. 65, p.1708–1719, 2007.

4.2 Manuscrito 2: Frequência e intensidade de distresse moral em enfermeiras da atenção básica

Frequency and Intensity of moral distress in nurses in primary care

Resumo: Pesquisa quantitativa transversal com o objetivo de: identificar os preditores e fatores associados do processo de distresse moral em enfermeiras da atenção básica; - Identificar a frequência e intensidade de distresse moral em enfermeiras da atenção básica.- Analisar as associações das situações desencadeadoras e fatores preditores de distresse moral em enfermeiros da atenção básica. A pesquisa foi desenvolvida com 391 enfermeiras da atenção básica de diferentes regiões do Brasil. A coleta dos dados ocorreu mediante aplicação do instrumento denominado Escala de Distresse Moral em Enfermeiras Brasileiras via google.docs online nos meses de novembro de 2015 a abril de 2016. A análise dos dados foi realizada por meio de análises descritivas, de variância e regressão mediante o uso do software SPSS versão 22.0. Os resultados apontam para diferenças de médias entre as diferentes regiões brasileiras. O constructo “Políticas de Saúde” obteve maior média na região Sudeste com 3,36, o constructo “Autonomia da Enfermeira” na região Centro Oeste (3,56), o constructo “Desrespeito à autonomia do usuário” na região Sul (2,33), o constructo “Competência ética profissional” na região Sudeste (2,67), o constructo “Condições de Trabalho” na região Norte (3,85) e o constructo “Sobrecarga de Trabalho” na região Sul (3,55). Em relação ao distresse moral geral a região que apresentou maior média foi a região Norte com 3,24. O ambiente da atenção básica se mostrou distinto e diferenciado pelas suas especificidades, apontando associações entre diferentes constructos, em diferentes regiões do país e com diferentes perspectivas sociodemográficas.

Palavras-chaves: Distresse Moral. Enfermeira. Sobrecarga. Condições de Trabalho. Autonomia da Enfermeira.

Abstract: Transversal quantitative research, with the aim to identify the predictors and factors associated in the process of moral distress in nurses in primary care. The research was developed with 392 nurses of primary care of different regions of Brazil. The data collection occurred via online Google Docs in the months of November 2015 to April 2016. The analyses of data was accomplished by the descriptive analyses, of variance and regression by using the SPSS software version 22.0. The

results show mean differences between the different Brazilian regions. The construct “Health Policies” obtained the highest average in the Southeast with 3,36, the construct “Nurse Autonomy” in the Central West region (2,33), the construct “ Professional Ethical Skills” in the Southeast region (2,67), the construct “ Working Conditions” in the North region (3,85) and the construct “Overload of Work” in the South region (3,55). Regarding the general moral distress the region with the highest average was the north with 3,24. The environment of primary care was quite distinct and differentiated by their specificities, pointing association between different constructors, in different country region and with different socio demographic perspectives.

Key-words: Moral Distress. Nurse. Overload. Working Conditions. Nurse Autonomy.

Introdução

O sistema de saúde brasileiro é regido pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de sua regulamentação em 1990, pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) 8.080/90 e sua complementar 8.142/90, buscando a efetivação de ações de saúde resolutivas, equitativas, regionalizadas e hierarquizadas, universais e descentralizadas. Para se atingir tais princípios e diretrizes, o SUS foca-se em um modelo assistencial com base na promoção da saúde, prevenção e reabilitação de agravos e doenças, dando ênfase para a atenção básica em saúde.

Atenção básica é entendida como um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e reabilitação de agravos, diagnóstico, tratamento, redução de danos, e manutenção da saúde, seja no âmbito individual ou coletivo, com objetivo de desenvolver uma atenção integral, que gere a autonomia dos sujeitos, exercida por meio de práticas de gestão e cuidado de forma participativa e compartilhada para populações com territórios definidos, por meio do trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2012). A atenção básica se torna um campo de inúmeros desafios, primeiro por tentar reestruturar um modelo de atenção tradicional, segundo pela variedade de atores envolvidos no seu processo de implementação e consolidação.

A atenção básica ganha força com a instituição, em 2006, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela portaria n.648, e sua reafirmação pela portaria n.2.488 de 21 de Outubro de 2011. Anterior à PNAB, nos anos 90, instituiu-se o Programa Saúde da Família, hoje renomeado para Estratégia da Saúde da Família (ESF), visto sua

abrangência e caráter transformativo, tornando-se o elemento chave para a expansão e acreditação da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2012).

Uma das especificidades da ESF é a composição de sua equipe de saúde, tendo como equipe mínima: médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem e/ou auxiliares de enfermagem, podendo ser acrescido uma equipe de saúde bucal com cirurgião dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

O processo de trabalho na ESF apresenta um novo lócus para atuação da equipe multidisciplinar, com ações pautadas nas necessidades dos usuários, famílias e comunidades. Destaca-se o papel do profissional enfermeira nessa equipe, atuando como elo entre a equipe e população, e com ações direcionadas para a realização da atenção em saúde dos indivíduos e famílias cadastradas, por meio de consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupos, solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamentos para outros profissionais e serviços da rede, atividades programadas e de demanda espontânea. Além disso, cabe a esse profissional planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, como também contribuir, realizar e participar de atividades de educação permanente em saúde e do gerenciamento adequado dos insumos necessários à unidade de saúde (BRASIL, 2012).

Pela PNAB de 2012 as ações da enfermeira começam a ser delineadas mais claramente, e é esse profissional que realiza grande parte das atividades na atenção básica. É nele que outros profissionais da equipe, como técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, ACS, recepcionistas, entre outros têm a referência sobre como organizar e desenvolver suas práticas em saúde.

A enfermeira vem historicamente construindo seu espaço na atenção básica, seja pela gestão, educação e/ou assistência, a partir de seu processo de cuidar, pelas suas atividades prioritárias - atendimento individual e em equipe, educação em saúde e em serviço, coordenação, como pelas suas atividades rotineiras – visitas domiciliares, reuniões em equipe, supervisão, avaliação, monitoramento (SILVA, ASSIS, 2015).

Nesse cenário extenso de atuação, a enfermeira tem a necessidade de delinear seu campo de atuação profissional e político-legal conforme os princípios e diretrizes do SUS (BACKES et al., 2012). Isso envolve o desafio de desenvolver ações de forma ética, crítica, reflexiva, humanística, integral e resolutiva, com base em suas competências éticas.

As competências éticas estão abarcadas na dimensão dos valores, crenças, prática profissional e conhecimentos técnicos científicos. É um processo em constante construção, marcada por experiências anteriores e fundamentais para o enfrentamento das dificuldades e problemas ético morais (SCHAEFER, JUNGUES, 2014).

O uso e desenvolvimento das competências éticas da enfermeira na atenção básica são influenciadas em função desse ser um cenário diverso em termos das próprias condições de trabalho, como também onde se expressam disparidades sociais e iniquidades em saúde. No momento em que o profissional se vê frente a um problema ético e não consegue resolvê-lo pela sua competência ética, sendo impedido de realizar tal ação ou devendo realizar uma ação que acredita não ser a adequada ao usuário, esse passa a vivenciar o “*moral distress*”, ou *sofrimento moral*, ou *distresse moral*, termo adotado nesse estudo pela tradução à língua portuguesa do termo original em inglês.

O distresse moral vem sendo estudado desde a metade da década de 80, quando foi introduzido o conceito na enfermagem pelo filósofo Jameton, em 1984, como um desequilíbrio emocional, físico e psicológico ocasionado quando a enfermeira não consegue desenvolver a ação eticamente adequada devido a alguma barreira imposta à essa (JAMETON, 1984). Desde então inúmeros estudos em diversos contextos internacionais e nacionais vêm discutindo o tema distresse moral (CORLEY et al. 2002, 2005; BARLEM 2009, 2012; BARLEM et al., 2013; BARLEM, RAMOS, 2014; DALMOLIN et al., 2014; MCCARTHY, GASTMANS, 2015).

Com o intuito de aprofundar as questões de distresse moral, em 2001, Corley e colaboradores elaboraram a primeira escala para verificação do nível de distresse moral em enfermeiras de um hospital americano. Em 2005 ampliaram essas escalas para verificação da frequência e intensidade, nomeada como *Moral Distress Scale (MDS)* (CORLEY et al., 2001, CORLEY et al., 2002; CORLEY et al., 2005). Desde então outros estudos aplicaram a MDS em ambientes hospitalares, e no Brasil essa foi validade, aplicada e ampliada (BARLEM 2009; PAULY, VARCOE, STORCH, NEWTON, 2009; SILÉN et al., 2011; BARLEM 2012; HAMRIC, BORCHERS, EPSTEIN, 2012;).

Uma escala brasileira de distresse moral foi construída e está sendo validada em diferentes contextos de trabalho de enfermeiras, em todas as regiões do país (Ramos et al 2016). Ao mesmo tempo, foi realizada a validação desta escala apenas para enfermeiras atuantes na atenção básica.

Assim, justificando-se a necessidade de melhor explorar o fenômeno distresse moral no cotidiano das enfermeiras atuantes na atenção básica brasileira, este estudo aplicou a Escala Brasileira de Distresse Moral de Enfermeiros (ANEXO 2), com os objetivos de identificar os preditores e fatores associados ao processo de distresse moral em enfermeiras da atenção básica; - Identificar a frequência e intensidade de distresse moral em enfermeiras da atenção básica; - Analisar as associações das situações desencadeadoras e fatores preditores de distresse moral em enfermeiras da atenção básica.

Método

Utilizou-se a pesquisa quantitativa transversal. Foram participantes da pesquisa enfermeiras atuantes na atenção básica brasileira. O tamanho da amostra foi calculado por meio do Sistema de Ensino Aprendizagem de Estatística na Web (SESTATNET) com um intervalo de confiança de 95% sendo o tamanho da amostra 96 sujeitos.

Para a coleta dos dados utilizou-se a Escala Brasileira de Distresse Moral em Enfermeiras, elaborada e validada para ser aplicada em enfermeiras da atenção básica, contendo 57 questões auto aplicáveis via google.docs. A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro de 2015 a abril de 2016. O questionário inicialmente apresentava o objetivo da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido de instruções sobre o DM e o preenchimento do instrumento, além de questões sobre a caracterização dos participantes. As 57 questões foram operacionalizadas em duas escalas Likerts de 0 a 6, uma para intensidade e outra para frequência, sendo 0 para nunca ocorreu ou nenhuma frequência e 6 para muito intenso ou muito frequente. Das 57 questões iniciais, 46 foram validadas para atenção básica pela análise fatorial e Alpha de Cronbach, as quais geraram 6 constructos: Políticas de Saúde; Desrespeito à autonomia do usuário; Condições de Trabalho; Sobrecarga; Competência ética profissional; Autonomia da enfermeira.

O Alpha de Cronbach do instrumento foi de 0,98, variando entre 0,96 a 0,88 nos constructos. A variância total do instrumento foi de 71% e a medida de adequação da amostra obtida (KMO) foi de 958.

A amostra final foi composta por 391 enfermeiras, ultrapassando a base do cálculo amostral de um intervalo de confiança de 99.9% para 269. Os dados foram submetidos a três análises estatísticas distintas utilizando-se do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.0: 1) estatística descritiva, mediante a utilização de médias e

distribuição de frequência para identificar a intensidade e frequência em que vivenciavam o DM; 2) análise de variância entre grupos, de acordo com as características da amostra verificando possíveis diferenças significativas; 3) análise de regressão buscando avaliar quais constructos possuíam maior efeito na percepção das enfermeiras.

Essa pesquisa está vinculada ao macroprojeto intitulado: O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiras em diferentes contextos de trabalho em saúde, o qual foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das três Universidades envolvidas no Projeto Multicêntrico, com os seguintes pareceres finais: 602.598-0 de 10/02/2014 (UFSC); 602.603-0 de 31/01/2014 (Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG) e 511.634 de 17/01/2014 (Universidade Federal de Rio Grande/FURG).

Resultados

A caracterização dos participantes do estudo será apresentada na tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos do estudo. Florianópolis, 2016.

Caracterização dos sujeitos		
Sexo	N	%
Femino	368	93,9%
Masculino	23	5,9%
Total	391	100%
Idade		
De 20 até 29 anos	65	16,6%
De 30 até 39 anos	150	38,3%
De 40 até 49 anos	99	25,3%
50 ou mais	77	19,6%
Total	391	100%
Tempo de formação		
Menos de 1 ano	7	1,8%
De 1 até 5 anos	98	25%
De 6 até 10 anos	111	28,3%
De 11 até 15 anos	76	19,4%
De 16 até 20 anos	31	7,9%
Mais de 20 anos	65	16,6%
Não responderam	3	0,76%
Total	391	100%

Formação Complementar		
Não possui	53	13,5%
Capacitação	34	8,7%
Especialização	258	65,8%
Mestrado	41	10,5%
Doutorado	5	1,3%
Não responderam	30	7,67%
Total	391	100%
Quantidade de vínculos		
Um vínculo	280	71,4%
Dois vínculos	94	42,04
		%
Não responderam	17	4,3%
Total	391	100%
Tempo de atuação		
Até 5 anos	190	48,5%
De 6 a 10 anos	89	22,7%
De 11 a 15 anos	56	14,3%
De 16 a 20 anos	20	5,1%
20 anos ou mais	35	8,9%
Não responderam	1	0,25%
Total	391	100%
Carga Horária		
Até 20 horas	9	2,3%
De 21 até 30 horas	67	17,1%
31 até 40 horas	232	59,2%
Mais de 40 horas	83	21,2%
Total	391	100%

Fonte: BARTH, P.O.; RAMOS, F.R.S.; BARLEM, L.D. Caracterização dos sujeitos. Florianópolis, 2016.

A análise descritiva (Tabela 2) permitiu identificar as médias de DM em cada um dos seis constructos, operacionalizado por um valor numérico, que representa a média aritmética das 46 questões agrupadas previamente pela análise fatorial. As médias de intensidade variaram de 3,47 a 2,17 e as frequências de ocorrência das situações variaram de 3,43 a 2,01.

Tabela 2. Índices de intensidade e frequência de distresse moral em enfermeiras da atenção básica pelas situações representadas nas questões validadas do instrumento. Florianópolis, 2016.

Constructos e Questões	n	I	n	F
Políticas de Saúde – MI: 3,2676; MF: 3,1821				
27- Reconhecer insuficiência de acesso ao serviço para o usuário	369 371 366	3,47 3,38 3,52	385 382 379	3,38 3,28 3,40
28-Reconhecer que o acolhimento do usuário é inadequado	363	3,64	379	3,59
29 - Reconhecer que as demandas de continuidade do cuidado do paciente/usuário não são atendidas	361	3,02	377	2,88
30- Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido a problemas sociais	370 367	3,37 3,38	381 382	3,30 3,22
31- Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido à baixa qualidade do atendimento	371 367 370	3,29 2,90 3,37	381 378 379	3,23 2,75 3,35
32- Reconhecer que ações educativas com o usuário são insuficientes	371	2,96	381	2,81
33-Vivenciar desrespeito às práticas do cuidado humanizado preconizadas pelas políticas públicas				
34-Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança profissional				
35-Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do paciente				
37 - Reconhecer prejuízos ao cuidado por inadequada integração entre os serviços/setores				
44- Vivenciar a suspensão e adiamento de procedimentos por razões contrárias às necessidades do paciente/usuário				

Autonomia do Enfermeiro MI: 3,2907; MF: 3,0907

17- Sentir-se discriminado por/ em relação a outros profissionais	370	2,96	381	2,83
	373	3,40	385	3,30
	366	3,22	382	3,07
18- Sentir-se desvalorizado em relação a outros profissionais			381	3,43
38- Ter sua autonomia limitada na decisão de condutas específicas da equipe de enfermagem	371	3,54		
			383	3,55
39- Vivenciar relações conflituosas quanto às atribuições dos membros da equipe de saúde	373	3,69	383	3,30
	373	3,53	382	3,03
	366	3,24	380	2,99
	365	3,29	383	3,40
40- Trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas	368	3,60		
	366	2,52	381	2,20
41- Reconhecer situações de ofensa ao profissional				
42- Reconhecer situações de desrespeito à privacidade do profissional				
47- Sentir-se desrespeitado por superiores hierárquicos				
48- Reconhecer atitudes eticamente incorretas dos gestores ou superiores hierárquicos				
49- Sentir-se pressionado a pactuar ou silenciar frente a fraudes em benefício da Instituição				

Desrespeito à autonomia do usuário MI: 2,1737; MF: 2,0185

45-Vivenciar ou participar de condutas assistenciais desnecessárias às condições/necessidades do paciente/usuário	365	2,15	381	2,02
	368	1,76	382	1,66
	367	2,56	385	2,29
46- Vivenciar condutas assistenciais que desconsideram crenças e cultura dos pacientes	366	2,29	384	2,09
53- Reconhecer situações de desrespeito/maus tratos por parte dos profissionais em relação ao usuário	369	2,11	388	1,96
	363	2,20	385	2,06
54- Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à privacidade/intimidade				
55- Reconhecer situações de desrespeito ao direito do usuário à confidencialidade/sigilo				
56-Reconhecer situações de desrespeito ao				

direito de pacientes e familiares à informação

Competência ética profissional MI: 2,5841; MF: 3,4350

4 - Trabalhar com médicos despreparados	368	2,97	384	2,77
5- Trabalhar com enfermeiros despreparados	367	2,68	381	2,51
21- Vivenciar a omissão por parte do médico	372	3,02	384	2,85
22- Vivenciar a imprudência por parte do médico	370	2,62	382	2,39
23- Vivenciar a omissão por parte do enfermeiro	367	2,28	382	2,08
24- Vivenciar a imprudência por parte do enfermeiro	371	2,12	387	1,91
25- Vivenciar a omissão por parte de profissionais de outras categorias	370	2,64	382	2,50
26- Vivenciar a imprudência por parte de profissionais de outras categorias	365	2,50	384	2,34

Condições de Trabalho MI: 3,4707; MF: 3,4350

11- Reconhecer que os materiais de consumo são insuficientes	365	3,76	383	3,64
	370	3,34	384	3,23
12- Reconhecer que os materiais de consumo são inadequados	369	3,56	382	3,51
13-Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são Insuficientes	364	3,29	382	3,18
	369	3,45	383	3,40
	369	3,51	385	3,42
14-Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são Inadequados				
15- Reconhecer que a estrutura física do serviço é insuficiente				
16-Reconhecer que a estrutura física do serviço é inadequada				

Sobrecarga de Trabalho MI: 3,3788; MF: 3,2869

1-Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda	367	3,60	386	3,56
2-Equipe multiprofissional de saúde incompleta	365	3,45	387	3,30
3-Vivenciar condições de sobrecarga de trabalho	374	4,00	383	3,93
6-Trabalhar com auxiliares e técnicos de enfermagem despreparados	367	2,95	381	2,97
7-Trabalhar com profissionais de outras	367	2,95	384	2,91

categorias despreparados

Fonte: BARTH, P.O.; RAMOS, F.R.S.; BARLEM, E.L. Índices de frequência e intensidade de distresse moral. Florianópolis, 2016.

Ainda na análise descritiva pôde-se analisar as médias de intensidade de cada constructo por região brasileira, e a média geral de distresse moral por região (Tabela 3).

Tabela 3. Análise descritiva por regiões brasileiras. Florianópolis, 2016.

Regiões		Constructos						
		PS	AE	DAU	CEP	CT	SC	DMG
NR *	Média	2,9 507	2,7830	1,8474	1,9342	2,8246	2,8711	2,5557
	N	19	19	19	19	19	19	19
	Desvio Padrão	2,0 081 2	1,6532 0	1,6139 9	1,6369 1	1,77468	1,3107 8	1,5130 2
S	Média	3,2 774	3,4471	2,3361	2,6182	3,5117	3,5525	3,1302
	N	98	98	96	98	97	99	99
	Desvio Padrão	1,6 593 7	1,5911 9	1,7369 5	1,6170 7	1,59862	1,5833 4	1,3738 7
SD	Média	3,3 649	3,2969	2,1750	2,6734	3,5197	3,4521	3,0857
	N	160	159	158	159	159	159	161
	Desvio Padrão	1,6 671 5	1,7102 1	1,7811 0	1,7245 7	1,83305	1,6153 6	1,5357 3
CO	Média	3,2 181	3,5690	2,1597	2,6059	2,9917	2,9903	2,9874
	N	24	24	24	24	24	24	24
	Desvio Padrão	1,7 745 6	1,7387 0	1,8523 3	1,6391 3	1,64535	1,4049 4	1,5247 4
N	Média	3,3 347	3,1918	2,1889	2,5956	3,8529	3,3206	3,2413
	N	16	19	15	16	17	17	19
	Desvio Padrão	1,9 778 0	1,9203 7	1,6688 9	1,1261 4	1,66342	1,7844 0	1,5393 0

ND	Média	3,1028	3,1118	2,0255	2,4893	3,5622	3,2328	2,8562
	N	63	64	64	62	60	61	65
	Desvio Padrão	1,59835	1,75221	1,49501	1,66095	1,73490	1,44092	1,43426
T	Média	3,2676	3,2907	2,1737	2,5841	3,4707	3,3788	3,0341
	N	380	383	376	378	376	379	387
	Desvio Padrão	1,68524	1,69511	1,70977	1,65360	1,73897	1,56307	1,47512

Fonte: BARTH, P.O.; RAMOS, F.R.S.; BARLEM, E.L.D. Médias por regiões. Florianópolis, 2016.

Legenda: PS (Políticas de Saúde); AE (Autonomia da Enfermeira); DAU (Desrespeito à Autonomia do Usuário); CEP (Competência Ética Profissional); CT (Condições de Trabalho); SC (Sobrecarga de Trabalho); DMG (Distresse Moral Geral).

Da análise de variância realizada (Tabela 4) algumas correlações importantes foram identificadas, com índice de significância no nível de 5%. Inicialmente, por meio do teste t, foram identificadas diferenças locais regionais a partir da caracterização dos participantes. Houve relação da idade com a intensidade de distresse moral nos constructos “Autonomia do Enfermeiro e Condições de Trabalho”, estando presente a percepção mais acentuada de distresse moral em enfermeiras com idade entre 30 a 39 anos, sendo que os extremos de idade entre 20 a 29 anos e 50 anos ou mais demonstraram pouca percepção do fenômeno.

Foi possível identificar a associação do sexo com os constructos “Desrespeito à autonomia do usuário e Competência ética profissional” no qual os participantes do sexo feminino apresentaram maior sensibilidade frente a essas categorias. Também foi evidenciada a associação do tempo de graduação com o constructo “Competência ética profissional” vivenciada com maior intensidade por participantes com 11 a 15 anos de tempo de graduação. A última associação foi dada pela natureza do vínculo com os constructos “Condições de Trabalho” e “Políticas de Saúde”, apresentando maior incidência em profissionais com vínculos de natureza pública.

Tabela 4. Comparação da percepção do distresse moral segundo a idade, sexo, natureza de vínculo e tempo de graduação. Florianópolis, 2016.

Associação		
Idade		
até 20 até 29 anos (64)	3,12 (64)	3,08(64)
de 30 até 39 anos (144)	3,56(144)	3,71(144)
de 40 até 49 anos (92)	3,37 (92)	3,39 (92)
50 anos ou mais (73)	2,92 (73)	3,46 (73)
Sexo		
Masculino	1,7(21)	2,24(21)
Feminino	2,20(354)	2,60(356)
Tempo de Graduação		
menos de 1 ano (6)		1,0 (6)
de 1 até 5 anos (92)		2,63 (92)
de 6 até 10 anos (109)		2,50(109)
de 11 até 15 anos (75)		3,03 (75)
de 16 até 20 anos (28)		2,48 (28)
mais de 20 anos (64)		2,33 (64)
Natureza de Vínculo		
Público (303)	3,40(303)	3,60(303)
Privado (54)	2,75 (54)	2,86 (54)
Outro (16)	3,18 (16)	3,17 (16)

Fonte: BARTH, P.O.; RAMOS, F.R.S.; BARLEM, E.L.D. Análise de variância. Florianópolis, 2016.

A análise de regressão permitiu realizar a avaliação dos efeitos dos 6 constructos em relação à percepção do distresse moral, fixando-se o distresse moral geral (DMG) como variável dependente. O teste obteve o coeficiente de determinação ajustado (R²) valor de 0,999, representando um valor de 99% de explicação do DM a partir do instrumento aplicado (Tabela 5). O constructo que obteve maior impacto na análise de regressão foi o “Autonomia do Usuário” com Beta de ,258, seguido de Políticas de Saúde com ,250, Competência ética profissional ,203. Desrespeito à autonomia do usuário e Condições de Trabalho equivaleram com Beta de ,162 e Sobrecarga de Trabalho, por último com ,118.

Tabela 5. Análise de regressão linear entre os constructos. Florianópolis, 2016.

Variável	Beta	P
Autonomia do Enf.	,258	,000
Desrespeito à autonomia do usuário	,162	,000
Competência ética profissional	,203	,000
Condições de Trabalho	,162	,000
Sobrecarga de Trabalho	,118	,000
Políticas de Saúde	,250	,000

Fonte: BARTH, P.O.; RAMOS, F.R.S.; BARLEM, E.L.D. Análise de regressão. Florianópolis, 2016.

Discussão

A maior média de intensidade (4,0) e de frequência (3,93) do instrumento esteve presente na pergunta “3-Vivenciar condições de sobrecarga de trabalho” do constructo Sobrecarga de Trabalho. Enquanto a menor média de intensidade (1,76) e de frequência (1,66) esteve na questão “46-Vivenciar condutas assistenciais que desconsideram crenças e cultura dos pacientes” no constructo Desrespeito à autonomia do usuário.

A percepção do distresse moral pelas enfermeiras está fortemente associada à carga de trabalho, no sentido de quantidade de trabalho e, especialmente de sobrecarga de trabalho, em direta relação com o dimensionamento de pessoal ou insuficiência de pessoal para a demanda de atividades. Há também o conceito de cargas de trabalho, às quais se está submetido, como cargas físicas, psíquicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas. O aumento de ambas as cargas influencia diretamente no processo de desgaste laboral. Ambos os conceitos são complementares e associados às condições de trabalho (SCHMOELLER et al., 2011; PIRES et al., 2016).

Evidencia-se na atenção básica brasileira outros elementos ligados ao aumento das cargas de trabalho, tais como, déficit de estruturas, alta demanda, falhas no funcionamento das redes de atenção, insatisfação dos salários, jornadas de trabalho excessivas, falta de recursos humanos e excesso de atividades administrativas (PIRES et al., 2016). As jornadas de trabalho extensas e desgastantes (sobrecarga) propiciam ao trabalhador desenvolver doenças relacionadas com o seu desempenho, bem como acidentes no ambiente de trabalho (WURDING, RIBEIRO, 2014).

A sobrecarga de trabalho reitera o aumento de desgastes do trabalhador, levando à sua saída do campo assistencial e à diminuição de recursos humanos disponíveis. Além da intensificação do desgaste, a sobrecarga gera insatisfação e adoecimento em quem realiza o trabalho, dificultando a integralidade da assistência prestada ao usuário (PIRES et al., 2016). A sobrecarga, portanto, foi um fator perceptível para as enfermeiras em sua relação com o distresse moral.

Com base nas médias dos constructos, apresentaram-se distintas em cada região.. Em relação ao constructo “Políticas de Saúde” obteve maior média na região Sudeste com 3,36, o constructo “Autonomia da Enfermeira” contou com a maior média 3,56 na região Centro Oeste, o constructo “Desrespeito à autonomia do usuário” teve a maior média de 2,33 na região Sul, o constructo “Competência ética profissional” teve maior média de 2,67 na região Sudeste, o constructo “Condições de Trabalho” teve 3,85 na região Norte e o constructo “Sobrecarga de Trabalho” ficou com maior média de 3,55 na região Sul e por fim em relação ao distresse moral geral a região que apresentou maior média foi a região Norte, com 3,24.

Analisando por região, houve diferença na apresentação das médias em relação a dos constructos, sendo que a Região Sul teve sua maior média no constructo *Sobrecarga de Trabalho* com 3,5525, enquanto a região Sudeste teve maior média de 3,5197 no constructo *Condições de Trabalho*. A Centro-Oeste obteve maior média no constructo *Autonomia do Enfermeiro* com 3,5690 e Norte e Nordeste obtiveram maior média no constructo *Condições de Trabalho* com 3,8529 e 3,5622 respectivamente.

Devido à grande expansão territorial brasileira é compreensível que existam diferenças nas médias de vivência e percepção do distresse moral nas enfermeiras. O sistema de saúde brasileiro regido pelo SUS ainda está em processo de constante implementação, o SUS se torna a grande política pública brasileira que apresenta diretrizes e princípios, tais como, universalização, integralidade, participação comunitária, regionalização, hierarquização, descentralização, mas esses princípios e diretrizes ainda se encontram em diversos estágios de implementação. Essas diferenças dificultam a sistematização do SUS, implicando na relação do distresse moral por frustração em relação às políticas de saúde.

Por sua descentralização, o SUS promove a gestão local e possíveis influências políticas e de má gestão geram inquietações, sentimentos de injustiça e frustração nos profissionais que atuam nesses

serviços, levando à desmotivação, ao absenteísmo e à falta de compromisso para com o trabalho, dificultando a esperança de mudanças positivas (NOGUEIRA, ANDRADE, GOMES, 2014).

Como prática social a profissão de enfermagem se desenvolve em contextos econômicos, sociais e políticos incluindo as políticas de saúde e as normas institucionais/governamentais em vigor (BERTONCINI, PIRES, SCHERER, 2011). Desse modo, as políticas de saúde orientam o fazer da enfermeira e deveriam estar focadas nas necessidades de profissionais e usuários, para contribuir para uma prática em saúde integral, resolutiva, ética e humanística.

Em relação ao constructo Autonomia da Enfermeira, que teve sua maior média na região Centro-Oeste, reflete-se sobre a necessidade de tomada de poder e decisão que a enfermeira tem frente a sua prática assistencial. A autonomia implica em estar livre para decidir seu caminho, podendo agir e decidir por si próprio, além disso, a autonomia vai para além do exercício de poder, é um direito, valor a ser conquistado no cotidiano de trabalho (KALINOWSKI, MARTINS, NETO, CUNHA, 2012).

Uma prática baseada em evidências auxilia a enfermeira a buscar e deter autonomia profissional nas várias situações e vivências das quais é exigida sua tomada de decisão, tal postura irá influenciar na sua autonomia profissional e conseqüente valorização profissional (SANTOS, MONTEZELI, PERES, 2012). Neste estudo a autonomia foi relacionada com a vivência do distresse moral, com destaque para a questão “40- Trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas para realização de tarefas”, com maior média de intensidade (3,69) nesse constructo.

O terceiro constructo “Desrespeito à autonomia do usuário” teve a maior média de 2,33 na região Sul identificada como ponto chave a questão “46- Vivenciar condutas assistenciais que desconsideram crenças e cultura dos pacientes”.

Boas enfermeiras podem ser representadas com certas características, tais como, defensoras competentes, compassivas e colaborativas do usuário, ou seja, fazendo a diferença na vida dos pacientes. A enfermeira deve buscar estratégias para defender as melhores práticas ao paciente e familiar, tais como, ouvi-los, ter uma comunicação aberta e honesta, estabelecer uma relação de defesa do paciente com todos os membros da equipe, minimizar conflitos pela tomada de decisão compartilhada (KUMMETH et al., 2008). No presente estudo o respeito às crenças e à cultura dos pacientes podem ser

relacionados ao papel de defensor e à imagem profissional, perante si mesmo, perante os usuários e a sociedade.

Também o desrespeito à autonomia do usuário foi evidenciado em outros estudos brasileiros como fator de distresse moral, tornando-se imprescindível a sua discussão e reflexão sobre causa desse fenômeno (BARLEM et al., 2013; BARLEM et al., 2014; DALMOLIN et al., 2014).

O constructo “Competência ética profissional” teve maior média de 2,67 na região Sudeste, com ênfase na questão “21- Vivenciar a omissão por parte do médico”. A competência ética integra outras competências profissionais em um processo dinâmico e contínuo de construção. Essa competência se torna uma ferramenta para enfrentar eventos e desafios éticos do cotidiano de trabalho (SCHAEFER, VIEIRA, 2015).

Também com estudantes de enfermagem são evidenciadas relações entre competência ética profissional e desencadeamento do distresse moral, tais como em situações de uso indevido de técnicas e de domínio do saber médico (RENNÓ, RAMOS, BRITTO, 2016). Outros estudos também evidenciaram questões de competência profissional da enfermeira e de outros membros da equipe como fatores associados ao distresse moral (BARLEM et al., 2013; BARLEM et al., 2014; DALMOLIN et al., 2014).

O constructo “Condições de Trabalho” teve média de 3,85 na região Norte apontando a questão central “11- Reconhecer que os materiais de consumo são insuficientes” como principal fator associado ao distresse moral. As condições de trabalho na enfermagem são constantemente apresentadas em estudos pela falta de materiais, sobrecarga de trabalho, recursos humanos inadequados e desqualificados, baixa remuneração, hierarquia nas equipes, entre outros fatores, que além de prejudicarem a qualidade do cuidado, levam ao sofrimento psíquico dos profissionais (SCHMOELLER et al., 2011; BERTONCINI, PIRES, SCHERER, 2011; PIRES et al., 2016).

As condições de trabalho insuficientes também se fizeram presentes em outros estudos de distresse moral, relacionando tais condições com a falta de recursos materiais para realização de atendimentos de urgência, priorização de pacientes pela falta de recursos humanos, realização de improvisos pela falta de materiais e necessidade de delegar cuidados de enfermagem a familiares pela falta de recursos humanos (BARLEM et al., 2013; DALMOLIN et al., 2014). Assim, pode-se afirmar que as condições de trabalho estão fortemente

associadas com o distresse moral e são também visualizadas em outros estudos da atenção básica como condicionante para o desenvolvimento de sentimentos de desvalorização, incerteza, impotência e insatisfação (PIRES et al., 2016; MATUMOTO et al., 2013; DILÉLIO et al., 2012; JUNGUES et al., 2012).

Desse modo, o grande achado desse estudo compreende as diferentes formas de vivenciar e perceber o distresse moral nas diferentes regiões do Brasil. Com a análise estatística se inferiu que cada região visualiza um constructo como fator predominante para o desenvolvimento do distresse moral, no entanto ressalta-se que a região Nordeste não diferencia os constructos, não os associando estatisticamente a um único constructo, mas sim ao distresse moral geral.

Outro achado deste estudo foi em relação aos constructos e ao tempo de graduação, idade, sexo e natureza do vínculo. A partir do Teste t evidenciou-se associação entre profissionais entre 30 até 39 anos (144) e os constructos “Autonomia Profissional e Condições de Trabalho” apresentando médias de intensidade de 3,56 e 3,71 para os respectivos constructos.

Com relação ao tempo de graduação a associação foi dada com o constructo “Competência ética profissional” em profissionais com atuação de 11 até 15 anos (75) apresentando como média de intensidade para o constructo de 3,03. Em outro estudo a relação com o tempo de graduação esteve associada com a Falta de Competência na Equipe, Desrespeito à autonomia do paciente, Condições de Trabalho Insuficientes e Obstinação Terapêutica em profissionais de enfermagem com mais de 5 anos de atuação (DALMOLIN et al., 2014).

Pelo foco do estudo na atenção básica é lógico que a grande maioria possua vínculo de natureza pública e, por conseguinte, este foi fator associado com o distresse moral nos constructos “Políticas de Saúde e Condições de Trabalho”.

O maior investimento no setor público contribui para melhor efetivar as redes de atenção, o acesso universal e a resolutividade dos problemas em saúde (PIRES et al., 2016). Nesse sentido, é necessária aqui uma grande reflexão sobre como o impacto da organização, da gestão e da aplicação das ações de saúde pública interferem e se associam com o distresse moral, procurando amenizar e elaborar estratégias de enfrentamento desse fenômeno nesse contexto em particular, a atenção básica em saúde.

Conclusão

O ambiente da atenção básica se mostrou distinto pelas suas especificidades, apontando associações entre diferentes constructos, em diferentes regiões do país e com diferentes perspectivas sociodemográficas. Em cada região do Brasil pode-se evidenciar diferentes preditores do distresse moral em enfermeiras, no entanto salienta-se que esse estudo não utilizou de uma amostra estratificada, o que dificulta generalizações por região.

Ficou evidente que as questões relacionadas à sobrecarga de trabalho se mostraram mais fortes na percepção e vivência das enfermeiras com o distresse moral. As condições de trabalho precárias, falta de recursos humanos e alta demanda são questões que implicam na sobrecarga de trabalho desses profissionais. Estas ocasionam uma má qualidade no cuidado prestado e agravam o distresse moral em sua dimensão processual.

Além disso, todos os constructos formados estiveram presentes com maior força em alguma região do Brasil, mostrando as diferenças culturais, políticas, gestoras, estruturais que fazem com que as enfermeiras identifiquem determinadas situações de distresse moral de formas diferentes. Esse enfoque permite ir além de se estabelecer enfrentamentos de problemas éticos morais dos trabalhadores, mas sim de configurar de uma forma mais ampla, crítica e reflexiva a situação de saúde do país e o modo como as políticas de saúde estão sendo implementadas.

Essas diferenças locorregionais ainda necessitam ser mais exploradas, no entanto, pelo tamanho territorial brasileiro isso ainda se torna um fator dificultador na exploração de fenômenos. Esse estudo conseguiu uma amostra estatisticamente adequada para o contexto global o que permite inferir generalizações no contexto da atenção básica brasileira de forma geral e não estratificada, sendo essa a sua grande contribuição para o conhecimento e enfrentamento do fenômeno distresse moral.

Referências

BACKES, D.S. et al. O papel do profissional enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à Estratégia de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. Vol.17, n.1, p.223-230, 2012.

BARLEM, E.L.D. et al. **Sufrimento moral em trabalhadores de enfermagem**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.21, n.(Spec), p.[09 telas], 2013.

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

BARLEM, E.L.D. **Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira**. Rio Grande: FURG, 2009. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF), 2012.

BERTONCINI, J.H.; PIRES, D.E.P.; SCHERER, M.D.A. **Condições de trabalho e renormalização nas atividades das enfermeiras na saúde da família**. Trabalho Educação e Saúde. Vol. 9, supl.1, p. 157-173, 2011.

CNES/Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/ Departamento de Informática do SUS. Equipe de saúde. Acesso em: 10 de Fevereiro de 2016. Disponível em: <<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>>>.

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

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

CORLEY, et al. **Development and evaluation of a moral distress scale**. Journal of Advanced Nursing. Vol.33, n.2, p.250:256, 2001.

DALMOLIN, G.L. **Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem?**. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol. 22, n.1., p.[8 telas], 2014.

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

EIZENBERG, M.M.; DESILYA, H.S.; HIRSCHFELD, M.L. **Moral distress questionnaire for clinical nurses: Instrument development**. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.65, n.4, p.885–892, 2009.

EPSTEIN, E.G; DELGADO, S. **Understanding and addressing moral distress**. *Online J Issues Nurs* [online]. Vol.15,n.3, p.25-34, 2010.

FELLI, V.E.A. **Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas**. *Enfermagem em Foco*. Vol.3, n.4, p.178-181, 2012.

GIOVANELLA, et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. [online]. Editora: Fiocruz. 2 Edição. 1.100p. Rio de Janeiro. 2012.

HAMRIC, A.B.; BORCHERS, C.T; EPSTEIN, E.G. **Development and Testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professional**. *AJOB Primary Research*. Vol. 2, n.3, p:1-9, 2012.

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

KALINOWSKI, C.E.; MARTINS, V.B.; NETO, F.R.G.X.; CUNHA I.C.K. **Autonomia do profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde: uma análise da percepção dos enfermeiros**. *SANARE*. Vol.11, n.1, p.06-12, 2012.

MCCARTHY, J.; GASTMANS, C. **Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature**. *Nursing Ethics*. Vol.22, n.1, p.131-52, 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 11ª edição. São Paulo. Editora: Hucitec, 2011.

NAKANO, et al. **Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan.** *Nursing Ethics*. Vol.17,n.6, p.726–740, 2010.

PAULY, et al. **Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate.** *Nursing Ethics*. Vol. 16, p.561-573, 2009.

PIRES, et al. **Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol.24, n.(espec), p.e2682, 2016.

PIRES, D.E.P.; LORENZETTI, J.; GELBCKE, F.L. **Enfermagem: condições de trabalho para um fazer responsável.** In: 62 CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 2010, Anais. Florianópolis: CBen.

RENNÓ, H.M.S. **Desenvolvimento de competências ético-morais e o sofrimento moral na formação em enfermagem.** [Dissertação]. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais.

SANTOS, F.O.F.; MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. **Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros.** *Revista Mineira de Enfermagem*. Vol.16, n.2, p.251-257, 2012.

SCHAEFER, R.; VIEIRA, M. **Competência ética como recurso de enfrentamento do sofrimento moral em enfermagem.** *Texto & Contexto Enfermagem*. Vol.24, n.2, p.563-73, 2015.

SCHAEFER, R.; JUNGUES, J.R. **A construção da competência ética na percepção de enfermeiros da Atenção Primária.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol.48, n.2,p.329-334, 2014.

SCHMOELLER et al. **Cargas de Trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol.32, n.2, p.368-77, 2011.

SILÉN, et al. **Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability.** *Journal of Clinical Nursing*. Vol.20, p.3483–3493, 2011.

SILVA, A.M.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L. **Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar**. Saúde Sociedade. Vol.22, n.3, p.840-852, 2013.

SILVA, M.V. **Políticas públicas de saúde: tendências recentes**. Sociologia, Problemas e Práticas [Online]. Vol.69, 2012.

SOUZA, R.C.; BATISTA, F.E.B. **Política pública de saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. VII Congresso Norte Nordeste de pesquisa e Inovação. 2012.

RADZVIN, L.C. **Moral distress in certified registered nurse anesthetists: Implications for nursing practice**. AANA Journal. Vol.79, n.1, p.39–45, 2011.

WIGGLETON. et al. **Medical students' experiences of moral distress: Development of a web-based survey**. Academic Medicine. Vol.85, n.1, p.111–117, 2010.

ULRICH, et al. **Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States**. Social Science and Medicine. Vol. 65, p.1708–1719, 2007.

4.3 Manuscrito 3: Situações geradoras de distresse moral em enfermeiras da atenção básica

Resumo: Pesquisa qualitativa buscou analisar as situações geradoras de distresse moral em enfermeiras da atenção básica. Realizadas entrevistas semiestruturadas com 13 enfermeiras de diferentes regiões do Brasil no período de janeiro a março de 2016. Utilizou-se para análise dos dados a Análise Textual Discursiva com apoio do Software Atlas.ti. Os resultados se apresentam em 4 categorias que relacionam o Distresse Moral ao profissional, aos serviços de saúde, aos usuários, a conflitos no exercício profissional. Quanto ao profissional emergiram questões como sobrecarga de trabalho, estabilidade profissional, desempenho da função do outro, falta de continuidade do cuidado, de profissionais qualificados, de qualificação profissional (si mesmo) e de recursos humanos. Quanto à organização dos serviços de saúde aponta-se para limites no próprio serviço ou deficiências da rede de atenção. Quanto aos usuários o distresse se relaciona a situações de conflitos, falta de continuidade do cuidado, violência e vulnerabilidade social. Os conflitos no exercício profissional representam o embate entre o julgamento e conduta pessoal da enfermeira com a de outro profissional, especialmente médicos e agentes comunitários (ACS). Conclui-se que ao assumirem valores éticos e políticos como norteadores de sua ação, as enfermeiras dão maior visibilidade ao conteúdo moral de muitos problemas e fragilidades que, de outra forma, poderiam ser vistos apenas pelo viés das condições de trabalho.

Palavras-chaves: Distresse Moral. Enfermeira. Atenção Básica. Condições de Trabalho.

Abstract: Qualitative research seeks to analyze the situations that cause moral distress in primary care nurses. Conducted semi-structured interviews with 13 nurses from different regions of Brazil from January to March 2016. It was used for data analysis to Textual Analysis Discourse with the support of Software Atlas.ti. The results are presented in four categories that relate to professional Moral distress, health services, users of conflicts in professional practice. As for the professional emerged issues such as work overload, job security, depending on the performance of the other, lack of continuity of care, professionals, professional qualifications (itself) and human resources. As for the organization of health services points to limits on their service or deficiencies in care network. As users the distress relates to conflict situations, lack of continuity of care, violence and social

vulnerability. Conflicts in the practice represent the clash between the judgment and personal conduct of nurses with other professional, especially medical and community agents (ACS). It is concluded that to take ethical and political values as a guide for its action, the nurses give greater visibility to the moral content of many problems and weaknesses that, otherwise, could be seen only by the bias of the working conditions.

Keywords: Moral distress. Nurse. Primary Care. Work conditions.

Resumen: La investigación cualitativa trata de analizar las situaciones que causan angustia moral en las enfermeras de atención primaria. Llevadas a cabo entrevistas semi-estructuradas con 13 enfermeras de diferentes regiones de Brasil, de enero a marzo de 2016. Fue utilizado para el análisis de datos para el análisis textual del discurso con el apoyo de software Atlas.ti. Los resultados se presentan en cuatro categorías que se relacionan con la angustia moral profesional, servicios de salud, los usuarios de los conflictos en la práctica profesional. En cuanto a los profesionales surgido cuestiones como la sobrecarga de trabajo, seguridad en el empleo, en función del rendimiento de la otra, la falta de continuidad de la atención, los profesionales, las cualificaciones profesionales (en sí misma) y los recursos humanos. En cuanto a la organización de los puntos de servicios de salud a los límites de su servicio o deficiencias en la red de atención. Como los usuarios de la angustia se refiere a las situaciones de conflicto, la falta de continuidad de la atención, la violencia y la vulnerabilidad social. Los conflictos en la práctica representan el choque entre el juicio y la conducta personal de enfermeras con otros agentes profesionales, especialmente médicos y comunitarios (SCA). Se concluye que para tomar los valores éticos y políticos como una guía para su acción, las enfermeras dan mayor visibilidad al contenido moral de muchos problemas y deficiencias que, de lo contrario, podría ser visto sólo por el sesgo de las condiciones de trabajo.

Palabras clave: angustia moral. Enfermeira. Atención Primaria. Condiciones de trabajo.

Introdução

Na enfermagem, Jameton (1984) foi o primeiro estudioso a definir o *distresse moral* (*moral distress*) como um desequilíbrio psicológico, ocasionado por sentimentos de dor e angústia, quando o

profissional sabe o que deveria ser realizado, mas devido a barreiras institucionais, falta de tempo, relutância de chefias, constrangimentos legais, políticas de instituições de saúde e relacionados ao poder médico, não exercem as suas funções conforme seus preceitos morais.

O conceito de distresse moral vem sendo debatido nos últimos 30 anos em diversos estudos, no entanto, ainda são relatadas lacunas no conhecimento da realidade e fragilidades do próprio conceito. Uma das críticas que se tem feito é em relação as narrativas de distresse moral serem vistas como confusas nas dimensões éticas do trabalho em enfermagem e a pouca profundidade de conhecimentos que abarcam os fundamentos psicológicos e éticos do enfrentamento de questões éticas pela enfermeira (JOHNSTONE, HUTCHINSON, 2015; RAMOS et al., 2016).

Existe um consenso de que o distresse moral perpassa pelo emocional, físico e psíquico da enfermeira, a partir das restrições e constrangimentos gerados pela omissão ou não realização da ação adequada (CCARTHY, GASTMANS, 2015). Também é consenso que a impotência ou a incapacidade de realizar a ação adequada são elementos chaves para o desencadeamento do distresse moral. Outro aspecto destacado é o modo como cada profissional vivencia o distresse moral nos diferentes cenários do trabalho e níveis de complexidade, apontando para a necessidade de novas proposições conceituais que possam dar suporte a tal empreendimento (RAMOS et al., 2016).

Com um novo olhar é apresentado um marco conceitual brasileiro, o qual aponta o distresse moral como um fenômeno processual e ao mesmo tempo uma experiência singular, que integra a experiência ética e moral. Nesse enfoque, tem-se o sentido produtivo do distresse moral pela agregação da experiência de si na constituição da formação do sujeito ético (RAMOS et al., 2016).

O distresse moral como construto processual engloba elementos que articulam a experiência ética, tais como, o problema moral, a incerteza moral, a sensibilidade moral, a inquietação moral, a deliberação moral e as competências éticas profissionais. O problema moral é o ponto de partida do distresse moral, não há distresse moral sem o sujeito estar de frente a um problema que lhe exige posicionamento. Para o problema ser perceptível é necessária que se tenha a sensibilidade moral, uma capacidade de refinamento, de percepção diferenciada (RAMOS et al., 2016).

Tendo em vista que cada ser humano vivencia o processo de distresse moral de uma forma única e singular, pois possui crenças, valores e culturas distintas, as respostas e consequências para o próprio

sujeito também serão diversificadas. Além do abandono da profissão, são relatadas situações de isolamento profissional, que ocorre quando o profissional vive o distresse moral em seu cotidiano, no entanto, quando os integrantes de sua equipe não vivenciam os mesmos sentimentos, sente-se sozinho e busca pelo isolamento profissional (EPSTEIN, DELGADO, 2010).

O distresse moral além de ocasionar traços na vida desses profissionais, também leva ao abandono da profissão, transtornos mentais, esgotamento físico e emocional (RAMOS et al., 2016b). Desse modo, é evidente a importância de se estudar e compreender o processo de distresse moral nos diferentes contextos de atuação da enfermeira.

No Brasil vem sendo desenvolvidos estudos sobre distresse moral com algumas variações de enfoques, desde revisões bibliográficas (DALMOLIN, 2007; 2009; RAMOS et al., 2016), etnoenfermagem orientada pelo modelo de Leininger (BULHOSA, 2006), estudos de validação e ampliação da Moral Distress Scale (MDS) (BARLEM, 2009; 2012; BARLEM et al., 2013; 2014), pesquisas quantitativas (BARLEM et al., 2009; 2012; 2013; 2014; RAMOS et al., 2016), pesquisas qualitativas (DRAGO, 2014; GHISLANDI, 2015; RENNÓ, 2015) e mais recentemente estudo direcionado ao marco conceitual desse fenômeno na enfermagem brasileira (RAMOS et al., 2016).

Os estudos apresentados na literatura retratam majoritariamente o distresse moral no cenário hospitalar em seus vários âmbitos de especialidades, no entanto o Brasil possui um Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem na atenção básica à saúde seu eixo ordenador das redes de Atenção à saúde e do acesso aos serviços. Essa é direcionada para as necessidades de saúde local, na qual a profissional enfermeira se apresenta como elo entre a comunidade e os serviços de saúde.

A atenção básica é regida pela Política Nacional de Atenção Básica instituída pela Portaria 48/MS/2006 e reestruturada pela Portaria 2.488/MS/2011/2012. Nesse documento a atenção básica é apresentada como porta de entrada dos usuários, com alto grau de descentralização e capilaridade, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Ainda nesse documento, é posto que os termos atenção básica e atenção básica possuem o mesmo significado, podendo-se adotar qualquer um deles (BRASIL, 2012).

A PNAB reordena, implementa e fortalece as Estratégias de Saúde da Família (ESF), antes denominadas Programa de Saúde da

Família (PSF), visando consolidar os princípios da atenção básica, assim como os previstos no SUS (BRASIL, 2012).

No novo lócus da ESF a equipe mínima de saúde é composta por: enfermeira, médico, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnico ou auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2012).

A enfermeira é responsável pela sua população adscrita e é com e para ela que desenvolve suas ações assistenciais, gerenciais, educacionais e de pesquisa. A partir do planejamento de ações de enfermagem e multidisciplinares com o propósito de garantir o cuidado integral aos indivíduos, famílias e comunidades (REGIS, BATISTA, 2015).

Em função da amplitude e especificidade do cenário brasileiro, que possui sua configuração voltada para a reorientação da atenção básica e onde a enfermeira é o profissional de referência, torna-se imprescindível investigar distresse moral. O objetivo dessa pesquisa foi - Analisar as situações geradoras de distresse moral em enfermeiras brasileiras atuantes na atenção básica.

Metodologia

Pesquisa qualitativa descritiva exploratória, desenvolvida no contexto da atenção básica brasileira. Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES, 2016), o Brasil consta com 50.165 equipes pertencentes à atenção básica, sendo que dessas, 18.407 se localizam na região Nordeste, 16.502 na região Sudeste, 7.315 na região Sul, 4.460 na região Norte e 3.481 na região Centro-Oeste, o quantitativo de enfermeiras atuantes na atenção básica é de 59.036.

Os participantes do estudo foram 13 enfermeiras atuantes na atenção básica brasileira, sendo 3 da região Sul, 3 do Sudeste, 3 do Nordeste, 2 do Norte e 2 do Centro-Oeste. Como critério de inclusão foi adotado a atuação mínima de 6 meses na atenção básica. Procurou ter a representatividade de ao menos 1 enfermeira de cada região do Brasil, sendo que a coleta dos dados foi finalizada quando iniciou-se o processo de saturação dos dados, ou seja, quando os dados começaram a se repetir não trazendo mais nenhum aspecto novo à pesquisa.

As enfermeiras foram escolhidas intencionalmente por contato via e-mail e redes sociais, explicando sobre a pesquisa e convidando a participação dessas, quando havia o retorno pelo interesse em participação era enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE) via e-mail para que pudessem ler e assinar caso consentissem e após scaneados e retornados via e-mail à pesquisadora.

As entrevistas seguiram o seguinte roteiro: 1. Apresentação do conceito de distresse moral às enfermeiras; 2. Questionamentos: - a partir do conceito exposto, quais situações de distresse moral você vivencia em sua realidade?; Que sentimentos isso gera em você? Como age frente a essas situações?. Nesse estudo é abordada apenas a primeira questão referente às situações desencadeadoras de distresse moral. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro à março de 2016, com o tempo médio de 35 minutos, sendo gravadas por meio digital, transcritas na íntegra e devolvidas aos participantes para validação do texto final.

Para análise dos dados foi utilizado parcialmente o referencial da análise textual discursiva (ATD) de Moraes e Galiuzzi (2011), tendo em vista que a análise semântica proposta pelos autores não foi parte deste estudo, além do apoio do software de análise de dados qualitativo *Atlas.ti*. A análise desdobrou-se em quatro etapas: 1) desmontagem dos textos (inserção dos textos dentro do software e elaboração da *hermeneutic unit – unidade hermenêutica*) nesse momento as entrevistas foram inseridas no software e realizada leitura profunda; 2) estabelecimento de relações (inserção dos *codes – códigos e das quotations- seleção de trechos das entrevistas*), nessa etapa inicia-se o processo de codificação, ou seja, a inserção de códigos por temas ou palavras-chaves em trechos das entrevistas; 3) captura de um novo emergente (formulação das *families- famílias/categorias/subcategorias*), nessa etapa ocorre o agrupamento dos códigos por aglutinação teórica e temática, formando assim as famílias ou categorias iniciais do processo da análise; 4) recolocação dos achados em um processo autoorganizado (formulação das *networks- redes/categorias principais*), por fim, realizou-se a última análise das categoriais iniciais, reestruturando-as em redes, também por aglutinação teórica e temática, contruindo as relações centrais do processo de análise.

Essa pesquisa está vinculada ao macroprojeto intitulado: O processo de angústia/sofrimento moral em Enfermeiras em diferentes contextos de trabalho em saúde, o qual foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das três Universidades envolvidas no Projeto Multicêntrico, com os seguintes pareceres finais: 602.598-0 de 10/02/2014 (UFSC); 602.603-0 de 31/01/2014 (Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG) e 511.634 de 17/01/2014 (Universidade Federal de Rio Grande/FURG). Vale ressaltar

que foram seguidas as diretrizes dispostas pela Resolução 466/12 do Comitê de Ética em Saúde, e que todas as enfermeiras assinaram TCLE. Para manter o anonimato, as falas foram identificadas pela letra E seguida de número (E1, E2, E3...).

Resultados

Os sujeitos da pesquisa foram em sua maioria, do sexo feminino (9), possuindo idade entre 28 a 35 anos, com tempo médio de 5 anos de formação, 2 participantes possuíam mestrado e os outros 11 possuíam especialização na área de saúde da família.

Pela análise dos dados emergiram 4 categorias centrais: Distresse Moral relacionado ao profissional; Distresse Moral relacionado aos serviços de saúde; Distresse Moral relacionado aos usuários e Distresse Moral relacionado a conflitos no exercício profissional.

A categoria Distresse Moral relacionado ao profissional contempla questões como: sobrecarga de trabalho, estabilidade profissional, desempenho da função do outro, falta de continuidade do cuidado, falta de profissionais qualificados, falta de qualificação profissional (si mesmo) e falta de recursos humanos.

Diferentes aspectos apresentam-se inter-relacionados, a exemplo da sobrecarga de trabalho e desempenho da função do outro geradas pelo quantitativo insuficiente ou falta de profissionais qualificados e, muitas vezes, somados a questões trabalhistas que levam à ausência de estabilidade no emprego. Assim, um fator condiciona o outro, o que gera uma cadeia multicausal no desenvolvimento de distresse moral no cotidiano das enfermeiras.

Na nossa unidade temos bastantes problemas com os TE que faltam muito, pegam longos atestados, e como é um serviço de porta aberta, tem que ter gente para entregar medicação, gente na sala de vacinas, na sala de curativos e às vezes não tem ninguém, então a enfermeira é pressionada para cobrir o técnico (E1).

[...] a equipe estava até completa, tinha médico, dentista, só que eles não eram voltados para a AB, não estavam nem um pouco interessados em trabalhar, comecei a ter bastante dificuldade em desenvolver meu

trabalho de enfermeira nessa nova equipe (E5).

A AB é o tempo todo desfalcada, não tem enfermeira, não tem médico, não tem dentista, eu mesmo fiquei 3 meses sem médico e 2 anos sem dentista. Além de você não ter os profissionais todos, você tinha que, sozinho, criar critérios para resolver aquele problema (E5).

Ainda relacionado ao profissional, destacam-se situações nas quais o desempenho da ação eticamente adequada é prejudicado pela falta de qualificação do próprio profissional que define tal ação como necessária para a continuidade do cuidado. Assim, a limitação percebida não é por um fator externo, mas sim por uma autocrítica. Fica claro que a falta de qualificação e continuidade do cuidado estão presentes muitas vezes pela ampliação e reestruturação da atenção básica, que exige do profissional novas capacidades frente à diversidade de necessidades e demandas de saúde.

Muitas vezes a gente se sente inseguro, porque vem paciente de alto risco; eu, pelo menos, não tenho segurança, me sinto impossibilitada, porque às vezes até tinha para quem referenciar, mas os profissionais aqui são complicados, a área de saúde é complicada, muitas coisas o município não dá a contra partida (E7).

Com os preceitos da reforma psiquiátrica nós acolhemos todas as pessoas dentro das unidades básicas de saúde, inclusive com sofrimento mental, alcoolista, usuários de drogas, mas ainda é difícil, porque a gente ainda não tem muito preparo para acolher e fazer uma escuta qualificada, propor atividades (E3).

Tem coisas que a gente já não consegue, mais em relação às visitas, em dar continuidade à assistência, em desenvolver salas de espera com mais eficácia, dar continuidade das academias de saúde. O município ainda não consegue executar nada, fazer ir para frente, então é meio desmotivador (E10).

A segunda categoria Distresse Moral relacionado aos serviços de saúde apontou para dois conjuntos de achados. O primeiro é focado em limites localizados no serviço, relativos à alta demanda em contraposição a uma séria de carências de estrutura física, materiais, equipamentos e recursos humanos, que também acabam por gerar sobrecarga de trabalho. Um segundo conjunto se refere a deficiências da rede de serviços, envolvendo os fluxos entre os serviços, o funcionamento da referência e contra referência e a retaguarda que assegure a continuidade de cuidados de maior complexidade. Associadas a tais precariedades se revelam críticas e conflitos com a gestão local ou municipal, com as normas institucionais ou políticas governamentais.

Quando se aborda a falta de recursos, desde materiais até profissionais, esta se configura como barreira para o desenvolvimento das ações de saúde de modo resolutivo e humanizado.

Geralmente a gente cria essas angústias por problemas mais estruturais. Na minha realidade falta de medicamento, falta estrutura física, RH, isso acaba gerando problemas e estresse com os usuários, muito menos em relação à forma como o trabalhador desenvolve seu trabalho (E2).

Eu tinha uma área de 5.000 pessoas e existia basicamente duas mil sem cobertura de ACS, sem falar que era para eu ter 8 ACS e eu estava trabalhando com 6, porque muitos estavam afastados pelo sindicato e não mandavam ninguém para cobrir a área dele e a outra estava afastada por motivo de doença,

porque estava com reação hansenica, a exposição solar prejudicava mais a doença dela (E5).

Na outra gestão, a gestora fazia tudo e deixava a unidade na mão dela e exercia do jeito que ela queria; muitas vezes faltava funcionário, alguma coisa, simplesmente dava o horário dela e ela ia embora, e falava assim “oh, o funcionário não veio, se vira” (E13).

A falta de recursos esteve presente em quase todas as falas, evidenciando a relação entre condições de trabalho, insatisfação e distresse moral. Além disso, a falta de serviços de referência e contrarreferência e da organização de fluxos entre esses serviços também foi citada como um fator no desenvolvimento do distresse moral.

Se você fala que é uma consulta de urgência ela tem que ser considerada de urgência, não posso esperar 3 meses, eu posso esperar no máximo 3 semanas, e isso dá uma angústia em quem está lá na ponta trabalhando. O sistema de regulação é o que me causa muita revolta, na verdade hoje é até mais que material, os materiais até que já estão bons nas unidades, mas regulação ainda é um nó na nossa vida. Dependendo do que o usuário estiver precisando, você vai ficar esperando muito tempo (E4).

Em relação aos usuários mais é a questão da média e alta complexidade, na atenção básica tem o impasse para o encaminhamento e isso me causa impotência (E7).

A questão que mais nos afeta são as barreiras físicas ou institucionais, que a gente não tem bem delimitado quais são os fluxos dos

usuários, principalmente nessa região que é de vazio assistencial (E3).

Na atenção básica as barreiras estruturais e organizacionais são visualizadas como rotineiras, mas de difícil resolução pelos profissionais por estarem fora de sua alçada ou governabilidade. Há uma forte inter-relação dos fatores apontados com os conflitos existentes com a gestão e com as políticas e normas governamentais que, por diferentes competências, deveriam dar suporte e garantir as condições necessárias para a resolutividade do cuidado.

Além do mais, a questão da gestão da AB, eles sabiam dos problemas de lá e não faziam nada em relação a isso, eles jogavam para você, até te maltratando, porque os profissionais ficavam com raiva (E5).

Vem a norma da vigilância epidemiológica (campanha de vacina influenza), quem que tem direito ou não de tomar a vacina pelo SUS de forma gratuitamente [...] fica todo mundo alvoroçado, todo mundo quer, só que a gente vem com as normas da vigilância, a gente tem que respeitar [...] O secretário de saúde libera para fazer a vacina na secretaria X, para todos os servidores [...]eu vou de forma descontente, cumprir uma ordem, não vou dizer que gera um conflito, mas é algo que eu acho errado, porque a gente está negando para a população, e tem que ir lá, e não interessa a nota técnica (E1).

Os conflitos relacionados à gestão denunciam problemas quanto à distribuição e uso correto de verbas, a definição de prioridades e interesses privados prevalecendo sobre os públicos em decisões políticas e técnicas.

No processo de trabalho, muitas coisas que a gente quer fazer, mas devido a recursos financeiros, inclusive desviados, a gente não consegue executá-las; por exemplo, as ações

da AB, como as visitas. Simplesmente se comprou 2 carros para fazer as visitas, mas o prefeito desviou o carro para ele andar, e é da AB, e o outro só viaja para fora (E10).

É complicado, deixa de se realizar muito procedimentos dos quais você sabe o que tem que ser feito em detrimento da barreira política, sempre tem a politicagem, você tem que iludir, inventar e omitir a realidade para os pacientes, mesmo que não seja o certo, isso deixa a gente frustrada, dá vontade de largar (E6).

Infelizmente, o grande problema é a questão política, eu estou na secretaria, aí vem minha superior, fala com o prefeito, tem a politicagem que é imensa, e aí ela faz o que, não pode descontar no meu superior, vou soltar nos meus subordinados, e isso acontece muito, acontece em todas as instâncias, na secretaria, no PSF, na área de saúde em geral, tanto hospitalar, quanto atenção básica (E9).

Muitos dos fatores apresentados remetem às grandes desigualdades locorregionais que envolvem a atenção básica brasileira, que expressam o também desigual peso da “má política” e “má gestão” sobre a organização da atenção, a cobertura, o acesso e a qualidade do cuidado, de modo que críticas destacadas devem ser tomadas como manifestação não generalizável.

A terceira categoria de Distresse Moral relacionado aos usuários, apresenta situações de conflitos, falta de continuidade do cuidado, violência na comunidade e vulnerabilidade social. O conflito se mostrou pelo peso de uma deliberação que pondera um choque entre princípios válidos, como o direito à informação e à proteção versus o direito ao sigilo. Também podem se referir a limitações na oferta e resolutividade do cuidado por respeito à autonomia do usuário ou a obstáculos em superar formas tradicionais de atendimento e organização do trabalho.

Estamos acompanhando uma gestante e foi detectado que ela é HIV positiva no pré-natal, e ela não quer contar para o parceiro, então você faz toda abordagem para ela falar, faz o que você acha correto, mas você tem que respeitar o direito dela de não divulgar o diagnóstico. Eu me senti em conflito, porque o outro está sendo colocado em risco. (E1).

Nós temos resistência à adesão do paciente em alguns casos, nem tanto do paciente, mas a gente lida com crianças que no teste do pezinho têm diagnosticadas algumas doenças, anemia falciforme, hipotireoidismo, fibrose cística, e as vezes os pais recusam. Um marido não queria deixar que a mãe acompanhasse o filho por ciúmes do motorista, por exemplo, então tivemos que entrar com o conselho tutelar, polícia, pois o pai não aceitava a mãe viajar com a criança (E6).

Tenho bastante dificuldade na população aceitar a conduta de enfermagem, eles só querem fazer com o médico, tem ginecologista que faz o pré-natal, o preventivo, então a enfermeira não faz. Para implantar a consulta de enfermagem, é muito difícil, eles só querem a consulta médica, e isso eu fico muito incomodada, por não conseguir desenvolver essa consulta, tanto quanto eu gostaria, e isso gera desvalorização, frustração (E8).

Quando se tenta fazer da forma correta, tanto a equipe quanto os usuários, acham que a gente está impondo mais trabalho, e isso depois é um pouco frustrante (E12).

Fica explícito que a atuação da enfermeira na atenção básica é mediada por relações conflituosas e pela falta de confiança por parte dos usuários em relação aos cuidados prestados. Estas incoerências e instabilidades nas práticas de saúde, refletem-se na incapacidade da implementação de um cuidado resolutivo e de qualidade.

Além disso, as questões relacionadas à violência e às vulnerabilidades sociais também implicam em impotência e, conseqüentemente, em distresse moral no momento em que se tornam barreiras para o profissional desenvolver a ação que acredita ser correta ou para alcançar os resultados desejados naquela comunidade.

Às vezes a gente quer fazer ações, especialmente em educação em saúde, em relação à cultura da paz, e a gente não consegue desenvolver por medo do tráfico, então há mensagens subliminares para a equipe, não saia para a rua, nesses territórios vocês não se metem, esse tipo de assunto vocês não trabalham. A própria comunidade vem e nos avisa, para que a gente não entre em riscos maiores (E2).

A gente sofre mais em dar orientação sobre um cuidado e ela não conseguir desenvolvê-lo por falta de fornecer subsídios a esse cuidado, isso traz uma angústia, por ela não conseguir, não conseguir seguir suas orientações por ter condições sociais precárias, então traz uma angústia (E2).

É complexo compreender as necessidades do usuário, atuar sobre elas e manter relações de reciprocidade e cooperação com o mesmo. Tais relações podem ser permeadas por dificuldades e instabilidades. A enfermeira precisa ter o apoio do usuário e da comunidade para efetivar suas ações, sob o risco de tais ações serem ineficazes, prejudicando não somente o usuário, mas também o profissional.

A quarta categoria Distresse Moral relacionado a conflitos no exercício profissional engloba os fatores desencadeadores representados por um embate entre o julgamento e conduta pessoal da enfermeira com a de outro profissional, especialmente médicos e Agentes Comunitários

de Saúde (ACS). Alguns conflitos, como os relacionados à própria conduta, às normas governamentais e à legislação que rege a profissão estão interligados. Quando o profissional julga sua própria conduta, mesmo na ausência de ato concreto, mas pela simples constatação de uma limitação potencial ou efetiva, a enfermeira reflete criticamente sobre questões legislativas e políticas que regem seu trabalho e que podem ser tanto.

Senti-me negligente. Mesmo que ele já estivesse com a condição (HIV) eu acho que era um direito dele saber. Então eu me senti bem incomodada com essa situação, por ter que obedecer uma lei. Eu não revelei pessoalmente mais por medo de perder meu COREN (E1).

Assim que eu assumi a equipe estava quase para terminar o prazo para cadastrar as crianças no bolsa família. Eu tive que fazer um mutirão [...] tive que dar conta e atropelar os processos e entreguei, mas entreguei de uma forma que qualitativamente eu sei que não foi boa, eu cumpri um aspecto quantitativo, mas eu não avaliei todas aquelas crianças de verdade, eu não entendi todas as vulnerabilidades daquele grupo, eu simplesmente pesei e vi carteira (E4).

A gente fica nesses conflitos sem saber o que seguir. Em alguns casos a gente finge, prefere se abster, e em outros a gente insiste em querer seguir a regra (E1).

Pela pluralidade de demandas a que deve responder a atenção básica e o caráter multiprofissional das intervenções em saúde, é comum que se presenciem conflitos no interior das equipes. Dentre estes, destacam-se os conflitos com o profissional médico, no que diz respeito à hegemonia de seus saber e a discordância das suas condutas, quando são vislumbradas outras alternativas de ação eticamente mais adequadas.

Eu sinto pouca responsabilização por parte do médico [...] você é responsável pela aquela família, você tem que acompanhar; então se aquela pessoa não está bem com aquela medicação que está usando, você tem o dever de tentar mudar, e a maioria dos médicos não se comprometem com isso (E3).

Alguns médicos apertavam a agenda só no turno da manhã, atendiam as 20 pessoas, e não apareciam no turno da tarde, porque já tinham cumprido a sua meta [...] e chegou um usuário que deveria ser atendido por ele, e ele se recusou, a TE aferiu a PA e estava alta e ele era usuário dele. Ele disse “não, já atendi os meus 20”, e eu, lógico, fiquei indignada (E4).

Em função de que o médico é quem manda, então você perde a sua autonomia como profissional. Você tenta trabalhar com uma equipe multiprofissional, mas não consegue, dificulta o exercício da profissão. Se tivesse um envolvimento de toda a equipe para decidir um cuidado ao paciente, mas o caso nem é trazido (E8).

A gente pensa uma coisa, eticamente, profissionalmente, a gente estuda uma coisa e quando vai para a prática surgem inúmeras barreira institucional, barreira do profissional médico que está acima, barreira de falta de respeito do colega, até técnico de enfermagem, que não aprendeu a respeitar outras pessoas e ele também não te respeita e então isso vira uma cascata (E9).

Os conflitos identificados nas relações com o ACS se referem à falta de identificação deste com a equipe, o não reconhecimento da enfermeira como coordenador de suas ações, ou mesmo de seu

importante papel dentro da comunidade e para os objetivos da atenção básica por parte dos próprios ACS.

Eu tenho muita dificuldade com os ACS, por exemplo, nós fazemos muitas coisas no sábado de manhã, ou no expediente após o horário de trabalho, que seja melhor para determinada atividade e eu ainda encontro bastante resistência. Eles acham que eles tem que trabalhar das 07 as 17 e pronto, e que o trabalho deles é fazer visita domiciliar e pronto. Então a promoção e outras atividades eles pensam que não são trabalhos deles [...] eu me frustrei inúmeras vezes tentando fazer alguma atividade, uma campanha (E8).

Muitas das vezes, nos deparavam com denúncias, da própria comunidade que não estava satisfeita, e eles iam reclamavam na unidade, e se davam conta que a gente tinha esse controle de ponto, porém quando a gente ia fazer a busca, ver o que eles (ACS) estavam fazendo, eles não estavam fazendo visita domiciliar, eles estavam em casa, ou fazendo qualquer outra atividade pessoal, diferente do que era para estar sendo feito ali naquele momento, e isso por mais que a gente tivesse uma equipe formada, com estrutura, a gente não tinha a ação efetiva, e isso com o tempo foi frustrando (E12).

O sistema de saúde brasileiro tem a atenção básica como referência das ações em saúde, deveria acontecer nela a grande parte da resolutividade das necessidades dos usuários. No entanto, como visto pelos achados, a carência de recursos, a falta de organização e condições de trabalho adequadas, os conflitos institucionais, governamentais, profissionais e pessoais mostram-se como fatores predominantes, que predispõem a enfermeira ao distresse moral.

Discussão

Os resultados dessa pesquisa apontam para diversos fatores intrínsecos ao dia a dia do profissional enfermeira como as condições e organização do trabalho, os conflitos presentes nas relações interpessoais (usuário, comunidade, profissionais de saúde), os conflitos relacionados à gestão dos serviços e do sistema, como fatores que desencadeiam o distresse moral.

As condições e organização do trabalho que implicam na sobrecarga, alta demanda, falta de recursos, estrutura, medicamentos, recursos humanos, recursos humanos qualificados, continuidade do cuidado e qualificação profissional apresentaram-se nesse estudo como fatores de distresse moral. Esses também são vislumbrados em outros estudos da atenção básica como barreiras para a enfermeira desenvolver uma ação, gerando sentimentos de desvalorização, incerteza, impotência, insatisfação (PIRES et al., 2016; MATUMOTO et al., 2013; DILÉLIO et al., 2012; JUNGUES et al., 2012).

Nesse estudo a sobrecarga de trabalho se apresenta como um fator condicionante ao distresse moral no momento em que influencia no planejamento e execução de um cuidado em saúde. Assim como em outros estudos, está presente nas ações diárias da enfermeira, principalmente atrelada a alta demanda e a falta de recursos humanos, que acarreta a enfermeira desempenhar outros papéis, deixando de executar a ação adequada, levando-a a um desgaste físico e psíquico (ASSIS, COLLETI, REICHERT, SÁ, 2011).

Outro fator importante para o exercício profissional se refere à enfermeira estar capacitada/qualificada para exercer tal função. A competência para o agir ético se mostrou potencial desencadeador do distresse moral, no momento em que interfere no desempenho da equipe e efetividade das ações realizadas, seja quando a limitação é percebida em si mesmo ou em outro profissional. Especialmente no primeiro caso, é de se esperar que a constatação de uma insuficiência de sua ação por falta de capacitação deva mobilizar processos de recapacitação, que representariam um enfrentamento e superação da causa de DM. No entanto, cabe considerar que as multifaces das necessidades de saúde e da atenção básica desafiam continuamente o alcance e suficiência dos saberes e práticas, e atuar em um campo sem pleno domínio de toda a sua complexidade pode levar à insegurança e ao estresse. O acirramento desta situação se dá pela ausência de suporte e contrapartida de referência para resolver situações particulares, tornando mais presente o

componente ético destas situações, já relatadas em outros estudos, de despreparo e impotência (SALCEDO et al., 2011).

Nos contextos de trabalho são vivenciados conflitos que se dão nas relações pessoais e profissionais, tanto usuário-profissional quanto profissional-profissional. Estes conflitos muitas vezes são ligados ao despreparo do profissional, à falta de diálogo, de coletividade, de integração, acarretando em mal estar, insatisfação, desprazer, desgaste e desmotivação (FERNANDES, BACKES, 2010; NUNES et al., 2010; DAVID et al., 2009; BAGGIO, 2007).

Os conflitos com os usuários apresentaram-se como fator importante no desenvolvimento do distresse moral, principalmente relacionados à adesão da conduta da enfermeira. A sensibilidade e a reflexão moral sobre um problema, tornando apreensível o componente moral em questões técnicas, políticas e relacionais são a base para o processo de distresse moral. O estudo acerca de problemas éticos é tão importante quanto sobre os efeitos destes sobre os diferentes sujeitos. Existem problemas éticos na atenção básica, nas relações com o usuário e entre profissionais. Com os usuários as descrições remetem à falta de comunicação, desrespeito à autonomia do usuário e falta de respeito da enfermeira para com o usuário. Já os problemas éticos nas relações entre os integrantes da equipe se dão pelo descompromisso de alguns profissionais, desrespeito entre os mesmos, despreparo da enfermeira em atuar na atenção básica (NORA, ZOBOLI, VIEIRA, 2015).

Além disso, emergiram especificidades da atenção básica no Brasil, não presentes em outros estudos sobre DM, como os apontados para as relações conflituosas estabelecidas entre o ACS e a enfermeira. O ACS é parte da comunidade, possui conhecimentos sobre seus problemas e as situações de vulnerabilidades existentes (BRIESE, 2011). Esse profissional demonstra entrar em conflito com a enfermeira quando é obrigado a desempenhar ações que não fazem parte de sua conduta profissional. O fato de que cada profissional responde ética e legalmente por seus atos em seus respectivos órgãos fiscalizadores faz com que as funções e competências de cada integrante da equipe sejam respeitadas, no entanto, o ACS não possui um órgão legal que o ampare, levando a vivenciar conflitos dessa dimensão (CARDOSO, 2015).

As relações profissionais conflituosas, que se tornam “problemáticas” ou objeto de um julgamento moral, só deveriam desencadear distresse moral na enfermeira caso sua constatação viesse acompanhada de obstáculo, se não insuperável pelo menos momentaneamente assim percebido, de modo a impedir a ação eleita como eticamente correta. No entanto, o que se depreende da análise é o

predomínio de problemas e precariedades, como as derivadas das condições inadequadas de trabalho, que se enfrentadas não levariam, necessariamente ao DM, uma vez que uma decisão/ação eticamente aceitável pode ainda ser tomada mesmo em cenários desfavoráveis e face a sérias precariedades. Obviamente que haverá desgastes e insatisfações, mas uma linearidade causal destes com o DM deve ser cuidadosamente ponderada, inclusive levantando a possibilidade de limite da própria compreensão sobre o conceito.

Questões referidas à gestão, normas e políticas que incidem sobre o trabalho e os serviços articulam o que foi categorizado tanto como Distresse Moral relacionado aos serviços de saúde como a conflitos no exercício profissional. O conflito se dá pelo reconhecimento de situações injustas que a obediência à norma acarreta ou a processos gerenciais prejudiciais ao trabalho cotidiano, estabelecidos de forma verticalizada ou parciais e não isentos de interesses pessoais. Isto sem considerar que a própria priorização e escolhas de uma determinada ação em saúde, para responder a uma e não outra pessoa/demanda já podem produzir divergências e problemas éticos com a gestão, influenciando diretamente na vivência do distresse moral pela enfermeira (TONESSEN, NORTVEDT, FORDE, 2011).

Existe um rompimento entre o direito à saúde do usuário, posto na Constituição Federal Brasileira, e a forma como ele se aplica na realidade da atenção em saúde, principalmente entre o descompasso entre o que está contratualizado e as interações entre coordenadores e trabalhadores, gerando desavenças, discussões e reações emocionais (CARVALHO, PEDUZZI, AYRES, 2014).

Dessa forma, a questão do distresse moral está relacionada ao entorno da situação de trabalho, ou seja, não se limita às ações individuais, mas às necessidades de toda a equipe e usuários.

Conclusão

A partir da realização desse estudo ficou evidente que os fatores condicionantes ao desencadeamento do distresse moral na enfermeira da atenção básica fazem parte do dia a dia desse profissional. As condições de trabalho, a forma de organização, as relações profissionais e interpessoais, os conflitos existentes nessas relações e as formas de se gerir a atenção em saúde são os gatilhos para o distresse moral.

Em síntese, as ações de saúde são intervenções sobre necessidade e demandas, dependentes das formas como estas são concebidas e das

formas como diferentes atores e recursos são organizados para supri-las. O compromisso com o usuário e com a qualidade almejada para o cuidado ofertado se mostra como valor ético a ser defendido, no amplo cenário da saúde, como direito do cidadão. Os resultados apontaram que ao assumirem tal valor como norteador de sua ação, as enfermeiras dão maior visibilidade ao conteúdo moral de muitos problemas e fragilidades que, de outra forma, poderiam ser vistos apenas pelo viés das condições de trabalho.

Além disso, é importante destacar que o distresse moral é um tema estudado ainda de forma incipiente no cenário brasileiro, principalmente na atenção básica, sendo necessário o avanço de pesquisas nesse cenário particular, para que se possam criar estratégias que fomentem o seu enfrentamento. A contribuição desse estudo se deu no apontamento de alguns fatores desencadeadores de distresse moral. A necessária reflexão ética sobre as mútuas relações entre os diferentes achados, a diversidade de suas manifestações no diversificado contexto brasileiro e, especialmente, as formas de enfrentar e deliberar frente às fontes de DM identificadas não foram objeto do presente recorte, mas estão sendo exploradas pela investigação da qual deriva e devem mobilizar futuros estudos. Entre os limites a serem tratados em novas pesquisas estão os próprios limites do conceito de DM e das formas do profissional entender o que se coloca como ação eticamente correta e que se coloca como real impedimento para tal ação.

Referências

ASSIS, W.D.; COLLET, N.; REICHERT, A.P.S.; SÁ, L.D. **Processo de trabalho da enfermeira que atua na puericultura nas unidades de saúde da família**. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 64, n.1, p.38-46, 2011.

BAGGIO, M.A. **Relações humanas no ambiente de trabalho: o profissional de enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol. 28, n.3, p.409-415, 2007.

BARLEM et al. **Psychometric characteristics of the Moral Distress Scale in Brazilian nursing professionals**. Texto & Contexto Enfermagem. Vol. 23, n.3, p.563-72, 2014.

BARLEM et al. **Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem.** Revista Latino-Americana em Enfermagem. Vol.21, n.(especial),p.9-telas, 2013.

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

BARLEM, E.L.D. **Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira.** Rio Grande: FURG, 2009. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF), 2012.

BRIESE, G.P. **Estratégia de Saúde da Família e vivência do sofrimento moral dos Agentes Comunitários de Saúde.** Rio Grande: FURG, 2011. 73p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2011.

BULHOSA, M.S. **Sofrimento moral no trabalho da enfermagem.** Rio Grande: FURG, 2006. 68p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] Rio Grande – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2006.

CARDOSO, et al. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 64, n.6, p:1087:1093, 2011.

CARDOSO, C.M.L. **Vivência do sofrimento moral na estratégia de saúde da família: visão dos profissionais.** Belo Horizonte: UFMG, 2015. 100P. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2015.

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

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

CORLEY, et al. **Development and evaluation of a moral distress scale.** Journal of Advanced Nursing. Vol.33, n.2, p.250:256, 2001.

COTTA, et al. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde.** Epidemiologia e Serviços de Saúde. Vol. 15, n.3, p:7-18, 2006.

DAVID, H.M.S.L. et al. **Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador.** Texto & Contexto Enfermagem. Vol. 18, n.2, p.206-214, 2009.

DALMOLIN, G.L. **Sofrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa.** [dissertação]. Rio Grande: [Universidade Federal do Rio Grande]. 2009. p. 97.

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

DILÉLIO, A.S. et al. **Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil.** Cadernos de Saúde Pública. Vol. 28, n.3, p.503-514, 2012.

EPSTEIN, E.G; DELGADO, S. **Understanding and addressing moral distress.** Online J Issues Nurs [online]. Vol.15,n.3, p.25-34, 2010.

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

JOHNSTONE, M.J.; HUTCHINSON, A. **'Moral distress' – time to abandon a flawed nursing construct?**. Nursing Ethics. Vol.22, N.1, P.5-14, 2015.

JUNGUES, J.R. et al. **O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização**. Saúde e Sociedade. Vol.21, n.3, p.686-697, 2012.

MATUMOTO, S. et al. **Cartografia das dores do cuidado no trabalho clínico do enfermeiro na atenção básica**. Texto & Contexto em Enfermagem. Vol.22, n.2, p.318-326, 2013.

MCCARTHY, J.; GASTMANS, C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. Nursing Ethics. Vol.22, n.1, p.131-52, 2015.

NUNES, et al. **Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na atenção à saúde da família**. Revista de Enfermagem da UERJ. Vol.18, n.2, p.204-209, 2010.

NORA, C.R.D; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M. **Problemas éticos vivenciados pro enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa de literature**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol.36, n.1, p.112-121, 2015.

PIRES, et al. **Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal**. Revista Latino-Americana em Enfermagem. Vol.24, n. (espec.) p.e2682, 2016.

RAMOS, et al. **Marco conceitual para o estudo do distresse moral em enfermeiros**. Texto & Contexto Enfermagem. Vol. 25, n.2, p.e4460015, 2016.a

RAMOS, et al. **Consequência do sofrimento moral em enfermeiros: revisão integrativa**. Cogitare Enfermagem. Vol.21, n.2, 2016.

REGIS, C.G.; BATISTA, N.A. **O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências**. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.68, n.5, p.830-836, 2015.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

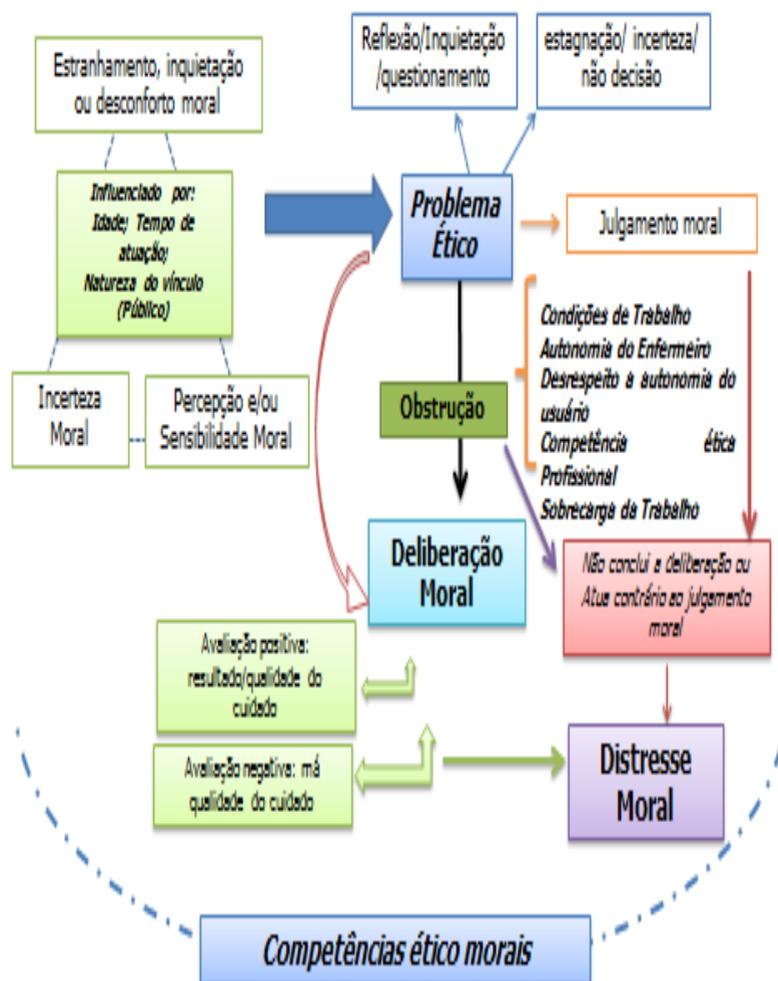
O caminho traçado neste estudo permitiu responder algumas questões derivadas da tese inicial, assim como apontou para novas reflexões e aprofundamentos futuros no campo da ética e trabalho, em especial do distresse moral em enfermeiras da atenção básica. Os resultados da tese apresentam 3 grandes contribuições: 1) aprofundamento e adaptação de um marco conceitual; 2) Validação de um instrumento para o cenário da atenção básica brasileiro; 3) Identificação de diferentes níveis de percepção e vivência de distresse moral nas diferentes regiões brasileiras, bem como os fatores que interferem nessa percepção e vivência.

A base teórica inicial (Ramos et al., 2016) contemplava a articulação do conceito de distresse moral com os de sensibilidade moral, problema ético e deliberação moral. O distresse moral foi proposto numa dimensão processual e relacionado não apenas ao problema ou a uma causa em si, mas à obstrução do posicionamento definido para resolver tal problema. O não alcance do resultado esperado ou a avaliação da deliberação e atitude tomada também podem gerar DM, quando retroativamente implicar em novo julgamento de alternativas, ações e consequências. Todo esse processo, desde a percepção do problema, é influenciado pelas competências éticas morais das enfermeiras.

Esse marco permitiu vislumbrar questões antes não abordadas nesse campo, o da atenção básica, do mesmo modo que no processo de pesquisa pode-se ampliar o marco, a partir da experiência apreendida das enfermeiras da AB. No âmbito da atenção básica, as condições de trabalho relacionadas com a qualidade do cuidado estiveram presentes de forma permanente na vivência do distresse moral das enfermeiras. Assim, amplia-se o marco apresentado por Ramos et al. (2016) considerando como importantes pontos de obstrução para a realização da prática ética, as condições de trabalho inadequadas, que incluem a sobrecarga de trabalho, espaço físico inadequado, falta de materiais, equipamentos, recursos humanos e recursos humanos desqualificados. O profissional percebe a falta de condições de trabalho como um gatilho para a vivência do distresse moral, uma vez que estas impactam negativamente a qualidade de cuidado prestado, em termos de valores reconhecidos, como a resolutividade, integralidade, ética e humanização. A partir dessas elucidaciones elaborou-se uma adaptação ao modelo representativo do marco conceitual, abarcando questões

referentes ao contexto da atenção básica, como mostra a figura a seguir.
Figura 1. Adaptação do marco conceitual (Ramos et al., 2016) para atenção básica. Florianópolis, 2016.

Processo de Distresse Moral na Atenção Básica



Além dessas questões e ampliação do marco conceitual, evidenciou-se que a percepção do DM das enfermeiras da atenção básica é influenciada pelo tempo de atuação, idade e natureza do vínculo (público). Mostrou-se maior intensidade e frequência de distresse moral em enfermeiras com tempo graduação entre 11 a 15 anos e idade entre 30 até 39 anos. Esse dado nos faz refletir sobre a sensibilidade moral que as enfermeiras vão adquirindo com o passar dos anos de atuação na atenção básica, quando acontecimentos éticos antes despercebidos pela falta de sensibilidade moral, agora os remetem a um distresse moral, pela identificação do problema ético moral e a sua não resolução.

Além disso, é possível refletir sobre a ligação com o tempo de atuação e o conhecimento adquirido para atuar orientado por princípios e diretrizes que regem o SUS e a atenção básica. Conhecer tais princípios e diretrizes, saber quais ferramentas são necessárias para operacionalizá-los, desperta na enfermeira uma sensibilidade crítica frente às ações a serem desenvolvidas para e com os usuários, assumindo o compromisso de cuidar de maneira integral e resolutiva.

Também é possível inferir sobre outra perspectiva, a da formação desses profissionais, que se deu entre os anos de 2000 a 2005, quando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em especial de Enfermagem foram reestruturadas e englobaram questões específicas para a implementação do SUS, com foco nas ações de promoção da saúde, prevenção e reabilitação de agravos e doenças. Com uma formação direcionada para a consolidação do SUS e a atenção básica como um eixo estruturante deste sistema, pode ser levantada uma possível influência destes projetos pedagógicos na formação de enfermeiras comprometidas com a integralidade, a qualidade e a humanização da assistência. Sob esta leitura, poderia supor-se uma maior capacidade de identificar elementos e situações que não estão de acordo com sua formação/conhecimento e vivenciar o distresse moral quando não dispõe de subsídios para desenvolver as ações de forma adequada.

No entanto, se torna necessário aprofundar as questões relacionadas ao ensino e formação da enfermeira da atenção básica com as questões do distresse moral, para além de identificar as situações geradoras desse fenômeno, também possibilitar a elaboração de estratégias de enfrentamento.

Como segundo objetivo desta tese tinha-se a proposta de validar um instrumento que identificasse os fatores preditores e geradores de distresse moral nas enfermeiras da atenção básica. Esse objetivo foi alcançado com a validação do instrumento, sustentada pela análise da carga fatorial superior a $<0,500$, comunalidade $<0,500$ e Alpha de

Cronbach $<0,800$, considerando o instrumento válido para o contexto brasileiro da atenção básica. O instrumento inicial contava com 57 questões, das quais 46 foram validadas para o cenário específico, fornecendo informações relevantes sobre o fenômeno estudado.

A partir da validação do instrumento pôde-se identificar 6 constructos que apontaram para os fatores desencadeadores de distresse moral em enfermeiras da atenção básica. Os 6 constructos identificados foram: Políticas de Saúde, Condições de Trabalho, Autonomia da Enfermeira, Competência ética profissional, Desrespeito à autonomia do usuário e Sobrecarga de Trabalho. Cada constructo relacionou questões específicas sobre o campo de atuação da enfermeira percebidas como preditores de distresse moral por esse profissional. No entanto, esse estudo teve como limitações ser o primeiro aplicado e validado no contexto da atenção básica mundial, o que impossibilitou o estabelecimento de maiores comparações.

Como terceira contribuição, a pesquisa evidenciou níveis diferenciados de frequência e intensidade de distresse moral em diferentes regiões do Brasil. Os resultados mostraram que as enfermeiras prezenciam de maneira diferente as causas ou fatores associados de distresse moral, tendo o constructo “Condições de Trabalho” as maiores médias para o Sudeste (3,51), Norte (3,85) e Nordeste (3,56), enquanto o construto “Sobrecarga de Trabalho” foi o mais significativo na região sul (3,55) e “Autonomia do Enfermeiro” no Centro Oeste (3,56).

O Brasil possui uma vasta extensão territorial e isso gera influências no modo como se trabalha e como se manifestam as enfermeiras frente ao fenômeno de distresse moral. No entanto, os fatores associados às condições de trabalho ainda são prevalentes em todo território nacional, o que reflete desiguais condições de organização dos serviços e, inclusive de investimentos na atenção básica, face seu importante papel na atenção à saúde da população.

De posse desses resultados, elucida-se o distresse moral relacionado principalmente às condições de trabalho nas 3 regiões brasileiras, sendo que o constructo Sobrecarga de Trabalho e Autonomia da Enfermeira também estão implicados nas condições de trabalho. Assim como apontado pelos resultados qualitativos, as análises quantitativas também apontam as condições de trabalho como fatores associados e preditores do distresse moral em enfermeiras da atenção básica. Quando o resultado da ação da enfermeira é inadequado, ou seja,

o cuidado é desqualificado devido às condições de trabalho precárias, ocorre a vivência do distresse moral nas enfermeiras.

Este resultado reflete a formação do vínculo estabelecido entre profissional e usuário, no compromisso que o profissional assume de realizar as ações de forma adequada e com materiais e estruturas adequadas. A responsabilização pelo cuidado com qualidade, fornecendo os subsídios necessários para esse cuidado ao usuário, faz com que a enfermeira vivencie o distresse moral quando esse compromisso é corrompido pela falta de condições de trabalho.

Como lacuna é importante ressaltar a necessidade de se aprofundarem pesquisas a fim de compreender o processo de deliberação moral que as enfermeiras da atenção básica utilizam frente ao processo de distresse moral. Os fatores desencadeadores e associados de distresse moral em enfermeiras da atenção básica eram desconhecidos até o momento da realização desse trabalho. Dada sua abrangência nacional, pode-se inferir generalizações com a escala validada para o cenário da atenção básica.

6 REFERÊNCIAS

AFT, S.L.K. **Moral distress in medical surgical nurses**. Cullowhee: Western Carolina University. 2011. Thesis (Masters of Science in Nursing).

ASSIS, W.D.; COLLET, N.; REICHERT, A.P.S.; SÁ, L.D. **Processo de trabalho da enfermeira que atua na puericultura nas unidades de saúde da família**. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 64, n.1, p.38-46, 2011.

BAGGIO, M.A. **Relações humanas no ambiente de trabalho: o profissional de enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol. 28, n.3, p.409-415, 2007.

BACKES, D.S. et al. **O papel do profissional enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à Estratégia de Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva. Vol.17, n.1, p.223-230, 2012.

BARLEM, E.L.D. et al. **Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.21, n.(Spec), p.[09 telas], 2013.

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

BARLEM, E.L.D. **Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira**. Rio Grande: FURG, 2009. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF), 2012.

BERTONCINI, J.H.; PIRES, D.E.P.; SCHERER, M.D.A. **Condições de trabalho e renormalização nas atividades das enfermeiras na saúde da família.** Trabalho Educação e Saúde. Vol. 9, supl.1, p. 157-173, 2011.

BOHNENKAMP, S. et al. **An Inpatient Surgical Oncology Unit's Experience with Moral Distress: Part I.** Oncologist Nursing Forum. Vol. 42, n.3, p.308-10, 2015.

CARDOSO, T.M et al. **Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 64, n.6, p:1087:1093, 2011.

COHEN, J.S;ERIKSON, J.M. **Ethical Dilemmas and moral distress in oncology nursing practice.** Clinical Journal of Oncology Nursing. Vol. 10, n.6, p:775-782, 2006.

CNES/Datasus. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/ Departamento de Informática do SUS.** Equipe de saúde. Acesso em: 10 de Fevereiro de 2016. Disponível em:<<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>>>.

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

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

CORLEY, M.C.; ELSWICK R.K.; GORMAN, M.; CLOR, T. **Development and evaluation of a moral distress scale.** Journal of Advanced Nursing. Vol.33, n.2, p.250:256, 2001.

COTTA, R.M.M. et al. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde.** Epidemiologia e Serviços de Saúde. Vol. 15, n.3, p:7-18, 2006.

DANCEY, C.P.;REIDY, J. **Estatística sem Matemática para Psicologia.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

DALMOLIN, G.L. **Sofrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa.** [dissertação]. Rio Grande: [Universidade Federal do Rio Grande]. 2009. p. 97.

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

DALMOLIN, G.L. **Sofrimento moral e syndrome de Bornout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem?.** Revisto Latino Americana de Enfermagem. Vol. 22, n.1., p.[8 telas], 2014.

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

DILÉLIO, A.S. et al. **Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil.** Cadernos de Saúde Pública. Vol. 28, n.3, p.503-514, 2012.

EDMONSON, C. **Moral Courage and the Nurse Leader.** **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing.** Vol. 15, n.3, p:5-30, 2010.

EIZENBERG, M.M.; DESILYA, H.S.; HIRSCHFELD, M.L. **Moral distress questionnaire for clinical nurses: Instrument development.** Journal of Advanced Nursing. Vol.65, n.4, p.885–892, 2009.

EPSTEIN, E.G; DELGADO, S. **Understanding and addressing moral distress.** Online J Issues Nurs [online]. Vol.15,n.3, p.25-34, 2010.

FELLI, V.E.A. **Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a reduçãoda jornada de trabalho para 30 horas.** Enfermagem em Foco. Vol.3, n.4, p.178-181, 2012.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. [online]. Editora: Fiocruz. 2 Edição. 1.100p. Rio de Janeiro. 2012.

GRAY, D.E. **Pesquisa no mundo real**. Porto Alegre: Penso, 2012.

HAMRIC, A.B.; BORCHERS, C.T; EPSTEIN, E.G. **Development and Testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professional**. AJOB Primary Research. Vol. 2, n.3, p:1-9, 2012.

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

JUNGUES, J.R. et al. **O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização**. Saúde e Sociedade. Vol.21, n.3, p.686-697, 2012.

KALINOWSKI, C.E.; MARTINS, V.B.; NETO, F.R.G.X.; CUNHAL.C.K. **Autonomia do profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde: uma análise da percepção dos enfermeiros**. SANARE. Vol.11, n.1, p.06-12, 2012.

MATUMOTO, S. et al. **Cartografia das dores do cuidado no trabalho clínico do enfermeiro na atenção básica**. Texto & Contexto em Enfermagem. Vol.22, n.2, p.318-326, 2013.

MCCARTHY, J.; GASTMANS, C. **Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature**. Nursing Ethics. Vol.22, n.1, p.131-52, 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 11ª edição. São Paulo. Editora: Hucitec, 2011.

MITTON, C. et al. **Moral Distress Among Health System Managers: Exploratory Research in Two British Columbia Health Authorities**. Health Care Anal. Vol.19, n.1, p.107-121 2011.

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

NAKANO, et al. **Moral distresse experienced by psychiatric nurses in Japan.** *Nursing Ethics*. Vol.17,n.6, p.726–740, 2010.

NORA, C.R.D; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M. **Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa de literature.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol.36, n.1, p.112-121, 2015.

NUNES, M.B. et al. **Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na atenção à saúde da família.** *Revista de Enfermagem da UERJ*. Vol.18, n.2, p.204-209, 2010.

PAULY, B.; VARCOE, C.; STORCH, J.; NEWTON, L. **Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate.** *Nursing Ethics*. Vol. 16, p.561-573, 2009.

PIRES et al. **Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol.24, n.(espec), p.e2682, 2016.

PIRES, D.E.P. et al. **Cargas de Trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol.32, n.2, p.368-77, 2011.

PIRES, D.E.P.; LORENZETTI, J.; GELBCKE, F.L. **Enfermagem: condições de trabalho para um fazer responsável.** In: 62 CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 2010, Anais. Florianópolis: CBen.

POLIT, D.F., BECK., C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** 7ª Ed. Editora: The Point. 2011.

RAMOS, F.R.S.et al. **Marco conceitual para o estudo do distresse moral em enfermeiros.** *Texto & Contexto Enfermagem*. Vol. 25, n.2, p.e4460015, 2016.a

RAMOS et al. **Consequência do sofrimento moral em enfermeiros: revisão integrativa.** *Cogitare Enfermagem*. Vol.21, n.2, 2016.

RENNÓ, H.M.S. **Desenvolvimento de competências ético-morais e o sofrimento moral na formação em enfermagem.** [Dissertação]. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais.

SANTOS, F.O.F.; MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. **Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros**. Revista Mineira de Enfermagem. Vol.16, n.2, p.251-257, 2012.

SCHAEFER, R.; VIEIRA, M. **Competência ética como recurso de enfrentamento do sofrimento moral em enfermagem**. Texto & Contexto Enfermagem. Vol.24, n.2, p.563-73, 2015.

SCHAEFER, R.; JUNGUES, J.R. **A construção da competência ética na percepção de enfermeiros da Atenção Primária**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol.48, n.2,p.329-334, 2014.

SCHNEIDER, D.G; RAMOS, F.R.S. **Moral deliberation and nursing ethics cases: Elements of a methodological proposal**. Nursing Ethics. Vol.00, n.0, p.1-13, 2011.

SILÉN, M.et al. **Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability**. Journal of Clinical Nursing. Vol.20, p.3483–3493, 2011.

SILVA, A.M.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L. **Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar**. Saúde Sociedade. Vol.22, n.3, p.840-852, 2013.

SILVA, M.V. **Políticas públicas de saúde: tendências recentes**. Sociologia, Problemas e Práticas [Online]. Vol.69, 2012.

SOUZA, R.C.; BATISTA, F.E.B. **Política pública de saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. VII Congresso Norte Nordeste de pesquisa e Inovação. 2012.

RADZVIN, L.C. **Moral distress in certified registered nurse anesthetists: Implications for nursing practice**. AANA Journal. Vol.79, n.1, p.39–45, 2011.

ULRICH, C. et al. **Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States**. Social Science and Medicine. Vol. 65, p.1708–1719, 2007.

WIGGLETON et al. **Medical students' experiences of moral distress: Development of a web-based survey.** Academic Medicine. Vol.85, n.1, p.111–117, 2010.

WOLF,L.A. et al. **“It’s a Burden You Carry”:** Describing Moral Distress in Emergency Nursing.Vol.42, n.1, p.37-36, 2016.

TROTOCHAUD, K.M.A. et al. **Moral Distress in Pediatric Healthcare Providers.** Journal of Pediatric Nursing. Vol.30, n.6., p.908-914, 2015.

ANEXO 1 – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar do projeto integrado de pesquisa, cujas informações são descritas abaixo:

O estudo será realizado por meio de um macro projeto e sete sub-projetos, em diferentes contextos do trabalho do enfermeiro. Você, como enfermeiro atuante na atenção básica, está sendo convidado a participar do subprojeto 1, que tem como objetivo específico: - **Analisar a deliberação moral no cotidiano dos enfermeiros da atenção básica.** Este sub-projeto tem como pesquisador responsável a doutoranda Priscila Orlandi Barth, da IES Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação de Dra. Flávia Regina Souza Ramos.

Desta forma convidamos para participar da seguinte atividade: Entrevista semiestruturada, realizada presencialmente ou online, e gravada por meio de gravador digital.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/12 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 pessoalmente com as pesquisadoras Priscila Orlandi Barth e Flávia Regina Souza Ramos (formas de contato abaixo informadas). Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda dos pesquisadores acima citados, em seus setores de trabalho. 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	Assinatura da
_____	_____
_____	_____ de _____ de 201_.

Em caso de necessidade, contate com: Prof. Dra. **Flávia Regina Souza Ramos**. Endereço: Travessa Angela Chaves, 81 - Lagoa da Conceição - Florianópolis - SC - Cep: 88.062-350. Telefone (residencial): (48) 3211.8908. Telefone (UFSC): (48) 3721.9399. Fax (48) 3721-9787. Celular: (48) 9911.2880. E-mail: flavia.amos@ufsc.br

Ou: **Priscila Orlandi Barth**. Endereço: Rua Antonio Dias, n.104 – Cachoeira do Bom Jesus- Florianópolis/SC- CEP:88.056-230. Telefone: 48-96493311. E-mail: priscilabarth@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde - CEPAS FURG - Coordenação do CEPAS/FURG -Endereço: Rua Visconde de Paranaguá, 102- Hospital Universitário 3º Andar - Campus Cidade- Rio Grande do Sul- 96201-900- Telefone: 53 - 3233.0235 ou 3233.6736 Fax: 3233.682.

ANEXO 2 – INSTRUMENTO ORIGINAL – ESCALA BRASILEIRA DE DISTRESSE MORAL DE ENFERMEIROS

Distresse Moral em Enfermeiros de diferentes contextos de trabalho

https://docs.google.com/forms/d/1__HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF214wMUqLwrvikfSfiE/edit 1/13

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.

***Obrigatório**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você pode imprimir uma cópia do TCLE, basta clicar sobre o texto com o botão direito do mouse e

enviar para impressão.

Leia com Atenção:

Você está sendo convidado a participar do projeto integrado de pesquisa, cujas informações são descritas abaixo:

O projeto intitulado "O processo de angustia/sofrimento moral em Enfermeiros em diferentes

contextos de trabalho em saúde" é desenvolvido pela

Pesquisadora Prof. Dra. Flávia Regina

Souza Ramos (RG nº: 5719132 SSP/

SC CPF

nº: 346.027.04115),

em colaboração com Dr.

Edison Luiz Devos Barlem (FURG) e Dra Maria José Menezes Brito (UFMG) e equipe de

pesquisadores destas instituições. Tratase

de pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em

Pesquisa da FURG (Parecer 511.634), UFSC (602.5980)

e UFMG (602.6030).

É desenvolvida com

o apoio/financiamento do CNPq.

O projeto de pesquisa tem como Objetivo Geral: Analisar o processo de angustia/sofrimento moral

em Enfermeiros em diferentes contextos de trabalho em saúde.

Tratase

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 defesa dos

interesses profissionais, qualidade de vida e condições de trabalho.

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, dado caráter subjetivo das questões, há 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. 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.

18/10/2016 Distresse Moral em Enfermeiros de diferentes contextos de trabalho

https://docs.google.com/forms/d/1__HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF214wMUqLwrvikfSfiE/edit/2/13

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, 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 seus setores de

trabalho, nas 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.

1. 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.

Nome do Participante OPCIONAL

2. *

Marcar apenas uma oval.

Li e Aceito

Não Aceito *Pare de preencher este formulário.*

DADOS GERAIS

3. Idade

Marcar apenas uma oval.

De 20 até 29 anos

De 30 até 39 anos

De 40 até 49 anos

50 anos ou mais

4. Sexo

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

5. Estado em que trabalha

6. Tempo de Graduação

Marcar apenas uma oval.

Menos de 1 ano

De 1 até 5 anos

De 6 até 10 anos

De 11 até 15 anos

De 16 até 20 anos

Mais de 20

18/10/2016 Distresse Moral em Enfermeiros de diferentes contextos de trabalho

https://docs.google.com/forms/d/1__HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF214wMUqLwrvikfSfiE/edit 3/13

7. Formação complementar e pósgraduação

Marcar o maior título

Marcar apenas uma oval.

Não

Capacitação

Especialização/Residência

Mestrado

Doutorado

8. Possui quantos vínculos empregatícios?

Marcar apenas uma oval.

1

2

3 ou mais vínculos

9. Qual a natureza do seu vínculo (Principal)

Se você possui mais de um vínculo escolha APENAS um como referência para responder este questionário

Marcar apenas uma oval.

Público

Privado

Outra natureza

10. Qual o seu tipo de vínculo (Principal)

Marcar apenas uma oval.

CLT

Estatutário

Autônomo

Contrato temporário

Outro

11. Em qual nível de Atenção à Saúde você trabalha (Principal)

Marcar apenas uma oval.

Atenção Básica/Primária

Atenção Secundária/Média Complexidade (Majoritariamente)

Atenção Terciária/Alta Complexidade (Majoritariamente)

12. Tempo de atuação neste trabalho/vínculo (Principal)

Marcar apenas uma oval.

Até 5 anos

De 6 até 10 anos

De 11 até 15 anos

De 16 até 20 anos

Mais de 20 anos

18/10/2016 Distresse Moral em Enfermeiros de diferentes contextos de trabalho

https://docs.google.com/forms/d/1__HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF214wMUqLwrvikfSfiE/edit 4/13

13. Carga horária semanal do trabalho (Principal)

Marcar apenas uma oval.

Até 20 horas

De 21 até 30 horas

De 31 até 40 horas

Mais de 40 horas

14. Em qual instituição/serviço/unidade de saúde você trabalha (Principal)

Marcar apenas uma oval.

Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde, Posto de Saúde, Unidade de ESF/NASF

CAPS e outras instituições de Saúde Mental (sem internação)

Ambulatório, Policlínica

Unidades de internação (médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, outras especialidades)

Unidade de internação psiquiátrica

Unidade de urgência, emergência e serviços de atendimento móvel

Centro Cirúrgico

Centro obstétrico

Unidades de Terapia Intensiva (neonatal, infantil, adulto ou outras))

Serviços/ Unidades de Atendimento especializados (Reabilitação, oncologia, nefrologia,

Hemodinâmica, outros)

Serviços de Diagnóstico

Serviços de apoio (incluindo CME, CCIH e outros)

Outro:

Questões sobre o Distresse Moral na Enfermagem

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

CONSIDERE AS QUESTÕES APRESENTADAS ABAIXO:

Indique se as situações estão presentes no seu trabalho e se elas são causas de sofrimento moral para você.

Assinale a frequência em que a situação ocorre numa progressão de 0 a 6, onde 0 significa nunca e 6 significa muito frequente. Assinale a intensidade do distresse moral que você vivencia na situação, numa progressão de 0 a 6, onde 0 significa nenhum e 6 significa muito intenso

15. 1. Trabalhar com número insuficiente de profissionais para a demanda

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

18/10/2016 Distresse Moral em Enfermeiros de diferentes contextos de trabalho

https://docs.google.com/forms/d/1__HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF214wMUqLwrvikfSfiE/edit 5/13

16. 2. Equipe multiprofissional de saúde incompleta

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

17. 3. Vivenciar condições de sobrecarga de trabalho

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

18. 4. Trabalhar com médicos despreparados

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

19. 5. Trabalhar com enfermeiros despreparados

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

20. 6. Trabalhar com auxiliares e técnicos de enfermagem despreparados

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

21. 7. Trabalhar com profissionais de outras categorias despreparados

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

22. 8. Vivenciar situações com estudantes que não estão adequadamente preparados para atuar

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

18/10/2016 Distresse Moral em Enfermeiros de diferentes contextos de trabalho

https://docs.google.com/forms/d/1__HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF214wMUqLwrvikfSfiE/edit 6/13

23. 9.Trabalhar com gestores e chefias despreparadas

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

24. 10.Reconhecer a insuficiência de ações de educação em serviço

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

25. 11.Reconhecer que os materiais de consumo são insuficientes

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

26. 12.Reconhecer que os materiais de consumo são inadequados

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

27. 13.Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são insuficientes

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

28. 14.Reconhecer que os equipamentos/materiais permanentes disponíveis são inadequados

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

29. 15.Reconhecer que a estrutura física do serviço é insuficiente
Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

30. 16.Reconhecer que a estrutura física do serviço é inadequada
Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

18/10/2016 Distresse Moral em Enfermeiros de diferentes
contextos de trabalho

https://docs.google.com/forms/d/1__HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF214wMUqLwrvikfSfiE/edit 7/13

31. 17.Sentir se discriminado por em relação a outros
profissionais

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

32. 18.Sentir se desvalorizado em relação a outros profissionais
Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

33. 19.Executar ações que não são inerentes à sua função
Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

34. 20.Executar ações para as quais não está tecnicamente
preparado

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

35. 21.Vivenciar a omissão por parte do médico
Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

36. 22. Vivenciar a imprudência por parte do médico

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

37. 23. Vivenciar a omissão por parte do enfermeiro

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

38. 24. Vivenciar a imprudência por parte do enfermeiro

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

18/10/2016 Distresse Moral em Enfermeiros de diferentes contextos de trabalho

https://docs.google.com/forms/d/1__HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF214wMUqLwrvikfSfiE/edit 8/13

39. 25. Vivenciar a omissão por parte de profissionais de outras categorias

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

40. 26. Vivenciar a imprudência por parte de profissionais de outras categorias

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

41. 27. Reconhecer insuficiência de acesso ao serviço para o usuário

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

42. 28. Reconhecer que o acolhimento do usuário é inadequado

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

43. 29.Reconhecer que as demandas de continuidade do cuidado do paciente/usuário não são atendidas

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

44. 30.Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido à problemas sociais

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

45. 31.Reconhecer a falta de resolutividade das ações de saúde devido a baixa qualidade do atendimento

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

18/10/2016 Distresse Moral em Enfermeiros de diferentes contextos de trabalho

https://docs.google.com/forms/d/1__HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF214wMUqLwrvikfSfiE/edit 9/13

46. 32.Reconhecer que ações educativas com o usuário são insuficientes

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

47. 33.Vivenciar desrespeito às práticas do cuidado humanizado preconizadas pelas políticas públicas

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

48. 34.Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança profissional

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

49. 35.Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do paciente

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

50. 36.Reconhecer rotinas e práticas inadequadas à segurança do familiar/acompanhante

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

51. 37.Reconhecer prejuízos ao cuidado por inadequada integração entre os serviços/setores

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

52. 38.Ter sua autonomia limitada na decisão de condutas específicas da equipe de enfermagem

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

18/10/2016 Distresse Moral em Enfermeiros de diferentes contextos de trabalho

https://docs.google.com/forms/d/1__HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF214wMUqLwrvikfSfiE/edit 10/13

53. 39.Vivenciar relações conflituosas quanto às atribuições dos membros da equipe de saúde

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

54. 40.Trabalhar sob pressão pela insuficiência de tempo para o alcance de metas ou realização de tarefas

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

55. 41.Reconhecer situações de ofensa ao profissional

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

56. 42.Reconhecer situações de desrespeito à privacidade do profissional

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

57. 43.Reconhecer situações de insubordinação/indisciplina do pessoal de nível médio ao enfermeiro

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

58. 44.Vivenciar a suspensão e adiamento de procedimentos por razões contrárias às necessidades do paciente/usuário

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

59. 45.Vivenciar ou participar de condutas assistenciais desnecessárias às condições/necessidades do paciente/usuário

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

18/10/2016 Distresse Moral em Enfermeiros de diferentes contextos de trabalho

https://docs.google.com/forms/d/1__HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF214wMUqLwrvikfSfiE/edit 11/13

60. 46.Vivenciar condutas assistenciais que desconsideram crenças e cultura dos pacientes

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

61. 47.Sentir se desrespeitado por superiores hierárquicos

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

62. 48.Reconhecer atitudes eticamente incorretas dos gestores ou superiores hierárquicos

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

63. 49.Sentir se pressionado à pactuar ou silenciar frente a fraudes em benefício da instituição

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

64. 50.Sentir se pressionado pelo usuário por situação sobre o qual não pode intervir

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

65. 51.Reconhecer que uma decisão judicial interfere nas prioridades de atenção à saúde

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

66. 52.Sentir se impotente para defender autonomia do paciente

Marcar apenas uma oval por linha.

0 1 2 3 4 5 6

Frequência

Intensidade

18/10/2016 Distresse Moral em Enfermeiros de diferentes contextos de trabalho

https://docs.google.com/forms/d/1__HII5CuWjDG3TUy7sIKxRHuF214wMUqLwrvikfSfiE/edit

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**IDENTIFICAÇÃO:**

Idade: ___ anos

Sexo: () masc. () fem.

Tempo de atuação na unidade de saúde

atual _____

Pós-Graduação: () Sim. Qual? () Não.

Considere a seguinte definição (JAMETON,1984; CORLEY, 2002):

SOFRIMENTO MORAL é uma experiência ou situação em que:

- 1) você sabe qual a atitude eticamente apropriada a assumir, e**
- 2) você acredita que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, limitações ou conflitos existentes no trabalho.**
- 3) Ou seja, não consegue atuar de acordo com seus conhecimentos ou preceitos morais.**

1) Você se depara com situações nas quais sabe a ação correta a seguir, mas não consegue agir de acordo com seus conhecimentos por algum tipo de barreira? Quais são essas situações?

2) Como você age frente a essas situações?

