



ALINE MARCELINO RAMOS

**RELAÇÕES ENTRE ADVOCACIA DO PACIENTE E SOFRIMENTO MORAL NO
TRABALHO DE ENFERMEIROS ATUANTES EM INSTITUIÇÕES
HOSPITALARES**

**Rio Grande
2015**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
RELAÇÕES ENTRE ADVOCACIA DO PACIENTE E SOFRIMENTO MORAL NO
TRABALHO DE ENFERMEIROS ATUANTES EM INSTITUIÇÕES
HOSPITALARES

ALINE MARCELINO RAMOS

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

Orientador: **Dr. Edison Luiz Devos Barlem**

Rio Grande

2015

R175r Ramos, Aline Marcelino

Relações entre advocacia do paciente e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares / Aline Marcelino Ramos . - Rio Grande : [s.n], 2015.
89 f.

Orientação: Prof.ºDrº.Edison Luiz Devos Barlem
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande - Programa de Pós Graduação em Enfermagem.
Referências bibliográficas: f. 73-77.

1. Advocacia em saúde. 2. Moral. 3. Enfermagem. 4. Ética em enfermagem I.Barlem, Edison Luiz Devos. II. Universidade Federal do Rio Grande. III. Título

CDU 616-083

Catálogo na fonte: Bibliotecária Luciane Silveira Amico Marques– CRB 10/2375

ALINE MARCELINO RAMOS

**RELAÇÕES ENTRE ADVOCACIA DO PACIENTE E SOFRIMENTO MORAL
NO TRABALHO DE ENFERMEIROS ATUANTES EM INSTITUIÇÕES
HOSPITALARES**

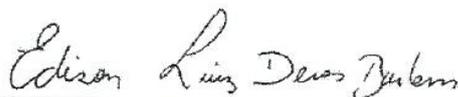
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 18 de dezembro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração Enfermagem e Saúde.



Dra. Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA



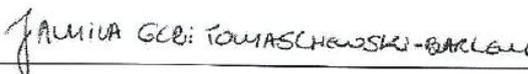
Dr. Edison Luiz Devos Barlem - Presidente (FURG)



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



Dra. Grazielle de Lima Dalmolin - Membro Externo (UFSC)



Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem – Membro Interno (FURG)

Laurelize P. Rocha

Dra. Laurelize Pereira da Rocha- Suplente Interno (FURG)

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

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, por guiar e iluminar minhas escolhas e reservar sempre o melhor! Sou infinitamente grata por cada pessoa colocada em meu caminho e seus respectivos ensinamentos.

Em especial, ao meu orientador Edison Barlem, do qual tenho muito orgulho em ser orientanda, por considerá-lo um admirável ser humano e profissional exemplar. Seus ensinamentos impulsionam meu crescimento, desde a graduação. Agradeço pela liberdade e confiança no desenvolvimento dos meus trabalhos! Obrigada pelas oportunidades oferecidas!

De maneira muito especial, aos meus pais, por serem exatamente quem são, verdadeiros pilares de sustentação, por me ensinarem a reconhecer o essencial da vida e por fornecerem força e apoio constantes. Obrigada pelos ensinamentos, por ressaltarem que estudar é fundamental e que é preciso correr atrás dos sonhos, mesmo diante das adversidades!

A Jamila Tomaschewski-Barlem, por estar presente nos meus primeiros passos para a pesquisa, cuja admiração inicial se deu pela afinidade temática e se perpetuou pelos seus ensinamentos e disponibilidade! Fostes e sempre serás um referencial na minha trajetória acadêmica e profissional.

A minha irmã Dely, por ser a amiga que mesmo distante está sempre presente! Obrigada por compreender minhas ausências em momentos de estudo e por apoiar e incentivar minhas escolhas. Agradeço também pelos textos compartilhados para digitação enquanto fazias a faculdade de Letras, pois me proporcionaram o gosto pela leitura e escrita. Te adoro muito!

Agradeço meu cunhado Flores, pelos ensinamentos de vida, por cada “veja bem” contidos em uma explanação, tua empatia é admirável! Obrigada pelas descontrações, atenção e conversas diárias!

Agradeço a minha sobrinha Eduarda, pela amizade e companheirismo, por renovar minhas energias ao despertar meu lado “adolescente” em alguns momentos. Obrigada por respeitar e compreender os momentos em que preciso de concentração, gosto muito de estar contigo!

Aos meus avós por me trazerem memórias tão especiais, por transmitir o significado de família em sua essência!

Aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem/Saúde- NEPES, pelo aprendizado, não só em pesquisa, mas pelas experiências em conjunto e oportunidades de aprendizado, especialmente a professora Valéria Lunardi, pelo seu exemplo como pesquisadora e aos ensinamentos compartilhados.

A professora Rosemary Silveira, por participar da minha trajetória acadêmica e tornar-se marcante por sua empatia e profissionalismo.

A professora Laurelize Rocha, que tem me acompanhado desde as disciplinas práticas da graduação e que vem colaborando para meu aprendizado em diferentes etapas da minha vida!

Aos membros da banca examinadora, por aprimorarem minha dissertação com dicas bastante pertinentes para construção final deste trabalho.

A escola de enfermagem da FURG, pelas oportunidades de crescimento proporcionadas e pela qualidade do corpo docente. Meu agradecimento.

Aos meus colegas do mestrado, pelas vivências, compartilhamentos de ideias e amizade que construímos durante este percurso.

A todos aqueles que mesmo não mencionados, participaram e contribuíram para o meu crescimento diário de alguma forma!

RESUMO

RAMOS, Aline Marcelino. **Relações entre Advocacia do paciente e Sofrimento Moral No trabalho de Enfermeiros atuantes em Instituições Hospitalares.** 2015. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A advocacia do paciente vem sendo descrito em quadros éticos e legais e mais recentemente como um ideal para prática de enfermagem. Ao centrar-se na priorização do paciente e seus direitos, eventuais limitações que efetivem essas ações podem emergir, impossibilitando que os enfermeiros desempenhem seu fazer de acordo com seu compromisso social e profissional, culminando no Sofrimento Moral, decorrente da incoerência entre suas ações e convicções pessoais. Teve-se como objetivo geral do estudo: analisar a relação entre advocacia do paciente e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares. Ainda, foram objetivos específicos: adaptar culturalmente e validar o instrumento Moral Distress Scale-Revised para enfermeiros brasileiros; analisar intensidade e frequência de Sofrimento Moral vivenciada por enfermeiros no contexto hospitalar e analisar a associação entre os fatores atrelados à advocacia do paciente e a intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciada por enfermeiros. Estudo quantitativo, transversal analítico, realizado com 157 enfermeiros de duas instituições hospitalares, uma pública e uma filantrópica, localizadas em um município do extremo sul do Brasil. Dois instrumentos de coleta de dados foram aplicados: Protective Nursing Advocacy Scale- Versão brasileira e a Moral Distress Scale-Revised, a partir de adaptação cultural mediante diretrizes internacionais. Os dados foram analisados conforme estatística descritiva; análise de variância; regressão linear e correlação de Pearson. A validação dos dados ocorreu através da análise fatorial e alfa de Cronbach. Os resultados são apresentados no formato de dois artigos. O primeiro intitulado: Adaptação cultural e validação do instrumento Moral Distress Scale Revised para enfermeiros brasileiros. Mediante avaliação de comitê de especialistas, realização do pré-teste e alfa de Cronbach, a validade de face, conteúdo e constructo do instrumento foi considerada satisfatória para utilização no contexto brasileiro. A análise de frequência e intensidade por questão e por unidade hospitalar do instrumento demonstrou consistência interna satisfatória, com alfa de Cronbach 0,88 para o instrumento e entre 0,76 e 0,94 para as unidades hospitalares. A correlação de Pearson identificou moderada associação de sofrimento moral no cotidiano de trabalho dos enfermeiros. O segundo artigo foi intitulado: Advocacia em saúde e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares. Foi possível identificar que o constructo facilitadores do exercício da advocacia obteve a maior média do instrumento, evidenciando que características e competências dos enfermeiros favorecem o exercício da advocacia, bem como o comprometimento e maior dedicação à enfermagem. Como preditores de sofrimento moral, houve destaque para os constructos Barreiras ao exercício da advocacia e Implicações negativas do exercício da advocacia. As situações abordadas elucidam a complexidades de situações que envolvem o exercício da advocacia do paciente, muitas vezes responsáveis pela vivência de sofrimento moral evidenciado pelos enfermeiros atuantes em unidades hospitalares em seus diferentes contextos. Espera-se com este estudo, instigar a reflexão sobre a relação entre advocacia do paciente e sofrimento moral, buscando subsídios que possam contribuir com a qualidade do atendimento prestado por enfermeiros, através do fortalecimento de sua identidade profissional e o desenvolvimento de ações autônomas e éticas.

Descritores: Advocacia em saúde. Moral. Enfermagem. Ética em enfermagem.

ABSTRACT

RAMOS, Aline Marcelino. **Relationships between patient advocacy and Moral Suffering In active Nurses working in hospital institutions.** 2015. 91 pp. Dissertation (Master's in Nursing) – Nursing School, Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

Advocacy of the patient has been described on ethical and legal frameworks and most recently as an ideal for nursing practice. By focussing on the prioritization of patients and their rights, any constraints that enforce these actions can emerge, making it impossible for nurses play this role according to their social and professional commitment, culminating in Moral suffering, due to the inconsistency between his actions and personal convictions. The main objective of the study is to analyze the relationship between patient advocacy and moral suffering in the labour practice of nurses in hospitals. Specific objectives are: culturally adjust and validate the Moral Distress Scale-Revised tool for Brazilian nurses; analyze intensity and frequency of Moral suffering experienced by nurses in the hospital context and finally, analyze the association between factors linked to patient advocacy and the intensity and frequency of moral distress experienced by nurses. This is a quantitative, analytical cross conducted study with 157 nurses from two hospitals, one public and one philanthropic, located in a city in southern Brazil. Two data collection instruments were applied: Protective Nursing Advocacy Scale- Brazilian version and the Moral Distress Scale-Revised. These instruments were culturally adapted by international guidelines. Data were analyzed according to descriptive statistics; analysis of variance; linear regression and Pearson correlation. The validation of data occurred through factor analysis and Cronbach's alpha. The results are presented in two articles format. The first entitled: cultural adaptation and validation of Moral Distress Scale Revised tool for Brazilian nurses. Using an evaluation committee of experts, realization of the pre-test and Cronbach's alpha, face validity, content and construct the instrument was considered satisfactory for use in the Brazilian context. The frequency and intensity of analysis by question and hospital instrument showed satisfactory internal consistency with Cronbach's alpha 0.88 for the instrument and between 0.76 and 0.94 for the hospitals. The Pearson correlation identified moderate association of moral suffering in the daily work of nurses. The second article was titled: Health advocacy and moral suffering in the labour practice of nurses in hospitals. It observed that the subject “facilitating the practice of advocacy” had the highest average of the instrument, showing that characteristics and skills of nurses favours the the practice of law as well as the commitment and greater dedication to nursing. As predictors of moral suffering, there was emphasis on the subjects “barriers to the practice of law and negative implications of the practice of law”. These events addressed elucidate the complexities of situations involving the exercise of the patient advocacy, often responsible for the experience of moral distress evidenced by nurses working in hospitals in their different contexts. It is hoped that this study, instigate reflection on the relationship between advocacy of the patient and moral suffering, seeking subsidies that can contribute to the quality of care provided by nurses, by strengthening their professional identity and the development of autonomous and ethical actions.

Keywords: Health Advocacy. Morale. Nursing. Ethics Nursing.

RESUMEN

RAMOS, Aline Marcelino. **Las relaciones entre la defensa del paciente y el sufrimiento moral en enfermeras activas que trabajan en las instituciones hospitalarias.** 2015. 91 f. Disertación (Maestría en enfermería) – Escuela de Enfermería, Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Abogacía del paciente ha sido descrito en los marcos éticos y legales y, más recientemente un ideal para la práctica de la enfermería. Para centrarse en la priorización de los pacientes y sus derechos, las restricciones que hacer cumplir estas acciones pueden surgir, lo que hace imposible para que las enfermeras desempeñan sus de acuerdo a su compromiso social y profesional, que culminó en el sufrimiento moral, debido a la incompatibilidad entre sus acciones y convicciones personales. Tenía el objetivo principal del estudio: analizar la relación entre la defensa del paciente y el sufrimiento moral en el trabajo de las enfermeras que trabajan en los hospitales. Aún así, los objetivos específicos fueron: adaptarse culturalmente y validar la herramienta Moral Scale-Revised de Socorro para las enfermeras brasileñas; el análisis de la intensidad y frecuencia de sufrimiento moral experimentado por las enfermeras en los hospitales y analizar la asociación entre los factores vinculados a la defensa del paciente y la intensidad y frecuencia de la angustia moral experimentado por las enfermeras. Cruz cuantitativo, analítico llevó a cabo con 157 enfermeros de dos hospitales, una pública y otra filantrópica, que se encuentra en una ciudad en el sur de Brasil. Dos instrumentos de recolección de datos se aplicaron: protector Abogacía Enfermería Scale-versión brasileña y Socorro Moral Scale-Revised, de adaptación cultural por las directrices internacionales. Los datos se analizaron según las estadísticas descriptivas; análisis de la varianza; regresión lineal y correlación de Pearson. La validación de los datos se produjo a través del análisis de los factores y el alfa de Cronbach. Los resultados se presentan en formato de dos artículos. La primera Titulado: cultural adaptación y validación de la Escala Moral Distress herramienta revisado para las enfermeras brasileñas. El uso de un comité de evaluación de expertos, la realización del pre-test y el alfa de Cronbach, validez aparente, el contenido y la construcción del instrumento se consideró satisfactoria para su uso en el contexto brasileño. La frecuencia e intensidad de los análisis por la pregunta y el hospital instrumento Mostró consistencia interna satisfactoria con alfa de Cronbach de 0,88 para el instrumento y entre 0,76 y 0,94 para los hospitales. La correlación de Pearson identificó asociación moderada del sufrimiento moral en el trabajo diario de las enfermeras. El segundo artículo se titulaba: Promoción de la salud y el sufrimiento moral en el trabajo de las enfermeras que trabajan en los hospitales. Fue posible identificar los facilitadores construir la práctica de la ley tuvo el promedio más alto del instrumento, que muestra las características que y habilidades de las enfermeras para la práctica de la ley, así como el compromiso y una mayor dedicación a la enfermería. Los predictores de sufrimiento moral, hubo énfasis en las construcciones barreras para la práctica de la ley y las consecuencias negativas de la práctica de la ley. Los situaciones dilucidar abordado las complejidades de sus situaciones que implican el ejercicio de la defensa de los pacientes a menudo responsables de la experiencia de la angustia moral se evidencia por las enfermeras que trabajan en los hospitales en sus diferentes contextos. Se espera que este estudio que, instigar reflexión sobre la relación entre el derecho y el paciente sufrimiento moral, buscando subsidios que pueden contribuir a la calidad de la atención prestada por las enfermeras, mediante el fortalecimiento de su identidad profesional y el desarrollo de acciones autónomas y éticas.

Descriptor: Defensa de La Salud. Moral. Enfermeros. Ética en Enfermería.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Os 21 MDS-R itens da pesquisa e os escores médios das unidades de saúde.....	51
TABELA 2- Situações mais comuns de Sofrimento Moral identificadas pelos enfermeiros de acordo com a Unidade Hospitalar.....	52
TABELA 3- Correlação das 21 questões do instrumento com o sofrimento moral.....	53
TABELA 4- Análise Fatorial dos fatores de Advocacia do paciente.....	64
TABELA 5- Correlação dos constructos de advocacia do paciente com o sofrimento moral.....	65
TABELA 6- Análise de Regressão da variável $q-22$ com os constructos de advocacia do paciente.....	66
TABELA 7- Média de intensidade de sofrimento moral e média das ações de advocacia apresentadas nas unidades de trabalho.....	67
TABELA 8- Comparação entre as unidades hospitalares, para os constructos barreiras ao exercício e implicações negativas.....	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 GERAL.....	18
2.2 ESPECÍFICO.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 COTIDIANO PROFISSIONAL: exercício da enfermagem num perspectiva ética e moral.....	19
3.2 ADVOCACIA DO PACIENTE: possíveis limitações e suas implicações no cotidiano de trabalho dos enfermeiros.....	21
3.3 QUANDO AS AÇÕES DE ADVOCACIA DO PACIENTE ENCONTRAM-SE LIMITADAS: vivencias de sofrimento moral em enfermeiros.....	27
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	33
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	34
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	36
4.4.1 Escala de Advocacia do Paciente: <i>protective nursing advocacy scale-versão brasileira</i>	36
4.4.2 Escala de Sofrimento Moral- <i>Adaptação do Moral Distress Scale-Revised para enfermeiros brasileiros</i>	37
4.4.3 Adaptação cultural do instrumento de coleta de dados: validação de face e conteúdo.....	38
4.4.4 Coleta de dados.....	39
4.4.5 Validação de Constructo.....	40
4.4.6 Análise dos dados.....	40
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	41

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
5.1 ARTIGO 1- Adaptação cultural e validação do instrumento Moral Distress Scale Revised para enfermeiros brasileiros.....	44
5.2 ARTIGO 2- Advocacia em saúde e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares.....	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é uma atividade inerente ao ser humano e tem importância essencial na vida dos indivíduos, haja vista que se investe grande parte da existência na escolha, preparação e dedicação ao trabalho, associado principalmente à identidade social (SANTOS et al., 2013). Há que se considerar que o trabalho ocupa parte considerável da vida e compreende a subjetividade do sujeito desde a infância, momento em que a família inicia a construção de expectativas sobre o futuro profissional, geralmente atrelada a profissões de reconhecido status social (SANTOS et al., 2013).

O trabalho em saúde está dirigido para importância de uma prática ética, com intuito dos trabalhadores exercerem o enfrentamento de dilemas éticos e morais, sendo necessário o desenvolvimento do exercício da autonomia e tomada de decisão, que abrangem desde a defesa dos pacientes, os interesses das instituições de saúde, até os seus próprios desejos e necessidades pessoais (BARLEM et al., 2013).

No cenário hospitalar, o trabalho pode conferir satisfação quando é permitido ao trabalhador o desenvolvimento de suas potencialidades, de modo a culminar no reconhecimento profissional ou na possibilidade de insatisfação quando ocorre uma falha na intermediação entre as expectativas do trabalhador e a realidade imposta pelas organizações de trabalho. Nesse sentido, o trabalho, que é fonte de prazer, ao mesmo tempo pode implicar em sofrimento, em maior ou menor intensidade (KESSLER; KRUG, 2012; SANTOS et al., 2013).

Nos ambientes de saúde, o enfermeiro é responsável pela coordenação do trabalho dos demais profissionais de enfermagem, pelo planejamento e organização das atividades de cuidado, de forma a assegurar condições adequadas à assistência prestada aos pacientes, que necessitam constantemente do saber dos profissionais de saúde, do respeito aos seus direitos e da permanente necessidade de reconhecimento da sua condição humana, reforçando o premente compromisso dos enfermeiros que atuam em unidades hospitalares (BU; JEZEWSKI, 2007).

Destaca-se que o desenvolvimento da clínica e das tecnologias em saúde, face às transformações socioculturais, científicas e legais, trazem implicações no favorecimento de práticas de enfermagem mais dinâmicas e versáteis, ao passo que a solução de problemas antes insolúveis coexiste com dilemas éticos cada vez mais complexos. Entre esses dilemas, destacam-se os relacionados à desigualdade de acesso à tecnologia e recursos de saúde, além

do evidente descaso ao direito de autodeterminação dos pacientes, que exigem cada vez mais informações e controle sobre seus cuidados (BU; JEZEWSKI, 2007).

Nesta perspectiva, levando em consideração a filosofia da enfermagem, sua formação e posição no sistema de saúde, o exercício da defesa dos direitos e interesses dos pacientes está se tornando cada vez mais importante como parte integrante de seu trabalho, sendo descrita como um dever ético e legal, e mais recentemente, como um ideal para a prática da profissão, o que caracteriza o termo advocacia do paciente (NEGARANDEH et al., 2006).

A advocacia em saúde é um dos valores fundamentais na profissão de enfermagem, visto que pode auxiliar o enfermeiro a se tornar um profissional seguro e capaz de proteger a si mesmo, sua profissão e os pacientes sob seus cuidados (BARLEM et al., 2013). Embora ainda não exista um conceito único, pode ser entendida como uma competência inerente à prática profissional, que tem como propósito auxiliar o paciente a se inteirar sobre seus direitos e escolhas, defender seus direitos e interesses, preservando sua segurança, privacidade e autonomia na tomada de decisões, garantindo a qualidade do cuidado e servindo como um intercessor entre o paciente e o ambiente de saúde (HAMRIC, 2000).

Cumprir destacar que embora nem todos os pacientes sejam considerados vulneráveis, a combinação de doença, hospitalização e prognóstico, podem dificultar o ato de expressar plenamente suas opiniões e escolhas, havendo a necessidade da existência de um intermediador, sendo o profissional enfermeiro capaz de defendê-los e orientá-los com vistas na tomada de decisão informada e com liberdade, baseada em suas crenças e valores (HANKS, 2010).

Ainda que a advocacia não seja um atributo exclusivo da enfermagem, é uma atividade que merece amplo destaque. Originou-se a partir do termo em latim “advocatus” diretamente relacionado ao termo “advogado”, aquele que intercede, defende ou julga a outra pessoa, sendo mencionado pela primeira vez na enfermagem em 1973, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (VAARTIO; LEINO-KILPI, 2005).

Na enfermagem, traduz-se no esforço em proteger a saúde, segurança e direitos dos pacientes, além da construção de relacionamentos mais equitativos e no apoio ao processo de tomada de decisão do usuário. Apresenta, em sua essência, uma relação direta com a moral, sendo possível verificar na advocacia um valor fundamental para a prática de enfermagem, o que, em contrapartida, pode gerar sentimentos de sofrimento moral quando o profissional não consegue desenvolver sua atuação de forma condizente com os seus ideais (HANKS, 2010).

No Brasil, a advocacia tem sido proposta na perspectiva dos direitos humanos, dentre elementos relevantes para o cuidado de enfermagem na defesa dos sujeitos no contexto do

Sistema Único de Saúde (VENTURA et al., 2012). Em âmbito internacional, investigações realizadas com enfermeiros de diferentes contextos evidenciaram que o exercício da advocacia do paciente tem sido implementada para corrigir déficits no sistema de saúde, garantir a informação acerca dos direitos em saúde e dar voz aos pacientes em situação de vulnerabilidade (VAARTIO; LEINO-KILPI, 2005; SIMMONDS, 2008).

A maior parte dos estudos empíricos relacionados às ações de advocacia do paciente por enfermeiros são estudos qualitativos de caráter descritivo, o que evidencia a existência limitada de estudos quantitativos na literatura de enfermagem (HANKS, 2010). Ainda a literatura indica que quando os enfermeiros advogam em prol dos pacientes podem enfrentar uma série de obstáculos, relacionados à instituição, falta de apoio e rupturas das relações multiprofissionais no ambiente de saúde. Assim, ao agir como um advogado, inúmeras barreiras podem surgir, enfraquecendo a confiança ao abordar os direitos, as escolhas ou a qualidade do atendimento dos pacientes (HANKS, 2007).

Tais situações podem repercutir na vivência do sofrimento moral, que ocorre quando o enfermeiro não pode ou não consegue agir conforme seus conhecimentos ou o que considera correto (JAMETON, 1984), pode também, ser ocasionado por situações relacionadas ao ambiente organizacional, desrespeito aos direitos dos pacientes ou por conflitos no ambiente de trabalho (DALMOLIN; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2009).

Também se destacam como geradoras de sofrimento moral, aquelas situações que indicam incoerência entre as ações e os princípios, ou seja, quando os trabalhadores de enfermagem e os demais trabalhadores de saúde enfrentam limitações em suas capacidades para a prática ética, sentindo-se forçados a comprometer seus valores e normas pessoais, em favor da imposição de ações que consideram inadequadas (BARLEM et al., 2013).

Situações como estas podem acontecer com frequência no trabalho da enfermagem, destacando-se que quando o profissional enfermeiro está em sofrimento moral suas ações de cuidado podem refletir os problemas morais vivenciados, interferindo de forma negativa no potencial de saúde dos seres envolvidos, resultando em baixa qualidade do cuidado prestado, descontentamento profissional, ausência de advocacia em saúde e, até mesmo, o abandono da profissão (DALMOLIN et al., 2014).

A abordagem acerca do sofrimento moral vivenciado pelos enfermeiros é considerada uma preocupação crescente, com propósitos pouco definidos e de importante estudo, com vistas no fortalecimento de sua base filosófica. Na literatura internacional existem diversos estudos realizados em diferentes contextos da prática de enfermagem, que abordam o tema em seus diferentes aspectos, haja vista que importantes achados têm se dado através de um

instrumento de medida denominado Moral Distress Scale (CORLEY, 2002; PAULY; VARCOE; STORCH, 2012).

Elaborado em 1995, mediante uma aplicação em 111 enfermeiras atuantes em Unidades de Terapia Intensiva e posteriormente, em 2001 readequado após aplicação em 214 enfermeiras de diferentes unidades atuantes em hospitais norte-americanos, o Moral Distress Scale tem permitido mensurar de forma prática e objetiva o sofrimento moral (CORLEY, 2005). No Brasil, a primeira adaptação e validação desse instrumento ocorreu em 2009, quando foi possível concluir que o instrumento não parecia ter explorado suficientemente o sofrimento moral relacionado aos problemas vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem brasileiros no seu ambiente de trabalho, o que instigou a necessidade de uma adaptação do instrumento original a realidade brasileira (BARLEM et al., 2009, 2012; LUNARDI, 2013).

Cumprir destacar, que diferentes enfermeiros podem ser submetidos à experienciar circunstâncias semelhantes na prática de saúde e nem todos venham a desencadear o sofrimento moral. Assim, pode-se inferir que as situações cotidianas e as obrigações morais são percebidas de forma diferenciada e única pelos diferentes membros da equipe e que o sofrimento moral será, portanto, uma experiência possível de ser vivenciada e não um evento único a todos os indivíduos (BARLEM; RAMOS, 2014).

Diante do exposto e do estágio atual da produção científica da enfermagem, observam-se diversas lacunas ainda existentes no que tange as relações entre Advocacia do paciente e Sofrimento Moral no trabalho da Enfermagem. Dessa forma, o desconhecimento acerca das relações entre advocacia do paciente e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares configurou-se como **problema de pesquisa**.

Considerando que o não exercício da advocacia do paciente pode constituir-se em fonte de sofrimento moral aos trabalhadores de enfermagem, em especial para os enfermeiros, apresentou-se a seguinte **questão de pesquisa**: *existe relação entre a advocacia do paciente e o sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares?*

A necessidade de identificação da relação entre advocacia do paciente e sofrimento moral vivenciadas no cotidiano profissional de enfermeiros atuantes em unidades hospitalares **justificou** a realização deste estudo, uma vez que o não exercício da advocacia do paciente pode resultar em dificuldades no desenvolvimento das potencialidades destes profissionais, queda na qualidade do cuidado e até mesmo abandono dos ideais da profissão, havendo necessidade de uma compreensão mais abrangente acerca da temática.

Dessa forma, este estudo mostrou-se relevante, uma vez que o conhecimento desse fenômeno e suas possíveis relações no cotidiano de trabalho são fundamentais para instigar a

reflexão inerente às práticas profissionais e incutir possíveis ações que facilitem e preparem os enfermeiros para o exercício da advocacia do paciente como cerne do seu trabalho, o que implica no favorecimento de um cuidado ético, autônomo e humanizado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a relação entre advocacia do paciente e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adaptar culturalmente e validar o instrumento Moral Distress Scale-Revised para enfermeiros brasileiros;

- Analisar intensidade e frequência de Sofrimento Moral vivenciada por enfermeiros no contexto hospitalar;

- Analisar a associação entre os fatores atrelados a Advocacia do Paciente e a Intensidade e Frequência de Sofrimento Moral vivenciada por Enfermeiros.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 COTIDIANO PROFISSIONAL: exercício da enfermagem numa perspectiva ética e moral

Desde os primórdios da humanidade, filósofos gregos entendiam que os princípios inspiradores das práticas humanas se denominavam através da ética, sendo o conjunto de princípios, valores e motivações das práticas pessoais e sociais (FREITAS; OGUISSO; FERNANDES, 2010). Ética também pode designar o caráter ou o modo de ser de uma pessoa ou de uma comunidade, inspirando-as em seus valores, princípios e condutas de comportamento, podendo ser descrito também como um termo genérico para várias formas de compreender e analisar a vida moral (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para Cohen e Segre (2002), a ética é fundamentada em três requisitos: a percepção dos conflitos, ou seja, a consciência de que se está frente a uma situação problemática; a autonomia, condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo que essa escolha de posição é ativa e autônoma; e a coerência. A eticidade, portanto, está na percepção dos conflitos de vida psíquica (emoção e razão) e na condição que podemos adquirir no sentido de nos posicionarmos (autonomia) de forma coerente (coerência) face a esses conflitos.

Com a influência do cristianismo, a partir da idade média, se verificou a utilização da palavra moral, derivada do latim *mos* ou *mores*, equivalente a costumes e hábitos, tanto para os costumes quanto para o caráter, os princípios e valores que moldam a conduta, o agir em sociedade ou no grupo social em que o indivíduo se encontra inserido (FREITAS; OGUISSO; FERNANDES, 2010).

Para Cohen e Segre (2002) a moral caracteriza-se por ordenar um conjunto de direitos ou deveres do indivíduo e da sociedade. É um sistema de valores que pressupõe três características: "1) seus valores não são questionados; 2) são impostos; 3) a desobediência às regras pressupõe castigo". Portanto, a moral é imposta, requer um ato de obediência, de heteronomia, enquanto que a ética deve ser apreendida, percebida pelos sujeitos.

Segundo Beauchamp e Childress (2002, p.19), a moralidade "se refere a convenções sociais sobre o comportamento humano certo ou errado". Sendo assim, à medida que nos desenvolvemos como seres humanos aprendemos regras morais e sociais, ou seja, leis, que norteiam determinadas condutas socialmente compartilhadas formando um senso comum.

A enfermagem, durante grande parte de sua história, foi considerada uma profissão de auto-sacrifício, dever e serviço, cuja principal atribuição desenvolvida se norteava de acordo

com as diretrizes do médico (CARNEVALE, 2013). No entanto, nas últimas décadas houve um crescente reconhecimento da complexidade da sua prática, sendo reconhecida como um “componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência” (COFEN, 2007), sendo desenvolvidos Códigos de ética como instrumento ético e legal com vistas na garantia das competências necessárias para o atendimento à população.

Ênfase maior tem sido dirigida, atualmente, às experiências dos trabalhadores de enfermagem no que se refere a questões e conflitos éticos, envolvendo principalmente divergências entre um ou mais valores, demandando tomadas de decisões e enfrentamentos por parte dos trabalhadores, podendo ser identificadas como problemas éticos. Sendo assim, o reconhecimento de valores éticos por parte dos profissionais de enfermagem, pode garantir-lhes maior proteção em suas decisões, o que pode gerar maior segurança, favorecendo a si e aos próprios pacientes assistidos (BARLEM et al., 2013).

Desse modo, é possível confirmar que a prática de cuidados em saúde é uma atividade moral, já que o modo como os profissionais desempenham suas atribuições tem implicações morais para os múltiplos agentes envolvidos, sendo desenvolvido em um ambiente, que situa seus trabalhadores em uma grande proximidade com pacientes, profissionais e familiares, ao passo que podem se deparar com uma série de problemas éticos, além do possível enfrentamento de crises de valores que circundam os ambientes de saúde (LÜTZEN et al., 2010; BARLEM et al., 2012; DALMOLIN et al., 2014).

A tomada de decisão livre e responsável dentre as atribuições de enfermagem, envolve o exercício da autonomia que representa o direito de dirigir-se, de autogovernar-se e incorporar em sua essência, pelo menos, duas convicções éticas: os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos e as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas (FREITAS; OGUISSO; FERNANDES, 2010).

Assim, há exigências morais distintas: a exigência do reconhecimento da autonomia e a exigência de proteger aqueles com autonomia reduzida, exprimindo a necessidade de advogar no intuito de reivindicar que valores e responsabilidades éticas sejam apoiados (FREITAS; OGUISSO; FERNANDES, 2010). Entretanto, os enfermeiros enfrentam constantes limitações que dificultam o ciclo profissional coerente com a autonomia e advocacia do paciente, o que muitas vezes os levam a vivenciar o sofrimento moral (LUNARDI et al., 2007; BARLEM et al., 2013).

No tocante ao trabalho da enfermagem, a consciência de que se está frente a uma situação problemática no ambiente de trabalho pode ser identificado como sensibilidade

moral, o que permite maior aproximação com os pressupostos de Cohen e Segre (2002), que exemplifica como pressupostos éticos, a capacidade de percepção e posicionamento com autonomia.

A sensibilidade moral vem sendo compreendida como um senso apurado ou olhar crítico para reconhecer problemas morais no ambiente de saúde, como uma permeabilidade que permite maior compreensão e reflexão dos fenômenos envolvidos, ampliando o potencial do enfermeiro em identificar a natureza dos conflitos, em ser coerente e buscar o exercício da autonomia (BARLEM; RAMOS, 2014).

3.2 ADVOCACIA DO PACIENTE: possíveis limitações e suas implicações no cotidiano de trabalho dos enfermeiros

Desde a década de 1970, a advocacia do paciente tem recebido um papel de destaque no cenário de saúde, emergindo de acontecimentos éticos mais amplos que levaram os consumidores de saúde a rejeitar determinadas práticas autoritárias e a exigir autonomia de decisão clínica, no que concerne ao processo de saúde e doença (MAHLIN, 2010). Contudo, a advocacia passou a ser problematizada na prática de enfermagem apenas na década de 1980, nos Estados Unidos da América, sendo considerado, ainda hoje, um papel relativamente novo para a profissão, contendo interpretações conceituais bastante variáveis (HANKS, 2008).

Apesar de outros profissionais de saúde defenderem seus pacientes, a enfermagem tem um papel de destaque no exercício da advocacia, devido à relação de proximidade enfermeiro-paciente e maior tempo de permanência nas unidades de saúde, o enfermeiro encontra-se em uma posição única para o desenvolvimento desse papel, por possuir maior inteiração na relação terapêutica e maior envolvimento no quadro de saúde dos pacientes o que facilita o esclarecimento dos objetivos do tratamento e a defesa de suas necessidades e desejos (MAHLIN, 2010).

A importância da defesa do paciente é citada não só na literatura filosófica, sendo introduzida também nas competências educacionais e códigos de ética, tais como o Código de Ética para Enfermagem da American Nurses Association (ANA, 2001), em que a advocacia é considerada como um componente importante na garantia dos direitos e da segurança do paciente, tanto para alcançar os resultados esperados pelos profissionais como para agir em prol daqueles que não são capazes de se defender (SELANDERS; CRANE, 2012).

Além disso, os Códigos de Ética internacionais para Enfermeiros afirmam que como defensores, os enfermeiros devem estar em alerta para tomar as medidas necessárias em

relação a casos de práticas incompetentes, antiéticas, ilegais ou prejudiciais, por qualquer membro da equipe de cuidados de saúde ou sistema ou qualquer prática que venha a colocar os direitos e interesses dos pacientes em risco. Sendo assim, cabe ao profissional enfermeiro empenhar-se para garantir que os pacientes recebam o cuidado adequado e seguro de forma a atender às necessidades físicas, emocionais e culturais dos mesmos, contribuindo, potencialmente, para maior qualidade do atendimento (HANKS, 2010).

Na enfermagem brasileira o Código de Ética dos Profissionais leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, o interesse do profissional e de sua organização, além de destacar a premente necessidade de aprimoramento técnico, científico e cultural do profissional no desenvolvimento de suas ações, sendo assim destaca-se:

Art. 3º – Apoiar as iniciativas que visem ao aprimoramento profissional e à defesa dos direitos e interesses da categoria e da sociedade.

Art. 17 – Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem.

Art. 18 – Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar.

Art. 20 – Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento.

Art. 21 – Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

Art. 23 – Encaminhar a pessoa, família e coletividade aos serviços de defesa do cidadão, nos termos da lei (COFEN, 2007).

A defesa do paciente é um elemento inerente da ética profissional, assim o enfermeiro necessita agir como advogado em prol dos pacientes que se encontram sob seus cuidados, direcionando esforços para a prática de apoio e respeito da autonomia e privacidade dos mesmos, na perspectiva de subsidiar e respeitar seus direitos em saúde, uma vez que os enfermeiros encontram-se munidos de condições para identificar e compreender situações em que precisa interceder (ANDRADE, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as ações de advocacia incluem um processo de reivindicação de direitos, ou a atividade de um grupo, visando influir na definição ou na implementação de uma política pública. Supondo basicamente que as pessoas têm direitos fundamentais que são exigíveis por meio de procedimentos legislativos, administrativos ou judiciais, sendo aplicáveis especialmente às pessoas vulneráveis, cujos direitos e necessidades são ignorados (VENTURA et al., 2012).

Destaca-se que situações de vulnerabilidade e risco à saúde dos pacientes impulsionam os enfermeiros a agirem como advogados, principalmente quando suas necessidades não parecem satisfeitas (HANKS, 2008), ou ainda, quando a qualidade dos serviços diminui e quando os pacientes não recebem cuidados adequados (NEGARANDEH et al., 2008).

Embora não haja um conceito definido sobre advocacia, diversas teorias buscam fornecer definições filosóficas para o termo. Na literatura internacional existem diversos estudos que abordam a advocacia do paciente em diferentes aspectos (BU; JEZEWSKI, 2007; HANKS, 2010), Já na literatura brasileira, ainda são escassos os trabalhos que abordam a advocacia do paciente por parte da enfermagem, culminando para que o papel do enfermeiro como um advogado não seja claramente compreendido, levando os profissionais a se depararem com dificuldades, ao desconhecerem suas reais atribuições diante das situações em que necessitam agir como advogados (ANDRADE, 2011; VENTURA et al., 2012; TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2015).

Ainda, é possível perceber que a advocacia do paciente tem sido cada vez mais discutida como um componente essencial e uma obrigação ética na prática de enfermagem, com vistas na garantia da qualidade do atendimento, podendo ser identificado que desde seu surgimento, muitas definições foram propostas na literatura de enfermagem, o que pode ocasionar ambiguidades e promover dificuldades no seu exercício nos diferentes contextos de saúde (ARRIES, 2014).

Na definição de advocacia de enfermagem, três conceitos se repetem na literatura. Em primeiro lugar, através da advocacia, os enfermeiros procuram proteger pacientes contra a intervenção médica não desejada (SNOWBALL, 1995). Em segundo lugar, os enfermeiros procuram libertar os pacientes do desconforto de tratamentos desnecessários, para que eles possam ter uma morte mais tranquila (VAARTIO E LEINO-KILPI, 2005). Em terceiro lugar, os enfermeiros procuram capacitar os doentes, tornando-os conscientes dos seus direitos, de modo a avaliar as opções e tomar decisões informadas sobre os seus cuidados (VAARTIO E LEINO-KILPI, 2005).

Comum a todos estes conceitos é que ambos referem-se a prática clínica e a processos de adoecimento e hospitalização, além da suposição de que os pacientes são impedidos de experimentar uma boa assistência, conforme definido pelos enfermeiros, devido a intervenção persistente da hegemonia médica, que muitas vezes parece desconhecer as competências e atribuições destes profissionais (ERSOY, 2003). As atividades de advocacia tem proporcionado contribuições significativas como a autodeterminação, autonomia e empoderamento dos pacientes no processo de cuidado (ARRIES, 2014).

Existe um arsenal de modelos amplamente discutidos na literatura, retratando principalmente a advocacia como atribuição essencial da enfermagem, fatores facilitadores e possíveis riscos emergentes dessa prática, porém esses não refletem as atribuições específicas do enfermeiro na advocacia do paciente, havendo uma lacuna acerca das ações que precisam ser desenvolvidas por esse profissional em diferentes situações do contexto de saúde (GRACE, 2001; BU; WU, 2008).

Contudo, os diferentes modelos existentes fornecem uma base filosófica para a compreensão e construção de modelos atuais, que discorrem acerca da prática de advocacia na enfermagem, fornecendo uma base para o exercício profissional e instigando pesquisas na área, sendo destacado o modelo de Hanks (2005) intitulado como a Esfera de Advocacia em Enfermagem e a Teoria de Médio Alcance em defesa do Paciente (BU; JEZEWSKI, 2007).

A Esfera de Advocacia em Enfermagem direciona-se para a necessidade de defesa dos pacientes que se encontram incapazes, vulneráveis e a possibilidade de empoderamento daqueles que se encontram capazes de lutar por seus direitos, sugerindo que o enfermeiro proporcione uma esfera semipermeável de proteção entre o paciente e o ambiente de cuidados, permitindo que o paciente seja auto defensor, quando estiver emocionalmente e fisicamente capaz, ou que possa ser defendido pelo enfermeiro, quando encontrar-se incapaz (HANKS, 2005).

Podem, ainda, enfermeiro e paciente atuarem como advogados, se o paciente estiver em condições de advogar para si e o enfermeiro, simultaneamente, fornecer a esfera de proteção. Advogando para os pacientes, os enfermeiros proporcionam uma barreira modificada entre os pacientes e o ambiente externo de saúde (HANKS, 2005).

Já a Teoria de Médio Alcance em Defesa do Paciente, compreende ações que consistem em salvaguardar os direitos, interesses e valores dos pacientes, elegendo três princípios fundamentais: salvaguardar a autonomia dos pacientes; agir em nome dos pacientes e defender a justiça social na prestação de cuidados de saúde. Para tanto, é necessário que os enfermeiros reconheçam as situações em que os pacientes precisam de um advogado, quais os

interesses do paciente e que ações devem ser tomadas para preservar, representar ou protegê-los (BU; JEZEWSKI, 2007).

O primeiro princípio: Salvar a Autonomia dos Pacientes indica uma série de estratégias específicas, para respeitar e promover o direito de autodeterminação de pacientes que se encontram dispostos e capazes em atuar nas decisões da própria saúde. O segundo atributo: Agir em Nome dos Pacientes representa uma série de ações de preservação de valores, benefícios e direitos desenvolvidos pelos enfermeiros, quando os pacientes se encontram impossibilitados de se representar nas ações em saúde ou mesmo quando não sentem o desejo de se envolverem. Ambos se complementam e se relacionam com ações de advocacia em nível microssocial (BU; JEZEWSKI, 2007).

O terceiro atributo: Defender a Justiça Social na Prestação de Cuidados de Saúde se refere aos esforços direcionados para a correção de desigualdades e inconsistências na prestação de cuidados de saúde, através de ações em nível macrossocial, capazes de modificar a realidade de uma ampla comunidade ou sociedade (BU; JEZEWSKI, 2007).

Contudo, as diferentes teorias não abordam as barreiras, facilitadores e riscos que os enfermeiros podem enfrentar ao realizar o exercício da advocacia (GRACE, 2001). Negarandeh (2006) discorre que quando os enfermeiros advogam para os pacientes, se deparam com circunstâncias facilitadoras do exercício que podem impulsionar os profissionais a atuarem como advogados.

Entres esses indicadores, a relação estabelecida entre enfermeiro e paciente configura-se como um fator relevante, pois o estabelecimento de uma interação positiva pode estabelecer uma atmosfera de confiança, equivalente à do vínculo familiar, o que culmina em outro fator facilitador da advocacia: o estabelecimento do diálogo (JONES; SMITH, 2014).

Por meio do diálogo, o enfermeiro é capaz de realizar uma avaliação eficaz das necessidades dos pacientes/clientes, pois o estabelecimento de uma comunicação efetiva garante que o profissional adquira maior habilidade para reconhecer e identificar as possíveis carências individuais de cada paciente, o que pode lhe fornecer subsídios suficientes para agir em sua defesa (JONES; SMITH, 2014).

A atuação de acordo com a obrigação ética e moral da profissão de enfermagem e o respeito aos direitos dos pacientes também podem constituir elementos facilitadores da prática da advocacia do paciente. Destacando que uma boa interação entre a equipe de enfermagem e a equipe médica pode auxiliar para que o exercício da advocacia ocorra de forma mais eficaz e menos conflituosa (NEGARANDEH et al., 2006).

O enfermeiro com conhecimento e domínio da área em que atua é um profissional capaz de influenciar a equipe de saúde com habilidades naturalmente adquiridas e argumentos que efetivam a advocacia do paciente (NEGARANDEH et al., 2006). Outra ação de advocacia inclui o ato de informar e educar os pacientes, visando à capacitação e o empoderamento dos mesmos, uma vez que por trás das suas escolhas, existe a responsabilidade do profissional (HANKS, 2010).

No tocante a prática de advocacia, os enfermeiros também podem enfrentar repercussões pessoais negativas, ao se depararem com certos obstáculos e consequências, relacionados a conflitos de interesse da organização e às relações de poder próprias do ambiente de trabalho, o que pode tornar-se um desafio no exercício da advocacia, afetando a capacidade do enfermeiro em atuar como um defensor, bem como originar a relutância em assumir esse papel (MAHLIN, 2010).

Desse modo, alguns fatores podem contribuir para que os enfermeiros não exerçam a função de advogados, como a insegurança no emprego, opressões, indisposição com membros da equipe, mudança de status no trabalho, falta de apoio, conflitos e o temor de represálias que constituem desafios na capacidade de acesso aos cuidados de saúde dos pacientes (NEGARANDEH et al., 2006; HANKS, 2008).

Outros fatores que influenciam de forma negativa no exercício da advocacia pelos enfermeiros referem-se à recusa dos demais profissionais em atuarem coletivamente com o profissional defensor; conferência de uma reputação negativa; situações de constrangimento moral; falta de apoio da instituição; limitações pessoais e técnicas e histórico de submissão do enfermeiro ao médico (KOHNKE, 1980; MILLETE, 1993; MALLIK, 1998; HAMRIC 2000; HANKS, 2007).

Ao passo que os enfermeiros vivenciam essas barreiras, inúmeras consequências podem emergir na defesa dos interesses dos pacientes, como a defesa ineficaz em detrimento da falta de apoio e a ocorrência de conflitos éticos no cuidado aos pacientes e nas relações multiprofissionais (PAVLISH; HO; ROUNKLE, 2012).

Pode-se inferir que o exercício da advocacia na enfermagem envolve julgamentos éticos constantes, compromisso profissional, avaliação contínua e respeito às necessidades dos pacientes de forma individualizada, valorizando a subjetividade de cada um (PAVLISH; HO; ROUNKLE, 2012). Sendo assim, constitui-se em uma atividade fundamental da enfermagem, porém pode apresentar muitos desafios em seu exercício, implicando no confronto de valores, normas ou princípios, que podem impossibilitar o desenvolvimento do

seu fazer com autonomia, gerando frustrações, desgaste e até mesmo Sofrimento Moral (HANNA, 2005; BARLEM et al., 2012).

3.3 QUANDO AS AÇÕES DE ADVOCACIA DO PACIENTE ENCONTRAM-SE LIMITADAS: vivencias de sofrimento moral em enfermeiros

Em 1984, Andrew Jameton definiu sofrimento moral como um fenômeno em que o profissional sabe a ação correta a ser tomada, porém sente-se acuado ao desenvolver suas práticas devido à incompatibilidade de seus valores e crenças com as necessidades e pontos de vista dominantes no ambiente de trabalho. Foi reconhecido pela primeira vez entre os enfermeiros, o que justifica a centralidade dos estudos sobre essa população, porém é importante destacar que o fenômeno também foi identificado entre diversos profissionais de saúde, incluindo médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas (JAMETON, 1984; CARNEVALE, 2013).

Tem sido caracterizado como um dos principais problemas éticos, que afeta principalmente profissionais da saúde, com destaque para os enfermeiros, o que ameaça a integridade destes profissionais e a qualidade da assistência prestada, ao passo que o profissional acredita que uma ação específica seria a mais correta a ser adotada, no entanto, entende como quase impossível sua concretização, havendo limitações em suas práticas éticas, seja por fatores internos: conflitos de valores, desconhecimento e medo; ou externos: barreiras administrativas, jurídicas e sociais (CARNEVALE, 2013; BARLEM; RAMOS, 2014).

Outra definição também aplicável ao sofrimento moral é considerá-lo como um sentimento doloroso ou desequilíbrio psicológico resultante do reconhecimento de uma ação eticamente correta que não pode ser adotada devido ao ocasionamento de obstáculos como a falta de tempo, relutância das supervisões ou de uma estrutura de poder, capaz de inibir uma ação moral (JAMETON, 1984; CORLEY et al., 2002).

É significativo distinguir sofrimento moral de estresse emocional, uma vez que o primeiro decorre de situações emocionalmente perturbadoras em que questões morais não são desafiadas ou refletidas, enquanto o sofrimento moral implica em um impacto negativo relacionado à execução de ações moralmente incorretas, além disso, o estresse emocional abrange dimensões fisiológicas normalmente não associados com sofrimento moral (VEER et al., 2013).

Além disso, três categorias distintas de problemas éticos podem ser experimentadas: Incerteza moral, quando se reconhece um problema como uma situação inadequada ou incorreta, levando ao questionamento; dilema moral, quando existem dois cursos distintos para seguir, com uma única opção de escolha; sofrimento moral, situação em que se sabe o que é correto e o que deveria ser feito, mas não é possível seguir o rumo da consciência (JAMETON, 1984).

Paradoxalmente ao crescimento de estudos da área da saúde que retratam as experiências no cotidiano de trabalho desenvolvido pelos profissionais de enfermagem ao longo das duas últimas décadas, muitos enfermeiros ainda continuam a enfrentar sérios desafios no cumprimento de suas atribuições profissionais. Sendo assim, diversos estudos atrelados ao cotidiano de enfermagem e a existência de sofrimento moral vêm contribuindo para melhor compreensão do fenômeno, sendo explorado diferentes contextos do ambiente de saúde (HAMRIC, 2000; CORLEY et al., 2002; CORLEY, 2005; HARDINGHAM, 2004; LUNARDI et al., 2009; DALMOLIN et al., 2009; BARLEM et al., 2012).

Mediante as situações detectadas no cotidiano de trabalho verifica-se que os profissionais de enfermagem enfrentam uma grande variedade de problemas éticos que abrangem estruturas tradicionais de poder dentro da instituição, falta de apoio dos demais membros da equipe, crescimento científico e tecnológico, falta de consentimento informado, prolongamento da vida, práticas profissionais questionáveis, disparidade nos objetivos da medicina e da enfermagem, insuficiência de recursos materiais e humanos, desrespeito aos direitos dos usuários e sobrecarga de trabalho (RANGE; ROTHERHAM, 2010; LUNARDI, 2013).

Desse modo, enfermeiros vivenciam problemas e conflitos morais, a partir de situações já consideradas como parte do cotidiano profissional, incluindo rotinas exaustivas, estresse, precariedade dos cuidados dispensados, falta de diálogo, excesso de burocracia, entre outras características atribuídas ao trabalho que podem influenciar as ações da enfermagem, resultando em sentimentos de impotência frente às situações e aparente descaso em relação aos pacientes (LUNARDI, 2007; DALMOLIN; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2009; RANGE; ROTHERHAM, 2010; BARLEM et al., 2013; LUNARDI 2013).

O local de trabalho e o sistema que o configura, está intimamente ligado ao sofrimento moral, visto que a imersão e a aceitação dos profissionais de enfermagem em laborar em ambientes que apresentam condições insuficientes, impossibilitam a realização da prática ética de acordo com os valores da profissão, culminando na negação da oportunidade de assegurar o respeito para si e para os pacientes sob seus cuidados (LUNARDI et al., 2007).

Nessa perspectiva, no ambiente de trabalho existem múltiplos fatores geradores de conflitos éticos, caracterizado por questões emocionalmente carregadas para os trabalhadores, em que constantemente valores e princípios éticos são colocados à prova, emergindo um terreno fértil para possíveis discordâncias entre a cultura da instituição e as decisões dos próprios profissionais (LUNARDI et al., 2007; BARLEM et al., 2012).

Também relacionado ao ambiente de trabalho sabe-se que ambientes com modelos organizacionais distintos podem apresentar diferenças relacionadas à percepção do sofrimento moral, sendo constatado que as instituições que oferecem estabilidade profissional, melhores salários, número de pessoal adequado, diálogo aberto e incentivo na resolução dos dilemas éticos, podem conduzir a uma percepção dos problemas morais, assim como favorecer o enfrentamento do sofrimento moral (BARLEM et al., 2013).

Cumprir destacar que embora sejam identificadas fontes comuns de sofrimento moral, nem todo profissional de enfermagem irá desencadeá-lo quando confrontados com estas situações, do mesmo modo que alguns enfermeiros poderão experimentá-lo em outras circunstâncias (CORLEY, 2002; BARLEM; RAMOS, 2014). Tal fato pode ser confirmado no estudo de Barlem et al (2013), quando destaca que cada sujeito pode perceber de maneira diferente as situações que se apresentam em suas vidas considerando sua subjetividade.

Os sentimentos desencadeados por este processo são geralmente de raiva, frustração, culpa, insatisfação no trabalho, vergonha, cansaço, medo, depressão, insegurança e tristeza, sendo a introspecção a maior característica dos trabalhadores de enfermagem que pouco ou nenhum apoio recebem (GUITIERREZ, 2005). Quanto às consequências é possível verificar a ocorrência de implicações negativas de caráter físico, mental e emocional prejudicando também as relações sociais (VEER et al., 2013).

Em casos de Sofrimento moral a síndrome de Burnout também tem aparecido associada, além de sentimentos de decepção, exaustão, irritabilidade, impotência, ceticismo e diminuição na satisfação com o trabalho, resultando em implicações negativas para o próprio enfermeiro, pacientes e instituição, tendo como resultado, um impacto sobre a satisfação no trabalho, e a capacidade dos enfermeiros para atuar como um defensor dos pacientes (DALMOLIN et al., 2012; WOCIAL; WEAVER, 2012; VEER et AL., 2013).

Outro problema também identificado, diz respeito ao conflito entre a experiência dos profissionais mais antigos e pouca experiência dos profissionais recém formados, tendo em vista que ocasionalmente, pode ocorrer o comprometimento da sensibilidade moral dos recém formados, ao refletir modelos de “comodismo” diante dos problemas éticos contidos no contexto de trabalho (RANGE; ROTHERHAM, 2010).

Na literatura internacional existem diversos estudos realizados em diferentes contextos da prática de enfermagem que abordam o sofrimento moral em contextos prioritariamente assistenciais, haja vista que importantes achados têm se dado através de um instrumento de medida muito utilizado para mensurar o sofrimento moral entre trabalhadores de enfermagem, denominado Moral Distress Scale (CORLEY, 2002; PAULY; VARCOE; STORCH, 2012). O MDS enfoca principalmente, dilemas e problemas éticos, futilidade terapêutica, condições inseguras de trabalho, entre outros, sendo possível identificar a vivência de diversos comportamentos relacionados ao sofrimento moral, em diferentes culturas (CORLEY et al., 2002).

Em âmbito nacional foi realizado uma adaptação transcultural para a língua portuguesa do MDS em estudo com enfermeiros, sendo identificados e validados quatro constructos relacionados à percepção do Sofrimento Moral: negação do papel da enfermeira como advogada do paciente; falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente e obstinação terapêutica. O constructo desrespeito à autonomia do paciente obteve a maior média, seguido do constructo condições de trabalho insuficientes (BARLEM et al., 2012; BARLEM et al., 2014).

Seguindo essa linha de pensamento o profissional de enfermagem ao relacionar os direitos dos pacientes e suas reais possibilidades, percebe-se diante de conflitos éticos relacionados ao desrespeito aos direitos dos pacientes bem como: escassez de recursos públicos frente a uma grande demanda; problemas gerenciais; determinantes sociais do processo saúde-doença; pouca autonomia e poder; além de atrasos em procedimentos terapêuticos, sendo construído sentimento de impotência associado à impunidade (GOMES; RAMOS, 2014).

Nessa perspectiva situações de sofrimento moral reforçam a necessidade de atuação do enfermeiro como advogado do paciente, principalmente em virtude da natureza moral do trabalho desenvolvido por esse profissional (HANKS, 2010). Visto que as atribuições de enfermagem, relacionadas ao cuidado e advocacia do paciente, quando efetivadas proporcionam a oportunidade de transformação pessoal e crescimento, mas que, em contrapartida, pode gerar sofrimento moral quando o profissional não consegue desempenhar esse papel de maneira que satisfaça suas convicções éticas (HANNA, 2005).

Os profissionais de enfermagem estão em uma posição única nos sistemas de saúde, sendo necessário considerar a autonomia do paciente como parte essencial a ser defendida, destacando que ao aceitar o compromisso moral de exercer a advocacia do paciente, é preciso estar devidamente capacitados para auxiliar os pacientes a esclarecer os objetivos dos seus

tratamentos e a tomada de decisões de saúde relacionadas, empoderando-os para interação conjunta no ambiente de saúde (MAHLIN, 2010).

Algumas ações inerentes à advocacia, relacionadas à vida de outras pessoas, podem ainda ser dificultadas por conflitos de valores nem sempre explícitos entre a própria equipe, instituição de saúde e demais profissionais, fatos que, muitas vezes, mesmo não sendo verbalizadas pelos profissionais de enfermagem, podem debilitá-los, afetando seus próprios princípios, como perda de autonomia e dificuldades de exercício de poder além de trazer efeitos negativos para os pacientes e familiares que encontram-se no centro dos dilemas éticos (ANDERSEN, 1990; WINSLOW, 1984; MALLIK, 1997).

Desse modo, alguns aspectos como a necessidade de manter um ambiente livre de conflitos e uma relação de trabalho positiva com os demais profissionais pode se tornar um desafio para a implementação da advocacia (LÜTZEN; BLOM; KIVIST; WINCH, 2010).

Sendo importante considerar que, para que o profissional possa agir de acordo com seus valores, a instituição precisa fornecer um ambiente favorável que sustente a integridade moral e a tomada de decisão dos profissionais envolvidos (HARDINGHAM, 2004).

Problematizar o sofrimento moral traz à tona a importância de políticas e sistemas de enfrentamento capazes de remodelar o contexto da enfermagem e as práticas nos cuidados de saúde. Sendo assim, mudanças na política e na prática ética de enfermagem são necessárias, bem como, suportes organizacionais e institucionais baseados no fornecimento de enfrentamentos e oportunidades para a resolução de potenciais problemas éticos e devida atenção para compreensão das condições necessárias para prevenir o sofrimento moral (PAULY; VARCOE; STORCH, 2012).

Em estudos quantitativos, Barlem et al (2013) identificou que o desrespeito aos direitos do paciente e a negação da atribuição do enfermeiro como advogado constituem uma importante fonte para a vivência do sofrimento moral. Qualitativamente, foi possível perceber que o exercício da advocacia do paciente em situações de conflitos éticos pode gerar alívio, transformação pessoal e crescimento aos trabalhadores de enfermagem, quando implementada com sucesso ou, diferentemente, maior intensidade de sofrimento moral quando o profissional de enfermagem não consegue desempenhar suas atribuições de acordo com seus valores e princípios morais (DALMOLIN; LUNARDI; LUNARDI-FILHO, 2009, LUNARDI et al., 2009; DALMOLIN et al., 2012).

Também, com vistas na percepção do sofrimento moral, foram destacadas situações em que o enfermeiro não consegue atuar como advogado do paciente, muitas vezes tendo que auxiliar os profissionais que, segundo eles, agem de forma incompetente e distante do conceito de humanização (BARLEM et. al, 2013). Este achado corrobora o descrito por Jameton (1993) e também Corley et al (2005), ao enfatizarem que quando o enfermeiro não consegue atuar como deveria, de acordo com seus princípios, o que deixou de ser feito ou até mesmo negligenciado torna-se um elemento chave para o desencadeamento do sofrimento moral, desmembrando-se no sentimento do indivíduo de impotência e incapacidade.

Além dos fatores externos que dificultam o exercício da advocacia, limitações pessoais também merecem destaque, no que tange a relação entre o preparo educacional para o papel de defensor e a habilidade para a prática, sendo notório que embora o profissional demonstre o desejo em defender os interesses dos pacientes, não apresentam uma preparação adequada para levar adiante suas práticas de advocacia, demonstrando falta de sensibilidade para a detecção de problemas éticos ou limitações de conhecimentos e habilidades técnicas (HANKS, 2007).

Em contrapartida assume-se que quando o enfermeiro consegue advogar, o mesmo afasta-se da possibilidade de desenvolvimento de sofrimento moral em situações de conflito, pois experimenta a sensação de dever profissional cumprido, sendo identificado como a capacidade de superar o medo e apoiar seus valores profissionais fundamentais (CORLEY, 2002). A Advocacia neste caso pode ser vista como um elemento motivacional para a própria enfermagem, possibilitando o enfrentamento das exigências físicas e sociais dos ambientes de saúde (VAARTIO et al., 2009).

Em consonância com estas atribuições é importante salientar que o enfermeiro possui responsabilidade moral e profissional para advogar pelo paciente, e de questionar os cuidados prestados por outros profissionais, podendo ainda denunciar aqueles que não dispensarem a atenção necessária ao paciente (BARLEM, et. al., 2013).

Sendo assim, surge a necessidade de reflexão e superação constante destes possíveis obstáculos oriundos do ambiente de trabalho ou de questões intrínsecas do enfermeiro, com a finalidade de quebrar as barreiras que dificultam a consolidação de práticas éticas.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se uma pesquisa quantitativa, transversal analítica, a qual possibilitou maior familiaridade com o tema e a mensuração de variáveis predeterminadas de um grupo ou população, descrevendo, interpretando sua realidade sem nela interferir (APPOLINÁRIO, 2012). Desse modo, optou-se por um estudo dessa natureza pela necessidade de caracterizar precisamente a relação entre advocacia do paciente e sofrimento moral vivenciadas no cotidiano profissional de enfermeiros atuantes em unidades hospitalares. O que permitiu propor relações entre essas variáveis e os principais fatores de impacto dos fenômenos em estudo.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida junto a duas instituições hospitalares aqui representadas por “H1” e “H2”, localizadas em um município do extremo sul do Rio Grande do Sul. Considera-se o município mais antigo do estado, com população estimada de 200 mil habitantes e destaca-se por ser o maior complexo portuário do Sul do Brasil. Destaca-se ainda, pelo seu completo sistema educacional, possuindo uma universidade federal, uma universidade privada e um instituto federal, atraindo estudantes de diferentes localidades do estado e do Brasil.

A primeira instituição, intitulada “H1”, conforme os dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) é caracterizada como um hospital universitário público, que presta serviços nas áreas básicas de Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica, Clínica Ginecológica e Clínica Cirúrgica.

Possui 185 leitos, divididos em 37 leitos cirúrgicos, 45 leitos de internação clínica, 36 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI's) adulta, pediátrica e intermediárias, 26 leitos obstétricos, 25 leitos pediátricos, 10 leitos referentes a outras especialidades e seis leitos do hospital dia. Nele atuam 61 enfermeiros, 51 técnicos de enfermagem e 193 auxiliares de enfermagem. Nessa instituição, trabalham em sua maioria servidores públicos concursados (Regime Jurídico Único) e funcionários contratados pelo regime celetista, cumprindo carga

horária semanal de 30h. Esse hospital é referência em HIV/AIDS, prevenção e recuperação de dependentes químicos, assistência integral a diabéticos e atendimento à gestantes de alto risco (CNES, 2015).

A instituição “H2” se caracteriza como uma entidade filantrópica, atendendo a pacientes do SUS, de convênios e particulares. Compõe-se de três unidades hospitalares: hospital geral, hospital de cardiologia e oncologia e, hospital psiquiátrico. O hospital geral conta com um total de 384 leitos, sendo 134 leitos cirúrgicos, 166 leitos de internação clínica, 26 leitos de UTI’s adulta e intermediária, 24 leitos de internação obstétrica, 20 leitos de internação pediátrica e 14 leitos destinados à internação de outras especialidades (CNES, 2015).

A unidade de cardiologia e oncologia conta com 130 leitos, sendo 14 desses destinados as UTI’s adulta e pré-operatória, 16 para o serviço de pronto atendimento e 100 leitos de internação médico-cirúrgicas. Por fim, a unidade psiquiátrica possui 130 leitos, 100 desses para internações clínicas e 30 leitos do hospital dia. (CNES, 2015).

É referência regional em traumatologia e atendimentos emergenciais. A equipe de Enfermagem é composta por 174 enfermeiros, 413 técnicos de enfermagem e 32 auxiliares de enfermagem, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com carga horária de 36h ou 40h semanais, de acordo com os locais de atuação. Oferece ainda serviços médicos, de psicologia, assistência social, banco de sangue, laboratório, farmácia, nutrição e dietética, higienização, lavanderia e demais serviços de apoio e diagnóstico terapia (CNES, 2015).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A seleção dos participantes ocorreu por meio de amostragem não probabilística por conveniência, tipo de amostragem que envolve a escolha de participantes em função de sua disponibilidade em participar do estudo no momento em que o processo de coleta de dados for implementado (APPOLINÁRIO, 2012). Desse modo, todos os enfermeiros atuantes nas referidas instituições, que se encontravam em seus locais de atuação durante o período de coleta de dados, foram convidados a participar da pesquisa, desde que atendessem aos critérios de inclusão/exclusão.

Os critérios para a seleção dos participantes se restringiram a: ser enfermeiro, atuar profissionalmente nos hospitais selecionados para a pesquisa, atuar a mais de seis meses na instituição, por acreditar ser este um tempo necessário para adaptação às rotinas e organização. Os critérios de exclusão dos participantes se limitaram à: estar ausente do local

de trabalho no momento de coleta de dados devido a férias, paralisação, afastamento ou licença.

Com vistas a obtenção de um mínimo amostral que satisfizesse os critérios estabelecidos para generalização dos dados do estudo, a seleção do tamanho amostral adotou o critério proposto por Hill e Hill (2012), que previu uma fórmula específica. A seguir apresenta-se a fórmula:

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

Onde:

n= tamanho da amostra

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

N= o tamanho da população

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

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

O objetivo dessa regra é estimar o mínimo tamanho amostral para que seja possível a realização de determinados procedimentos estatísticos, já que procedimentos diferentes apresentam necessidades específicas de número de participantes. Tomando como base o conhecimento prévio da população total nas duas instituições, teve-se o correspondente a 235 enfermeiros, e aplicando-se a fórmula, chegou-se ao número mínimo de 145 informantes. Objetivou-se obter o maior número possível de participantes para margem de segurança. Assim, da população total de enfermeiros atuantes em duas instituições hospitalares do extremo sul do Brasil, obteve-se uma amostra de 157 enfermeiros.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos operacionalizados em escalas tipo Likert de cinco pontos, o primeiro para analisar intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciada por enfermeiros no contexto hospitalar, por meio do instrumento *Moral Distress Scale Revised*, adaptado culturalmente e validado para enfermeiros brasileiros (APÊNCICE A); e o segundo para analisar as ações e crenças dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente, *Protective Nursing Advocacy Scale*- versão brasileira, adaptado culturalmente e validado para o contexto brasileiro (ANEXO I).

4.4.1 Escala de Sofrimento Moral- Adaptação do *Moral Distress Scale-Revised* para enfermeiros brasileiros

O *Moral Distress Scale-Revised* (MDS-R) foi elaborado por Hamric, Borchers e Epstein (2012) em âmbito internacional, foi desenvolvido para ser aplicado em estudos quantitativos, objetivando avaliar o sofrimento moral entre profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), com base na percepção de questões que englobam situações reais de sofrimento moral atreladas a assistência ao paciente.

O instrumento em sua versão revisada, ainda não adaptado e validado para o Brasil, é composto por 21 questões operacionalizadas em escalas tipo Likert de cinco pontos incluindo uma gama de frequências de 0 (nunca) a 4 (muito frequentemente) e faixa de intensidade de 0 (fraca) a 4 (elevada). Contempla em suas questões, situações eticamente sensíveis atreladas a assistência ao paciente, envolvendo dilemas éticos que permitem identificar a presença de sofrimento moral e sua intensidade (HAMRIC; BORCHERS; EPSTEIN, 2012).

Apresenta, ainda, questões relacionadas à instituição de trabalho; relação multiprofissional e suas implicações; envolvimento de pacientes e familiares nos cuidados em saúde; situações de risco aos pacientes; despreparo profissional e prolongamento da vida. O instrumento conta com uma parte inicial de caracterização dos participantes, com questões sobre idade, sexo, instituição de trabalho, atuação profissional em saúde e tempo de atuação profissional (HAMRIC; BORCHERS; EPSTEIN, 2012).

4.4.2 Escala de Advocacia do Paciente: *protective nursing advocacy scale- versão brasileira*

O instrumento escolhido para investigar aspectos atrelados à advocacia do paciente será uma adaptação da *Protective Nursing Advocacy Scale* (PNAS), desenvolvida originalmente por Hanks (2010) e adaptado culturalmente e validada para o contexto brasileiro por Tomaszewski-Barlem (2015).

A PNAS original é composta por 43 questões, sendo respondida por meio de uma escala de frequência do tipo Likert de cinco pontos, utilizando-se 1 para “discordo totalmente”, 2 para “discordo parcialmente”, 3 para “não concordo nem discordo”, 4 para “concordo parcialmente” e 5 para “concordo totalmente”.

A PNAS em sua versão inicial, aplicada nos Estados Unidos, apresenta 37 questões validadas em quatro constructos: **atuando como advogado**, que reflete ações tomadas pelos enfermeiros quando advogam para os pacientes; **situações de trabalho e ações de advocacia**, que reflete as possíveis consequências da advocacia de pacientes no ambiente de trabalho; **ambiente e influências educacionais**, englobando a influência do conhecimento e ambiente interno dos enfermeiros, como valores pessoais, confiança e crenças para atuarem como advogados; **suporte e barreiras para a advocacia**, que consiste de itens que indicam os facilitadores e as barreiras para a advocacia do paciente na enfermagem, incluindo o ambiente de trabalho como um todo (HANKS, 2010).

Em sua versão brasileira, o instrumento é constituído por 20 itens, sendo operacionalizado por meio de uma escala de frequência do tipo Likert de cinco pontos, utilizando-se 1 para “discordo totalmente”, 2 para “discordo parcialmente”, 3 para “não concordo nem discordo”, 4 para “concordo parcialmente” e 5 para “concordo totalmente”. Apresenta cinco construtos: **implicações negativas do exercício da advocacia**, ilustrando possíveis consequências do exercício da advocacia no ambiente de trabalho; **ações de advocacia**, envolvendo questões atreladas ao exercício profissional que representem advogar, agir pelo paciente; **facilitadores ao exercício da advocacia**, sendo incluído questões pessoais e profissionais que possam contribuir para o exercício da advocacia; **percepções que favorecem o exercício da advocacia**, sendo abordado o entendimento de situações em que o exercício da advocacia se faz importante; **barreiras ao exercício da advocacia**, englobando aspectos pessoais que inviabilizam ou prejudicam as ações de advocacia (TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2015).

O instrumento brasileiro apresenta, ainda, uma parte inicial de caracterização dos participantes, contendo características sociodemográficas, que possam ser significativas para a correlação com a advocacia do paciente, tais como: idade, sexo, tempo de formação, instituição de trabalho, carga horária de trabalho, tempo de atuação profissional, outros cursos concluídos (especialização, mestrado, doutorado), modalidade de atendimento e realização de reuniões na unidade de trabalho.

Neste estudo, o instrumento Protective Nursing Advocacy- versão brasileira manteve-se com os cinco constructos já existentes, porém mediante análise de componentes principais, a questão q10 do instrumento original foi excluída por apresentar baixa carga fatorial, com autovalor menor que 0,500. O alfa de Cronbach do instrumento apresentou valor 0,78 enquanto que os coeficientes dos cinco constructos se situaram entre 0,70 e 0,87.

4.4.3 Adaptação cultural do instrumento de coleta de dados: validação de face e conteúdo

Para adaptar culturalmente a escala MDS-R, foram seguidas seis etapas mediante diretrizes internacionais que visam à adequação completa do instrumento por meio da adaptação semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o adaptado. Essas seis etapas são caracterizadas por: tradução inicial; síntese das traduções; backtranslation; comitê de especialistas; pré-teste; revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores (BEATON et al., 2000).

Na primeira etapa, tradução inicial, o instrumento foi enviado a dois tradutores bilíngues independentes para realizar a tradução do inglês para o português. Um tradutor estava ciente dos objetivos e conceitos utilizados na escala, já o outro desconhecia qualquer informação referente aos objetivos e temática do instrumento, de forma em que não houvesse trocas de informações entre si (BEATON et al., 2000).

Após, foi elaborada uma versão final (síntese) das duas traduções contendo as discrepâncias verificadas e suas resoluções, para posterior submissão ao processo de backtranslation, em que a versão síntese foi submetida a uma retro tradução para a versão original em inglês por outros dois tradutores (BEATON et al., 2000). Ambos os tradutores não foram informados quanto ao conteúdo e objetivos do instrumento, com a finalidade de evitar significados equivocados. Após a compilação dos dois documentos resultantes da backtranslation, foi realizada a versão retrotraduzida do instrumento (BEATON et al., 2000).

A versão retrotraduzida foi enviada a um comitê de especialistas, composto por quatro professores doutores em enfermagem com ampla experiência na temática. Foram avaliadas as equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual, bem como a validade de face da escala, aprovando-a para ser utilizada no pré-teste, desenvolvendo a versão pré-final do instrumento (BEATON et al., 2000). A versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada em uma amostra de 30 enfermeiros estudantes dos cursos de mestrado e/ou doutorado em Enfermagem de uma universidade pública do sul do Brasil.

O pré-teste visou garantir a validade de conteúdo da escala, tendo por objetivo confirmar se os seus itens representavam o conteúdo que se desejava analisar. A escala foi aplicada de forma individual para que cada participante relatasse suas dificuldades e facilidades no seu preenchimento e possíveis sugestões e modificações na redação das questões, caso necessário (BEATON et al., 2000). Nenhuma alteração foi realizada após aplicação do pré-teste.

O último estágio realizado após a finalização do pré-teste teve por objetivo realizar a revisão do processo de adaptação, em que os pesquisadores realizaram as adequações necessárias na escala, visando facilitar sua compreensão e viabilização na amostra selecionada assegurando a consistência do conteúdo (BEATON et al., 2000). Com isso, a versão final da MDS-R versão brasileira foi considerada aprovada para aplicação no contexto brasileiro.

Junto ao instrumento, foi inserida uma parte inicial de caracterização dos participantes, contendo características sociodemográficas, que pudessem ser significativas para a relação entre sofrimento moral e advocacia do paciente, tais como: idade, sexo, hospital de atuação, ano de conclusão da graduação, tempo de atuação profissional, tempo de atuação no hospital, modalidade de atendimento (SUS, Particular/convênio, ambos), carga horária semanal, tipo de vínculo, titulação máxima e unidade de trabalho.

4.4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses agosto e setembro de 2015. Para aplicação dos instrumentos de coleta de dados, foram realizados como procedimento de entrega, visitas às unidades das instituições hospitalares, de forma que os enfermeiros fossem convidados a participar do estudo no próprio local e turno de trabalho. Informou-se claramente a possibilidade de esclarecimento referente à qualquer dúvida, por telefone ou mesmo por e-mail, sendo explicitados todos os dados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE B).

O TCLE foi entregue aos participantes e assinado por eles, caso concordassem em participar da pesquisa, em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o informante. Após os procedimentos relacionados aos aspectos éticos, os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em um envelope de papel pardo, sem identificação, e recolhidos logo após seu preenchimento.

4.4.5 Validação de Constructo

A validação constitui um tipo especial de acurácia, verificando se os dados obtidos realmente permitem a compreensão do fenômeno estudado com clareza e confiabilidade (FLETCHER; FLETCHER, 2006; HULLEY et al., 2008). Dessa forma, a validação do instrumento foi realizada após a aplicação do instrumento de coleta de dados na amostra selecionada, sendo realizados dois testes estatísticos para garantir a validade de construto: a análise fatorial e o alfa de Cronbach.

A análise fatorial é o nome dado a uma classe de métodos estatísticos multivariados que objetiva a redução e sumarização dos dados, definindo conjuntos de dimensões latentes, denominados fatores que, por sua vez, explicam correlações entre conjuntos de variáveis (MALHOTRA, 2001; HAIR et al., 2005). Já o alfa de Cronbach é uma medida de confiabilidade que pode ter seus valores no intervalo de zero (0) a um (1), avaliando a consistência entre as variáveis das escalas múltiplas, ou seja, os itens individuais das escalas devem medir os mesmos construtos e ser altamente inter-correlacionadas. O limite inferior para o alfa de Cronbach é de 0,70, podendo diminuir para 0,60 em pesquisas exploratórias (HAIR et al., 2005).

4.4.6 Análise dos dados

Para análise dos dados, foi utilizado o software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 23.0. Diferentes análises foram realizadas, determinadas pela confirmação da normalidade dos dados através do teste de Kolmogorov-Smirnof: 1) Estatística descritiva - mediante a utilização de médias e distribuição de frequência dos construtos e seus indicadores para identificar a intensidade e a frequência com que vivenciam os fenômenos; 2) Análise de variância (ANOVA) - realizada entre os diferentes grupos de respondentes, de acordo com características da amostra, para verificar possíveis diferenças significativas entre os grupos de sujeitos respondentes; 3) Regressão linear - com intuito de

avaliar quais fatores tem maior efeito na percepção dos sujeitos sobre os fenômenos investigados; 4) Correlação de Pearson - para medir o grau de associação entre duas variáveis, visando analisar a existência de uma associação linear positiva ou negativa entre Advocacia do paciente e Sofrimento Moral (GAYA, 2008).

Assim, para determinação da força de associação entre as variáveis analisadas, adotou-se a classificação de intensidade de correlação de Hair et al (2005) conforme pode ser observado no quadro.

Quadro 1 – Classificação de intensidade de correlação: variação do coeficiente Força de associação

$\pm 0,91 - \pm 1,00$	Muito forte
$\pm 0,71 - \pm 0,90$	Alta
$\pm 0,41 - \pm 0,70$	Moderada
$\pm 0,21 - \pm 0,40$	Pequena, mas definida
$\pm 0,01 - \pm 0,20$	Leve, quase imperceptível

Fonte: Hair, Anderson, Tatham, Black (2005).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados, garantindo-se a proteção dos direitos humanos, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012), que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após avaliação do Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EEenf), o projeto “Advocacia do paciente e coping na enfermagem: possibilidades de exercício de poder mediante vivências de sofrimento moral”, do qual esse estudo faz parte, foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa local e recebeu parecer favorável (Parecer N° 97/2013) (ANEXO II). Foi encaminhado à direção dos hospitais um documento, solicitando a permissão para a execução do projeto (APÊNDICE C), especificando os objetivos do estudo, bem como os possíveis riscos e benefícios envolvidos.

Ocorrerá a devolução dos resultados obtidos às instituições nas quais os dados foram coletados e à comunidade científica, através do comprometimento em encaminhar artigos científicos a periódicos de reconhecimento e relevância internacional. Após a pesquisa, os

instrumentos e demais materiais utilizados foram guardados em arquivos específicos para esse fim, e serão mantidos por um período mínimo de cinco anos após a publicação dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os dois artigos construídos a partir dos dados obtidos na pesquisa. O primeiro, intitulado “Adaptação cultural e validação do instrumento Moral Distress Scale Revised para enfermeiros brasileiros”, e o segundo, denominado “Advocacia do paciente e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares”.

O primeiro artigo aborda a necessidade em validar para a língua portuguesa, um instrumento capaz de identificar frequência e intensidade com que o sofrimento moral se faz presente nos enfermeiros em seus diferentes contextos de saúde. Já o segundo artigo contextualiza a relação entre advocacia do paciente e sofrimento moral vivenciadas no cotidiano profissional de enfermeiros atuantes em unidades hospitalares, uma vez que o não exercício da advocacia do paciente pode resultar em dificuldades no desenvolvimento das potencialidades destes profissionais, queda na qualidade do cuidado e até mesmo abandono dos ideais da profissão.

5.1 ARTIGO 1

Adaptação cultural e validação do instrumento *Moral Distress Scale Revised* para enfermeiros brasileiros

Objetivo: adaptar culturalmente e validar o instrumento *Moral Distress Scale Revised* para enfermeiros brasileiros. **Método:** estudo quantitativo, transversal analítico, realizado com 157 enfermeiros de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica. Realizou-se a adaptação cultural do instrumento segundo recomendações internacionais e a sua validação para o contexto brasileiro. **Resultados:** a validade de face e conteúdo foi considerada satisfatória mediante avaliação de comitê de especialistas e realização de pré-teste. Mediante análise de frequência e intensidade por questão nos 157 questionários e por subconjuntos de questionários das diferentes unidades hospitalares, o instrumento demonstrou consistência interna satisfatória, com alfa de Cronbach 0,88 para o instrumento e entre 0,76 e 0,94 para as unidades hospitalares. A correlação de Pearson identificou moderada associação de sofrimento moral no cotidiano de trabalho dos enfermeiros. **Conclusão:** o *Moral Distress Scale Revised* – versão brasileira é um instrumento válido e fidedigno para ser utilizado na avaliação de sofrimento moral de enfermeiros brasileiros, contemplando diferentes unidades de trabalho.

Descritores em português: Moral; Enfermagem; Ética em Enfermagem; Estudos de Validação.

Descritores em inglês: Morale; Nursing; Ethics, Nursing; Validation Studies.

Descritores em espanhol: Moral; Enfermeros; Estudios de Validación; Ética en Enfermería.

¹ Artigo a ser encaminhado para a Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE). Normas disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/rlae/pinstruc.htm#002>

Introdução

No cenário hospitalar, o trabalho pode conferir satisfação quando é permitido ao trabalhador o desenvolvimento de suas potencialidades, de modo a culminar no reconhecimento profissional ou na possibilidade de insatisfação quando ocorre uma falha entre as expectativas do trabalhador e a realidade imposta pelas organizações de trabalho. Nesse sentido, o trabalho, que é fonte de prazer, ao mesmo tempo pode implicar em sofrimento, em maior ou menor intensidade⁽¹⁾.

Nos ambientes de saúde, o enfermeiro é responsável pela coordenação do trabalho dos demais profissionais de enfermagem, pelo planejamento e organização do mesmo, de forma a assegurar condições adequadas à assistência prestada aos pacientes, que necessitam constantemente realizar trocas de saberes com os profissionais de saúde, do respeito aos seus direitos e da permanente necessidade de reconhecimento da sua condição humana, reforçando o premente compromisso dos enfermeiros que atuam em unidades hospitalares⁽²⁾.

O sofrimento moral é comum na prática clínica, sendo verificado principalmente por enfermeiros, já que o cuidado em saúde constitui-se em uma atividade inerentemente moral, que abrange múltiplos atores, incluindo pacientes, familiares, acadêmicos dos cursos da saúde, médicos e demais profissionais de saúde⁽³⁾. Ocorre quando o enfermeiro sente-se impedido de agir conforme seus conhecimentos ou aquilo que considera eticamente correto, havendo uma dissonância cognitivo-emocional⁽³⁾, podendo também, ser ocasionado por situações relacionadas a natureza das atividades realizadas, desrespeito aos direitos dos pacientes ou por conflitos no ambiente de trabalho⁽⁴⁻⁵⁾.

Destaca-se que quando o profissional está em sofrimento moral, suas ações de cuidado podem refletir os problemas morais vivenciados, interferindo de forma negativa no potencial de saúde dos pacientes, resultando em baixa qualidade do cuidado prestado, descontentamento profissional, ausência de advocacia em saúde, burnout e, até mesmo, no abandono da profissão⁽⁶⁾. Destacam-se ainda uma série de transtornos pessoais que implicam em falta de paciência, irritabilidade, dificuldade de concentração dentre outros transtornos físicos e psicológicos⁽⁷⁻⁸⁾.

A abordagem desse fenômeno serve como ensejo para reflexão e possível enfrentamento de problemas éticos, cuja complexidade de fatores envolvidos ainda assolam os ambientes de saúde⁽⁶⁾. Dessa forma, torna-se fundamental a utilização de um instrumento capaz de identificar a intensidade e frequência de sofrimento moral entre enfermeiros que trabalham em diferentes unidades hospitalares⁽⁴⁾.

Para tanto, o instrumento Moral Distress Scale Revised (MDS-R) foi desenvolvido para ser aplicado em estudos quantitativos, objetivando avaliar o sofrimento moral entre enfermeiros e médicos⁽⁴⁾. O instrumento foi elaborado e validado no sudeste dos Estados Unidos com uma amostra de 323 profissionais de saúde, compreendendo questões que englobam situações reais de sofrimento moral atreladas a assistência ao paciente, dilemas éticos relacionados à instituição de trabalho; relação de trabalho com médicos, enfermeiros e estudantes de medicina; envolvimento de pacientes e familiares nos cuidados em saúde; situações de risco aos pacientes; prolongamento da vida e despreparo profissional⁽⁴⁾.

No Brasil, já existem estudos quantitativos e qualitativos que abordam o sofrimento moral nos diferentes contextos de trabalho do enfermeiro, no entanto, uma escala reduzida para avaliação do sofrimento moral ainda inexistente na língua portuguesa⁽⁶⁾. Destaca-se a necessidade de instrumentos específicos e compactos para verificação de fenômenos vivenciados pelos enfermeiros, capazes de identificar de forma pontual as principais causas de sofrimento moral.

Assim, esse estudo justifica-se pela necessidade de validar para a língua portuguesa um instrumento capaz de identificar a frequência e a intensidade em que o sofrimento moral se faz presente para os enfermeiros em diferentes contextos de saúde, contribuindo para orientar as práticas éticas em saúde e ampliar as bases para pesquisa nessa área. Logo, objetivou-se *adaptar culturalmente e validar o instrumento Moral Distress Scale Revised para enfermeiros brasileiros*.

Método

Estudo quantitativo, transversal analítico. Realizou-se a adaptação cultural do instrumento MDS-R segundo recomendações da literatura científica internacional⁽⁴⁾ e sua validação para utilização no contexto brasileiro, envolvendo a tradução e retrotradução dos itens da versão original do instrumento em inglês para o português do Brasil, sua validade de face e conteúdo⁽⁹⁾, bem como a descrição das propriedades psicométricas relacionadas a sua validade e confiabilidade através do alfa de *Crombach*.

A análise de intensidade e frequência de sofrimento moral é verificada através da realização de dois procedimentos, primeiramente de multiplicação de intensidade e frequência individualmente com cada questão e posteriormente a soma geral da pontuação obtida na primeira etapa.

A associação entre as questões do instrumento e as unidades hospitalares é realizada

por meio da correlação de Pearson. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (parecer 97/2013).

Instrumento original

O MDS-R original é composto por 21 questões operacionalizadas em escala do tipo Likert de cinco pontos, incluindo uma gama de frequências de 0 (nunca) a 4 (muito frequentemente) e faixa de intensidade de 0 (fraca) a 4 (elevada). Contempla em suas questões, situações eticamente controversas atreladas a assistência ao paciente, envolvendo dilemas éticos que permitem identificar a frequência de sofrimento moral e sua intensidade nos diferentes profissionais de saúde⁽⁴⁾.

O sofrimento moral é verificado através dos valores atribuídos na escala de Likert através da realização de dois procedimentos. Primeiro a frequência é multiplicada pela intensidade (FXI) cuja pontuação obtida por questão pode variar de 0 a 16, sendo que quanto mais elevado o escore maior é o sofrimento identificado por questão⁽⁴⁾. Em segundo lugar, o índice de sofrimento moral global é identificado através da soma total da pontuação obtida de (FXI) de cada item nas 21 questões, resultando em uma escala de 0 a 336, visto que quanto maior o escore, maior é o sofrimento moral vivenciado⁽⁴⁾.

Adaptação cultural: validação de face e conteúdo do instrumento

Para adaptar culturalmente a escala MDS-R, foram seguidas seis etapas mediante diretivas internacionais que visam à adequação completa do instrumento por meio da adaptação semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o adaptado. Essas seis etapas são caracterizadas por: tradução inicial; síntese das traduções; backtranslation; comitê de especialistas; pré-teste; e, revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores⁽⁹⁾.

Na primeira etapa, tradução inicial, o instrumento foi enviado a dois tradutores bilíngues independentes para realizar a tradução do inglês para o português. Um tradutor estava ciente dos objetivos e conceitos utilizados na escala, já o outro desconhecia qualquer informação referente aos objetivos e temática do instrumento, de forma em que não houvesse trocas de informações entre si⁽⁹⁾.

Após, foi elaborada uma versão final (síntese) das duas traduções contendo as

discrepâncias verificadas e suas resoluções, para posterior submissão ao processo de backtranslation, em que a versão síntese foi submetida a uma retro tradução para a versão original em inglês por outros dois tradutores⁽⁹⁾. Ambos os tradutores não foram informados quanto ao conteúdo e objetivos do instrumento, com a finalidade de evitar significados equivocados. Após a compilação dos dois documentos resultantes da backtranslation, foi realizada a versão retrotraduzida do instrumento⁽⁹⁾.

A versão retrotraduzida foi enviada a um comitê de especialistas, composto por quatro professores doutores em enfermagem com ampla experiência na temática. Foram avaliadas as equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual, bem como a validade de face da escala, aprovando-a para ser utilizada no pré-teste, desenvolvendo a versão pré-final do instrumento⁽⁹⁾. A versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada em uma amostra de 30 enfermeiros estudantes dos cursos de mestrado e/ou doutorado em Enfermagem de uma universidade pública do sul do Brasil, constituindo-se num pré-teste.

O pré-teste visou garantir a validade de conteúdo da escala, tendo por objetivo confirmar se os seus itens representam o conteúdo que se desejou analisar. A escala foi aplicada de forma individual para que cada participante relatasse suas dificuldades e facilidades no seu preenchimento e possíveis sugestões e modificações na redação das questões, caso necessário⁽⁹⁾. Nenhuma alteração foi realizada após aplicação do pré-teste.

O último estágio realizado após a finalização do pré-teste teve por objetivo realizar a revisão do processo de adaptação, em que os pesquisadores realizaram as adequações necessárias na escala, visando facilitar sua compreensão e viabilização na amostra selecionada assegurando a consistência do conteúdo⁽⁹⁾. Com isso, a versão final da MDS-R versão brasileira foi considerada aprovada para aplicação no contexto brasileiro.

Local e participantes do estudo

A aplicação da versão final do instrumento de coleta de dados foi realizada em duas instituições hospitalares “H1” e “H2”, localizadas em um município do sul do Brasil. A primeira instituição, intitulada “H1”, é caracterizada como um hospital universitário público que presta atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde (SUS) nas áreas de Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica, Clínica Ginecológica, Clínica Cirúrgica, Traumatologia, UTI adulto e neonatal. Nele atuam 61 enfermeiros que trabalham em sua

maioria como servidores públicos concursados (Regime Jurídico Único) e funcionários contratados pelo regime celetista, cumprindo carga horária semanal de 30h.

A instituição “H2” caracteriza-se como uma entidade filantrópica, atendendo a pacientes do SUS, de convênios e particulares. Compõe-se de três unidades hospitalares: hospital geral, hospital de cardiologia e oncologia e hospital psiquiátrico. A equipe de Enfermagem é composta por 174 enfermeiros, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com carga horária de 36h ou 40h semanais, de acordo com os locais de atuação.

A seleção dos participantes ocorreu por meio de amostragem não probabilística por conveniência⁽¹⁰⁾, desse modo, todos enfermeiros atuantes nas referidas instituições que se encontravam em seus locais de atuação durante o período de coleta de dados foram convidados a participar da pesquisa, desde que atendessem aos critérios de inclusão/exclusão⁽¹⁰⁾. Foram critérios de inclusão: ser enfermeiro, atuar profissionalmente nos hospitais selecionados, atuar a mais de seis meses na instituição por acreditar ser este um tempo necessário para adaptação às rotinas e organização. Foram critérios de exclusão: estar ausente do local de trabalho no momento de coleta de dados devido a férias, paralisação, afastamento ou licença, ser profissional de contrato temporário.

Para seleção do tamanho amostral, adotou-se uma fórmula específica, que objetivou estimar o mínimo tamanho amostral para que fosse possível a realização de determinados procedimentos estatísticos⁽¹¹⁾. Conhecendo previamente a população das duas instituições, composta por 235 enfermeiros e aplicando-se a fórmula, chegou-se ao número mínimo de 145 informantes. Sendo assim, na tentativa de selecionar o maior número de participantes possíveis para obtenção de uma margem de segurança, chegou-se ao número de 157 enfermeiros.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses agosto e setembro de 2015. Para aplicação do instrumento de coleta de dados, foram realizadas como procedimento de entrega visitas às unidades das instituições, de forma que os enfermeiros fossem convidados a participar do estudo no próprio local e turno de trabalho. Após os procedimentos relacionados aos aspectos éticos, os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em um envelope de papel pardo, sem identificação, e recolhidos logo após seu preenchimento, conforme agendamento.

Validação de constructo do instrumento

Após a aplicação do instrumento na amostra selecionada, foram realizados testes estatísticos através do software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 23.0. Buscou-se verificar se a versão brasileira da escala conseguiu medir o fenômeno estudado com clareza e confiabilidade, permitindo alcançar os objetivos propostos. Para isso, após a aplicação dos questionários, foi verificado o alfa de *Cronbach* para garantir a fidedignidade do instrumento⁽¹²⁾.

Foi realizada a sumarização dos dados através da análise de intensidade e frequência de sofrimento moral por questão nos 157 questionários e por subconjuntos de questionários nas diferentes unidades hospitalares, identificando fatores comuns no contexto do trabalho com base na média das respostas⁽¹²⁾. Através da análise de correlação de Pearson, foi possível correlacionar ao nível de 99% a vivência de sofrimento moral no cotidiano de trabalho com as 21 situações apresentadas no instrumento.⁽¹²⁾

Resultados

No que se refere à validade de face da escala, o comitê de especialistas indicou consenso entre todos os itens, avaliando-os como pertinentes e assegurando sua coerência semântica, cultural, idiomática e conceitual. Houve compreensão de todos os itens da maneira como estes foram formulados, de modo que as questões sofreram poucas modificações, limitando-se a sua forma de escrita.

Na questão 14, “Aumentar a dose de sedativos/narcóticos para um paciente inconsciente que eu acredito que irá acelerar sua morte”, foi sugerido à reformulação da frase, adaptando-a de acordo com as atribuições do enfermeiro, tendo em vista que o termo apresentado se refere a uma atribuição médica. Desse modo à questão 14 foi proposta da seguinte forma: “Administrar uma dosagem de sedativos/narcóticos em um paciente inconsciente quando acredito que isso irá apressar a sua morte”.

Outra sugestão acatada foi acrescentar junto às instruções de preenchimento do instrumento uma breve definição do termo sofrimento moral com base na literatura. No que tange ao título da escala em português, essa foi intitulada “Escala de Sofrimento Moral Revisada para Enfermeiros” ou “*Moral Distress Scale Revised (MDS-R)*- versão brasileira” (MDSR-VB).

Após a avaliação do comitê de especialistas e realização do pré-teste, o instrumento já adaptado culturalmente foi aplicado na amostra selecionada para validação do instrumento e obtenção de seus resultados psicométricos. Em relação aos dados sociodemográficos da amostra estudada, obteve-se um total de 157 enfermeiros distribuídos entre H1(33,1%) e H2 (65%), verificando-se que a maioria dos participantes é do sexo feminino (88,5%), com uma média de 31,9 anos, sendo 22 anos a idade mínima e 58 anos a idade máxima obtida. A média de tempo de formação profissional foi de (5,5) anos enquanto que a média de atuação nos hospitais em estudo foi de (4,6).

No que se refere às unidades de trabalho, a Clínica de Internação Adulto representou a maior concentração de enfermeiros (23,6%), bem como a carga horária semanal de 36 horas (49,7%). Quanto à modalidade de atendimento nas unidades de trabalho, houve predomínio de ambas SUS e Particular/Convênio (46,5%). Ainda identificou-se a Graduação (49,7%) como a mais frequente titulação máxima dos enfermeiros, seguida de Especialização (39,5%). No que se refere à versão final do instrumento constituído originalmente por 21 questões, foi adotada uma questão para verificar a força de associação entre as questões já existentes q-22 “De forma geral, vivencio situações de sofrimento moral no meu cotidiano de trabalho”.

A fidedignidade do instrumento foi testada através do cálculo do alfa de Cronbach que apresentou valor 0,88 enquanto que os coeficientes das sete unidades se situaram entre 0,76 e 0,94. A Tabela 1 apresenta os escores médios dos 21 MDS-R itens da pesquisa e os escores médios das unidades de saúde.

TABELA 1 -Os 21 MDS-R itens da pesquisa e os escores médios das unidades de saúde

Situação	I (n=24)	II (n=37)	III (n=22)	IV (n=18)	V (n=22)	VI (n=10)	VII (n=24)
1. Proporcionar um cuidado inferior ao ideal devido à pressão dos gestores ou da instituição para reduzir custos.	3,96 (4,36)	5,08 (4,55)	6,05 (5,59)	2,67 (4,13)	4,23 (5,28)	5,90 (5,89)	2,96 (3,98)
2. Presenciar profissionais de saúde fornecendo “falsas esperanças” a paciente ou familiar.	3,13 (3,72)	3,46 (4,86)	5,27 (5,12)	2,17 (3,85)	2,91 (3,84)	4,00 (5,22)	1,71 (2,31)
3. Seguir os desejos da família para manter à vida, ainda que isso não seja o melhor interesse do paciente.	4,29 (5,92)	5,19 (5,08)	3,73 (5,51)	5,33 (5,33)	2,68 (4,25)	6,80 (4,70)	2,08 (3,17)
4. Iniciar ações de ressuscitação cardiorrespiratória quando acredito que elas apenas prolongarão a morte.	5,96 (5,69)	4,30 (4,66)	5,50 (5,30)	4,33 (4,52)	1,64 (2,61)	7,70 (5,71)	2,71 (4,76)
5. Atender a solicitação da família para não discutir a morte com um paciente terminal que questiona sobre o óbito.	4,50 (6,15)	4,16 (5,00)	3,50 (4,87)	1,61 (2,87)	4,23 (5,97)	5,40 (5,40)	1,63 (3,39)
6. Cumprir ordens médicas em relação a exames e tratamentos desnecessários.	5,42 (5,64)	5,76 (5,51)	5,91 (5,08)	6,33 (5,72)	5,82 (5,90)	9,40 (6,02)	4,42 (4,68)
7. Continuar a investir em uma pessoa com lesão irreversível que está sendo mantida em um ventilador quando ninguém tomará a decisão de não investir.	5,25 (5,78)	4,73 (5,05)	5,55 (4,93)	4,89 (5,07)	2,41 (4,17)	4,80 (4,56)	2,25 (3,81)
8. Evitar adotar medidas/notificar quando descubro que um colega médico ou enfermeiro cometeu um erro e não o relata.	3,42 (4,24)	3,16 (4,71)	4,55 (4,61)	1,83 (3,95)	3,95 (3,68)	2,40 (3,09)	3,00 (4,21)
9. Participar de um procedimento com um médico que está proporcionando cuidados inadequados.	3,17 (4,66)	2,89 (3,52)	5,05 (4,60)	1,28 (1,63)	3,68 (4,21)	3,30 (3,16)	2,67 (3,11)
10. Ser obrigado a cuidar de pacientes os quais não me sinto qualificado para prestar assistência.	3,08 (5,07)	3,32 (4,61)	4,45 (4,56)	1,44 (2,59)	3,59 (4,50)	4,40 (3,92)	3,46 (4,06)

11. Deixar estudantes de medicina conduzir procedimentos dolorosos em pacientes somente para incrementar suas habilidades.	4,88 (5,78)	3,49 (5,27)	5,68 (5,59)	3,44 (3,65)	4,14 (5,10)	6,60 (6,04)	3,46 (4,29)
12. Proporcionar medidas terapêuticas que não aliviem o sofrimento do paciente porque o médico supõe que o aumento da dosagem de medicação contra a dor possa causar o óbito.	3,83 (4,86)	2,68 (3,79)	3,82 (5,14)	0,89 (1,07)	3,32 (4,19)	3,60 (4,71)	2,88 (3,88)
13. Atender a solicitação do médico para não discutir o prognóstico do paciente com o paciente ou sua família.	3,88 (5,57)	4,57 (5,44)	4,41 (5,26)	5,94 (7,23)	4,36 (5,46)	4,60 (5,58)	1,38 (2,14)
14. Administrar uma dosagem de sedativos/narcóticos em um paciente inconsciente quando acredito que isso irá apressar a sua morte.	1,00 (2,60)	1,43 (2,44)	2,50 (3,87)	0,28 (0,95)	1,45 (1,92)	2,80 (5,09)	0,46 (0,93)
15. Não adotar medidas sobre uma questão ética observada porque o membro da equipe que estava envolvido solicitou que não fizesse nada.	2,67 (4,13)	1,27 (2,58)	2,82 (4,45)	1,72 (3,73)	1,73 (2,58)	2,80 (1,87)	0,96 (2,01)
16. Atender os desejos dos familiares mesmo quando não concordo com eles, fazendo isso por causa do medo de uma queixa profissional.	2,04 (4,16)	2,30 (3,96)	2,73 (3,58)	0,44 (0,61)	0,86 (1,67)	2,70 (5,03)	1,42 (3,38)
17. Trabalhar com enfermeiros ou outros profissionais de saúde (com exceção dos médicos) que não possuem a qualificação para exercer os cuidados que o paciente exige.	5,00 (6,19)	3,62 (4,29)	6,41 (5,47)	2,50 (3,33)	5,86 (5,75)	6,10 (5,50)	3,33 (3,57)
18. Ignorar situações de suspeita de maus tratos ao paciente por parte dos familiares/cuidadores.	1,88 (3,56)	1,38 (2,72)	3,36 (3,71)	0,11 (0,47)	2,09 (4,19)	2,20 (2,93)	1,62 (2,71)
19. Ignorar as situações nas quais os pacientes não são devidamente informados para garantir o consentimento esclarecido.	1,00 (1,81)	1,38 (2,54)	3,68 (3,99)	0,28 (0,95)	2,59 (3,78)	2,70 (2,94)	2,08 (4,11)
20. Observar prejuízos no cuidado ao paciente por falta de condições para manter continuidade no tratamento.	3,50 (4,39)	3,08 (4,25)	5,23 (5,58)	2,67 (5,01)	3,18 (3,43)	5,10 (3,81)	2,96 (4,25)
21. Trabalhar com profissionais de enfermagem ou outros profissionais da saúde que considero inseguros.	5,54 (5,27)	4,97 (5,52)	7,59 (6,16)	4,11 (5,34)	7,68 (6,15)	5,70 (4,49)	4,75 (3,76)

Médias e (desvio padrão) verificados em: **I**= Emergência; **II**= Clínica de Internação Adulto; **III**= Clínica de Internação Materno Infantil; **IV**= UTI Neonatal/Adulto; **V**= Centro Cirúrgico; **VI**= Administrativo; **VII**= Outras.

Em sua versão final, o instrumento foi interpretado com base nas situações de sofrimento moral que obtiveram as maiores médias de intensidade e frequência, entre os enfermeiros atuantes em diferentes Unidades Hospitalares, classificadas em ordem de relevância, representado pela Tabela 2.

Tabela 2- Situações mais comuns de Sofrimento Moral identificadas pelos enfermeiros de acordo com a Unidade Hospitalar

Situação	I	C	II	C	III	C	IV	C	V	C	VI	C	VII	C
Iniciar ações de ressuscitação cardiorrespiratória quando acredito que elas apenas prolongarão a morte.	5,96 (5,69)	1 ^a	4,30 (4,66)	7 ^a	5,50 (5,30)	8 ^a	4,33 (4,52)	5 ^a	1,64 (2,61)	19 ^a	7,70 (5,71)	2 ^a	2,71 (4,76)	10 ^a
Trabalhar com profissionais de enfermagem ou outros profissionais da saúde que considero inseguros.	5,54 (5,27)	2 ^a	4,97 (5,25)	4 ^a	7,59 (6,16)	1 ^a	4,11 (5,34)	6 ^a	7,68 (6,15)	1 ^a	5,70 (4,49)	7 ^a	4,75 (3,76)	1 ^a

Cumprir ordens médicas em relação a exames e tratamentos desnecessários.	5,42 (5,64)	3 ^a	5,76 (5,51)	1 ^a	5,91 (5,08)	4 ^a	6,33 (5,72)	1 ^a	5,82 (5,90)	3 ^a	9,40 (6,02)	1 ^a	4,42 (4,68)	2 ^a
Continuar a investir em uma pessoa com lesão irreversível que está sendo mantida em um ventilador quando ninguém tomará a decisão de não investir.	5,25 (5,78)	4 ^a	4,73 (5,05)	5 ^a	5,55 (4,93)	6 ^a	4,89 (5,07)	4 ^a	2,41 (4,17)	16 ^a	4,80 (4,56)	10 ^a	2,25 (3,81)	12 ^a
Trabalhar com enfermeiros ou outros profissionais de saúde (com exceção dos médicos) que não possuem a qualificação para exercer os cuidados que o paciente exige.	5,00 (6,19)	5 ^a	3,62 (4,29)	9 ^a	6,41 (5,47)	2 ^a	2,50 (3,33)	10 ^a	5,86 (5,75)	2 ^a	6,10 (5,50)	5 ^a	3,33 (3,57)	5 ^a
Deixar estudantes de medicina conduzir procedimentos dolorosos em pacientes somente para incrementar suas habilidades.	4,88 (5,78)	6 ^a	3,49 (5,27)	10 ^a	5,68 (5,59)	5 ^a	3,44 (3,65)	7 ^a	4,14 (5,10)	7 ^a	6,60 (6,04)	4 ^a	3,46 (4,29)	4 ^a

C= Classificação da questão segundo ordem de relevância. Médias e (desvio padrão) verificados em: **I**= Emergência; **II**= Clínica de Internação Adulto; **III**= Clínica de Internação Materno Infantil; **IV**= UTI Neonatal/Adulto; **V**= Centro Cirúrgico; **VI**= Administrativo; **VII**= Outras.

Para determinação da força de associação entre as 21 questões do instrumento com o sofrimento moral, adotou-se a questão q-22 “De forma geral, vivencio situações de sofrimento moral no meu cotidiano de trabalho”, relacionando-a de forma individual com cada questão por meio da correlação de Pearson, conforme ilustrado na tabela 3.

Tabela 3- Correlação das 21 questões do instrumento com o sofrimento moral.

Questão	Leve, quase imperceptível	Pequena, mas definida	Moderada
Q01	,182*		
Q02	,180*		
Q04		,287**	
Q05		,209**	
Q06		,223**	
Q07	,181*		
Q08		,260**	
Q11	,174*		
Q12	,167*		

Q13	,311**	
Q14	,269**	
Q15	,355**	
Q16	,253**	
Q17	,279**	
Q19	,247**	
Q20	,390**	
Q21		,516**

* correlação em nível de 95%

** correlação em nível de 99%

Discussão

Em relação aos resultados apresentados, a aplicação da MDSR-VB em enfermeiros de duas instituições hospitalares foi capaz de identificar situações específicas de sofrimento moral para diferentes locais de trabalho, sinalizando a complexidade das questões éticas existentes nesses contextos clínicos. Com relação à confiabilidade do instrumento, os resultados obtidos representam índices bastante satisfatórios, especialmente quando comparados à validação do instrumento original⁽⁴⁾, garantindo dessa forma a fidedignidade do instrumento validado para estudos posteriores.

O alfa de *Cronbach* da MDS-R versão brasileira apresentou valor 0,88 para o instrumento. Esse resultado se assemelha ao MDS-R original, em que a consistência interna das 21 questões do instrumento medida pelo alfa de *Cronbach*, foi de 0,88 para o instrumento⁽⁴⁾. Em relação aos subconjuntos de questionários de acordo com as unidades de trabalho em que foram coletados, verificou-se que o alfa de *Cronbach* variou de 0,76 a 0,94.

Através dos resultados obtidos, tornou-se possível a organização dos dados através da classificação das questões em ordem de maior intensidade e frequência de sofrimento moral por unidade hospitalar, evidenciando-se que a questão q06: *Cumprir ordens médicas em relação a exames e tratamentos desnecessários* constituiu-se na questão de maior sofrimento moral percebida pelos enfermeiros (9,40), sendo identificada principalmente por aqueles que executam o trabalho administrativo. O resultado encontra-se consistente com o verificado na aplicação da MDS-R, que também obteve a maior média nessa questão como fonte de sofrimento moral⁽⁴⁾.

Nesse sentido, um estudo acerca do sofrimento moral em enfermeiros, salienta que questões relacionadas ao trabalho com médicos estão fortemente intrincadas com a necessidade do exercício de poder nas tomadas de decisão dos enfermeiros, fazendo com que ajam muitas vezes de maneira inversa às suas crenças e valores, desencadeando sensação de

impotência na presença de médicos, ocultando seus reais conhecimentos, de modo a desenvolver conflitos internos e possível perda da identidade profissional⁽¹³⁾.

Além disso, destaca-se que enfermeiros que desenvolvem suas atividades em cargos administrativos constantemente deparam-se com alterações nas políticas que regem os cuidados em saúde, podendo resultar em um aumento do número de normas jurídicas e institucionais cada vez mais complexas, orientações clínicas, protocolos, forte ênfase na prestação de contas, número de pessoal inadequado e pressão de trabalho constante, vinculado as exigências sociais cada vez mais elevadas, associando-se diretamente a incidência do sofrimento moral⁽⁸⁾.

Destaca-se que é uma responsabilidade do profissional em cargo administrativo avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar/determinar encargos ou atribuições quando houver segurança no desempenho da atividade para si e para os pacientes assistidos. Tal dado evidencia que é relevante um maior aprofundamento nas questões contidas no Código de Ética de Enfermagem. O mesmo serve como base que ampara o exercício da profissão encorajando a tomada de decisão ética, auxiliando na desmistificação da cultura de seguimento de condutas ou regras da hegemonia médica⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Outra situação ilustrada na questão q-4: *Iniciar ações de ressuscitação cardiorrespiratória quando acredito que elas apenas prolongarão a morte*, mostrou-se relevante principalmente nas Unidades de Emergência (5,96), em que os enfermeiros encontraram-se mais suscetíveis ao sofrimento moral. Dado semelhante foi encontrado no estudo MDS-R em que a mesma questão destacou forte sofrimento moral em Médicos e Enfermeiros, com índices de frequência e intensidade bastante similares entre essas categorias profissionais, culminando em um impacto negativo na satisfação no trabalho⁽⁴⁾.

Em consonância com os achados desta pesquisa, estudos nacionais e internacionais identificaram níveis elevados de sofrimento moral em enfermeiros que participaram de situações marcadas pela dor e sofrimento de pacientes que foram submetidos a cuidados de prolongamento da vida, sem evidência de sucesso^(6,8,15-19). Nesse sentido os profissionais desencadearam sentimentos de incapacidade ao desenvolver suas ações e de violação de seus princípios éticos, o que denota situação de grande vulnerabilidade emocional⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Tendo em vista que tratamentos tidos como desnecessários podem provocar o sofrimento moral, se faz necessário incitar o exercício da autonomia do enfermeiro, que pode ganhar força por meio da comunicação efetiva e harmonização em seus espaços de trabalho⁽²⁰⁾. Em um estudo com trabalhadores de enfermagem situados no extremo sul do Brasil⁽¹⁷⁾, a obstinação terapêutica foi identificada como fonte de sofrimento moral,

destacando-se que a iniciativa de ações como reuniões entre a equipe e maior abertura ao diálogo com chefias e instituição, podem ser verificadas como grandes aliadas no que tange ao enfrentamento de questões de conflitos éticos, o que possibilita maior problematização e manifestação das dificuldades vivenciadas⁽¹⁷⁾.

Por meio da análise de correlação de Pearson, obteve-se valores entre 0,18- 0,51, situando a maior parte das questões no nível *correlação pequena mas perceptível*. Foi possível identificar uma questão em nível de *correlação moderada* com o sofrimento moral, destacando-se a questão q-21 *Trabalhar com profissionais de enfermagem ou outros profissionais da saúde que considero inseguros*. Assim, o sentimento de responsabilidade por parte dos enfermeiros em manter o bom funcionamento da equipe eleva a necessidade em oferecer segurança aos pacientes, protegendo-os contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer profissional de saúde⁽¹⁴⁾.

Estudos com enfermeiros atuantes em contextos hospitalares de diferentes países identificaram que trabalhar com profissionais de saúde considerados inseguros, demarcam forte influência para vivência de sofrimento moral, conferindo maior inabilidade para tomada de decisão^(6,16-20). Como principal característica negativa percebida no contexto de trabalho foi destacada a falta de habilidade ou competência técnica e científica indispensável para execução de atividades específicas em saúde⁽¹⁶⁾. Sendo assim, a possibilidade de existência de um impacto negativo na qualidade de atendimento pode desestruturar a essência do cuidado, tornando-se um desafio ético em alerta⁽¹⁹⁾.

Desse modo, é imperativo o constante aprimoramento dos conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais em benefício da população assistida e ao próprio avanço da profissão, bem como o desenvolvimento de uma abordagem mais pragmática ao lidar com situações de sofrimento moral^(14,20). Além disso, apesar das variações de frequência e intensidade nas diferentes unidades de saúde, o que fica evidente é que o sofrimento moral pode ocorrer em múltiplos ambientes clínicos⁽¹⁹⁾, sendo de vital importância o reconhecimento e aperfeiçoamento do exercício da autonomia dos enfermeiros em suas atribuições em saúde, especialmente quando valores éticos estão sendo comprometidos.

Conclusão

Os resultados encontrados evidenciam que o Moral Distress Scale Revised - versão brasileira se constitui em um instrumento capaz de avaliar as situações de sofrimento moral entre enfermeiros, contribuindo para a compreensão de relação entre a natureza do trabalho e

as situações de conflitos éticos envolvidos. A validação da versão em português do instrumento apresenta-se como uma importante tecnologia, obtendo indicadores das potenciais situações que provocam sofrimento moral, fornecendo recursos relevantes para os enfermeiros no contexto brasileiro.

Como limitações do estudo, destaca-se que ele foi conduzido em uma pequena amostra de enfermeiros atuantes em dois hospitais de uma cidade do sul do Brasil, não sendo possível a generalização dos resultados. Destaca-se a necessidade em realizar outros estudos sobre sofrimento moral na enfermagem em diferentes contextos, de modo a contribuir para a transformação da realidade e aprimoramento do comportamento ético, mediante melhor enfrentamento de situações do ambiente de trabalho.

Referências

1. Kessler AI, Krug SBF. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33 (1): 49-55.
2. Santos LGS. et al. Prazer e Sofrimento no Exercício Gerencial do Enfermeiro no Contexto Hospitalar. *Escola Anna Nery.* 2013; 17 (1): 97-103.
3. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
4. Allen R, Cohn TJ, Velasco R, et al. Moral Distress Among Healthcare Professionals at a Health System. *JONAS Healthc Law Ethics Regul.* 2013 Jul-Sep; 15(3):111-8.
5. Berger JT. Moral Distress in Medical Education and Training. *Journal of General Internal Medicine.* 2014 Feb; 29,(2):395-398.
- 6 Dalmolin GL, et al. Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem. *Rev. latinoam. enferm.* 2014; 22(1):35-42.
7. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o burnout. *Text Context Enferm.* 2012; 21(1):200-8.
8. Anke JE, Anneke L, Francke AS, Willems DL. Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire surveyOriginal. *Int. j. nurs. stud.* 2013; 50 (1): 100-108.
9. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of crosscultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;25(24):3186-91.
10. Appolinário F. *Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa.* 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.
11. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário.* Lisboa: Editora Sílabo; 2012.

- 12 GAYA, A. (col). Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed, 2008.
13. Barlem ELD, et al. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. Rev. latinoam. enferm. 2013; 21 spe: 79-87.
14. COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN N° 311/2007. Disponível em:
<http://www.portalcorenrs.gov.br/index.php?categoria=profissional&pagina=codigo-etica>
15. Harrowing JN, Judy MB. Moral distress among Ugandan nurses providing HIV care: A critical ethnography. Int. j. nurs. stud. 2010; 47: 723–731.
16. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Almeida AS. Características psicométricas da moral distress scale em profissionais de enfermagem brasileiros. Texto & contexto enferm. 2014; 23 (3).
17. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem: quem vivencia maior sofrimento moral? Rev Esc Enferm USP 2014; 48 (3) :521-9.
18. Huffman DM, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. Crit Care Nurs Clin North Am. 2012;24(1):91-100.
19. Trautmann J, Epstein E, Rovnyak V, Snyder A. Relationships Among Moral Distress, Level of Practice Independence, and Intent to Leave of Nurse Practitioners in Emergency Departments. Adv. emerg. nurs. j. 2015; 37 (2): 134–145.
20. Barlem ELD, Lunardi VL, Tomaschewisk JG, Lunardi GL, Lunardi Filho WD, Schwonke CRGB. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(2):506-10.

5.2 ARTIGO 2

Advocacia em saúde e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares²

Objetivo: analisar a relação entre advocacia em saúde e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares. **Método:** estudo quantitativo, transversal analítico, realizado com 157 enfermeiros de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica. Utilizou-se como instrumentos de coleta de dados o *Moral Distress Scale Revised* – versão brasileira e o *Protective Nursing Advocacy Scale*- versão brasileira. Para análise dos dados utilizou-se de elementos da estatística descritiva, correlação de Pearson e análise de regressão linear. **Resultados:** identificou-se que o constructo *facilitadores do exercício da advocacia* obteve a maior média do instrumento, além disso, observou-se uma correlação com intensidade moderada, entre as variáveis *sofrimento moral* e *percepções que favorecem o exercício da advocacia*. Como preditores de sofrimento moral houve destaque para os constructos *Barreiras ao exercício da advocacia* e *Implicações negativas do exercício da advocacia*. **Conclusão:** as situações abordadas elucidam a complexidades de situações que envolvem o exercício da advocacia do paciente, muitas vezes responsáveis pela vivência de sofrimento moral evidenciado pelos enfermeiros atuantes em unidades hospitalares em seus diferentes contextos.

Descritores em português: Advocacia em Saúde; Moral; Enfermagem; Ética em Enfermagem;

Descritores em inglês: Health Advocacy; Morale; Nursing; Ethics, Nursing.

Descritores em espanhol: Defensa de La Salud; Moral; Enfermeros; Ética en Enfermería.

² Artigo a ser encaminhado para Revista da Escola de Enfermagem da USP. Normas disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>

Introdução

Nos ambientes de saúde, o enfermeiro é responsável pela coordenação do trabalho dos demais profissionais de enfermagem, pelo planejamento e organização das atividades de cuidado, de forma a assegurar condições adequadas à assistência prestada aos pacientes, que necessitam constantemente do saber dos profissionais de saúde, do respeito aos seus direitos e da permanente necessidade de reconhecimento da sua condição humana, reforçando o premente compromisso dos enfermeiros que atuam em unidades hospitalares⁽¹⁾.

Destaca-se que o desenvolvimento da clínica e das tecnologias em saúde, face às transformações socioculturais, científicas e legais, trazem implicações no favorecimento de práticas de enfermagem mais dinâmicas e versáteis, ao passo que a solução de problemas antes insolúveis coexiste com dilemas éticos cada vez mais complexos. Entre esses dilemas, destacam-se os relacionados à desigualdade de acesso à tecnologia e recursos de saúde, além do evidente descaso ao direito de autodeterminação dos pacientes, que exigem cada vez mais informações e controle sobre seus cuidados⁽¹⁾.

Nesta perspectiva, levando em consideração a filosofia da enfermagem, sua formação e posição no sistema de saúde, o exercício da defesa dos direitos e interesses dos pacientes está se tornando cada vez mais importante como parte integrante de seu trabalho, sendo descrita como um dever ético e legal, e mais recentemente, como um ideal para a prática da profissão, o que caracteriza o termo advocacia do paciente⁽²⁾.

A advocacia em saúde é um dos valores fundamentais na profissão de enfermagem, visto que pode auxiliar o enfermeiro a se tornar um profissional seguro e capaz de proteger a si mesmo, sua profissão e os pacientes sob seus cuidados⁽³⁾. Embora ainda não exista um conceito único, pode ser entendida como uma competência inerente à prática profissional, que tem como propósito auxiliar o paciente a se inteirar sobre seus direitos e escolhas, defender seus direitos e interesses, preservando sua segurança, privacidade e autonomia na tomada de decisões, garantindo a qualidade do cuidado e servindo como um intercessor entre o paciente e o ambiente de saúde⁽⁴⁾.

Apesar de outros profissionais de saúde defenderem seus pacientes, a enfermagem tem um papel de destaque no exercício da advocacia em saúde devido à relação de proximidade enfermeiro-paciente e ao maior tempo de permanência nas unidades de saúde. O enfermeiro encontra-se em uma posição única para o desenvolvimento das ações de advocacia em saúde

por possuir maior interação na relação terapêutica e maior envolvimento no quadro de saúde dos pacientes, o que facilita o esclarecimento dos objetivos do tratamento e a defesa de suas necessidades e desejos ⁽⁵⁾.

Ainda, quando os enfermeiros advogam para os pacientes, podem enfrentar uma série de obstáculos, relacionados à instituição, falta de apoio e rupturas das relações multiprofissionais no ambiente de saúde. Assim, ao agir como advogado em saúde, inúmeras barreiras podem surgir, enfraquecendo a confiança ao abordar os direitos, as escolhas ou a qualidade do atendimento dos pacientes ⁽⁶⁾.

Tais situações podem implicar na ocorrência de sofrimento moral, comum na prática clínica, verificado principalmente por profissionais enfermeiros, já que o cuidado em saúde constitui-se em uma atividade inerentemente moral, que abrange múltiplos atores, incluindo pacientes, familiares, acadêmicos dos cursos da saúde, médicos e demais profissionais de saúde ⁽⁷⁾. Ocorre quando o enfermeiro sente-se impedido de agir conforme seus conhecimentos ou aquilo que considera eticamente correto, havendo uma dissonância cognitivo-emocional ⁽⁷⁾, podendo também, ser ocasionado por situações relacionadas a natureza das atividades realizadas, desrespeito aos direitos dos pacientes ou por conflitos no ambiente de trabalho ⁽⁸⁻⁹⁾.

A necessidade de identificação da relação entre advocacia em saúde e sofrimento moral vivenciadas no cotidiano profissional de enfermeiros atuantes em unidades hospitalares justifica a realização deste estudo, uma vez que o não exercício da advocacia do paciente pode culminar na vivência de sofrimento moral, repercutindo no desenvolvimento das potencialidades destes profissionais, queda na qualidade do cuidado e até mesmo abandono dos ideais da profissão ⁽¹⁰⁾. Além disso, a relação referida se constitui numa lacuna na produção científica nacional e internacional, havendo necessidade de uma compreensão mais abrangente acerca da temática.

Diante do exposto, verifica-se que o conhecimento desse fenômeno e sua possível relação no cotidiano de trabalho são fundamentais para se repensar nas práticas profissionais de enfermagem e na adoção de possíveis ações que facilitem e preparem para o exercício da advocacia em saúde, favorecendo a execução de um cuidado ético, autônomo e humanizado. Diante do exposto, objetivou-se neste estudo *analisar a relação entre advocacia em saúde e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares*.

Método

Estudo quantitativo, transversal analítico, realizado com 157 enfermeiros de duas instituições hospitalares do sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica. A coleta de dados foi realizada entre os meses agosto e setembro de 2015. A seleção dos participantes ocorreu por meio de amostragem não probabilística por conveniência⁽¹¹⁾, desse modo, todos enfermeiros atuantes nas referidas instituições que se encontravam em seus locais de atuação durante o período de coleta de dados foram convidados a participar da pesquisa, desde que atendessem aos critérios de inclusão/exclusão⁽¹²⁾.

Foram critérios de inclusão: ser enfermeiro, atuar profissionalmente nos hospitais selecionados, e atuar a mais de seis meses na instituição, por acreditar ser este um tempo necessário para adaptação às rotinas e organização. Foram critérios de exclusão: estar ausente do local de trabalho no momento de coleta de dados devido a férias, paralisação, afastamento ou licença, ser profissional de contrato temporário.

Para seleção do tamanho amostral, adotou-se uma fórmula específica, que objetivou estimar o mínimo tamanho amostral para que fosse possível a realização de determinados procedimentos estatísticos⁽¹²⁾. Conhecendo previamente a população das duas instituições, composta por 235 enfermeiros e aplicando-se a fórmula, chegou-se ao número mínimo de 145 informantes. Sendo assim, na tentativa de selecionar o maior número de participantes possíveis para obtenção de uma margem de segurança, chegou-se ao número de 157 enfermeiros.

Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos operacionalizados em escalas tipo Likert de cinco pontos, o primeiro para analisar intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciada por enfermeiros no contexto hospitalar, por meio do instrumento *Moral Distress Scale Revised*, adaptado culturalmente e validado para enfermeiros brasileiros; e o segundo para analisar as ações e crenças dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente, *Protective Nursing Advocacy Scale*- versão brasileira⁽¹³⁾, adaptado culturalmente e validado para o contexto brasileiro.

Para aplicação dos instrumentos de coleta de dados, foram realizadas como procedimento de entrega visitas às unidades hospitalares, de forma que os enfermeiros fossem convidados a participar do estudo no próprio local e turno de trabalho. Após os procedimentos relacionados aos aspectos éticos, os instrumentos foram entregues diretamente aos participantes em um envelope de papel pardo, sem identificação, e recolhidos logo após seu preenchimento, conforme agendamento.

Após a coleta de dados foram realizados dois testes estatísticos para garantir a validade dos instrumentos, a análise fatorial para a sumarização dos dados através da identificação de fatores comuns entre as questões, agrupando-os em constructos através da média das respostas; e o alfa de Cronbach, que buscou avaliar o nível de confiabilidade dos instrumentos através da verificação de características contidas em cada grupo de questões, verificando se as questões incluídas nos questionários conseguiram medir de maneira consistente os fenômenos em questão. A normalidade dos dados foi atestada através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para analisar a correlação existente entre as variáveis quantitativas, sofrimento moral e advocacia, recorreu-se para o coeficiente de correlação linear de Pearson. Trata-se de um método de análise bivariada que analisa simultaneamente duas variáveis dependentes, medindo a intensidade da relação existente entre elas⁽¹⁴⁾. O segundo tipo de análise estatística realizada foi à multivariada através da regressão linear, buscando estabelecer relação entre os fatores de intensidade e frequência de sofrimento moral com a advocacia do paciente, através da análise de uma variável dependente com outras independentes. Para análise dos dados, utilizou-se o *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 23.0.

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (parecer 97/2013 do comitê de ética local).

Resultados

Na escala de sofrimento moral, mediante análise de frequência e intensidade por questão nos 157 questionários e por subconjuntos de questionários das diferentes unidades hospitalares, o instrumento demonstrou consistência interna satisfatória, com alfa de Cronbach 0,88 para o instrumento e entre 0,94 e 0,76 para as unidades hospitalares. Mantiveram-se as 21 questões do instrumento original e adotou-se para determinação da força de associação entre as questões do instrumento com o sofrimento moral, a questão q-22 “*De forma geral, vivencio situações de sofrimento moral no meu cotidiano de trabalho*”.

Já o instrumento Protective Nursing Advocacy- versão brasileira foi utilizado na avaliação das crenças e ações da advocacia do paciente de enfermeiros, constituído por 20 itens, dispostos em cinco construtos: *implicações negativas do exercício da advocacia, ações de advocacia, facilitadores ao exercício da advocacia, percepções que favorecem o exercício da advocacia e barreiras ao exercício da advocacia*. Mediante análise de componentes

principais, a questão q10 do instrumento original foi excluída por apresentar baixa carga fatorial, com autovalor menor que 0,500. O alfa de Cronbach do instrumento apresentou valor 0,78 enquanto que os coeficientes dos cinco constructos se situaram entre 0,70 e 0,87, ilustrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Análise Fatorial dos fatores de Advocacia do paciente. Rio Grande, RS, Brasil, 2015.

Constructos	Questões	Alfa (α)	média
Facilitadores ao exercício da advocacia	11, 12, 13, 14, 15	0,817	3,06
Implicações negativas do exercício da advocacia	1, 2, 3, 4, 5	0,832	1,78
Ações de advocacia	6, 7, 8, 9	0,833	2,69
Barreiras ao exercício da advocacia	18, 19, 20	0,708	1,40
Percepções que favorecem o exercício da advocacia	16, 17	0,701	2,94

A análise descritiva permitiu identificar que o constructo *facilitadores ao exercício da advocacia* apresentou a maior média do instrumento (3,06), evidenciando que características e competências dos enfermeiros favorecem o exercício da advocacia, bem como o comprometimento e maior dedicação à enfermagem.

O constructo *Percepções que favorecem o exercício da advocacia* apresentou a segunda maior média do instrumento (2,94), relaciona-se as percepções dos enfermeiros em relação à advocacia e aos cuidados prestados aos pacientes, que podem favorecer suas ações como advogado, principalmente no que tange a percepção de vulnerabilidade. Em seguida a dimensão *Ações de advocacia* (2,69), que indica ações multidimensionais de advocacia dos enfermeiros, como agir e falar em nome do paciente, variando de acordo com o contexto clínico.

O constructo *Implicações negativas do exercício da advocacia* obteve média de (1,78), em que consequências do exercício da advocacia são relevantes para os enfermeiros, podendo culminar em perda do emprego e até mesmo rotulações negativas formuladas por colegas de trabalho. Já o constructo *Barreiras ao exercício da advocacia* obteve a menor média (1,40), demonstrando que barreiras que dificultam ou impedem que os enfermeiros realizem seu fazer como advogado podem não ser percebidos suas atribuições.

O coeficiente de correlação de Pearson permitiu compreender a relação entre advocacia do paciente e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições

hospitalares, podendo resumir a intensidade de associação entre as variáveis “Sofrimento Moral” e “Advocacia do Paciente”, mensurando a possibilidade de que a variação em uma delas possa estar associada à variação da outra, com significância ao nível de 5%.

Nesse sentido, observou-se uma correlação com intensidade moderada, entre as variáveis “sofrimento moral” e “Percepções que favorecem o exercício da advocacia” (0,455) e correlação de intensidade pequena, mas definida entre a variável “sofrimento moral e “Implicações negativas do exercício da advocacia” (0,202); “Ações de advocacia” (0,294); “Facilitadores ao exercício da advocacia” (0,294) e “Barreiras ao exercício da advocacia” (0,231), evidenciando a existência de correlação entre o Sofrimento moral e Advocacia do paciente (tabela 2).

Tabela 2- Correlação dos constructos de advocacia do paciente com o sofrimento moral. Rio Grande, RS, Brasil, 2015.

Constructos	Pequena, mas definida	Moderada
Implicações negativas do exercício da advocacia	,202*	
Ações de advocacia	,294**	
Facilitadores ao exercício da advocacia	,294**	
Percepções que favorecem o exercício da advocacia		,455**
Barreiras ao exercício da advocacia	,231**	

* correlação em nível de 95% ** correlação em nível de 99%

Na avaliação dos efeitos dos cinco constructos relacionados à advocacia do paciente, foi utilizado o modelo de regressão, fixando como variável dependente a questão q-22 “De forma geral, vivencio situações de sofrimento moral no meu cotidiano de trabalho”. Os resultados identificaram relação de significância no nível de 5% em todos os constructos. O teste obteve com o coeficiente de determinação ajustado o valor de 0,84 representando um valor de 84% de explicação do Sofrimento Moral obtido a partir do instrumento utilizado.

A tabela 3 demonstra a percepção do Sofrimento Moral referido frente às cinco categorias obtidas, tendo como variável dependente a questão q-22.

Tabela 3 - Análise de Regressão da variável *q-22* com os constructos de advocacia do paciente Rio Grande, RS, Brasil, 2015.

VARIAVEL	BETA (β)	SIGMA (ρ)
Implicações negativas do exercício da advocacia	,165	,039*
Ações de advocacia	-,090	,278
Facilitadores do exercício da advocacia	,063	,500
Percepções que favorecem o exercício da advocacia	,126	,157
Barreiras ao exercício da advocacia	,211	,008*

*Nível de significância de 95%.

A ordem de influência para o sofrimento moral foi apresentada pelo índice Beta, demonstrando que a variável “Barreiras ao exercício da advocacia” gera maior impacto na percepção de sofrimento moral ($\beta = 0,211$), principalmente quando os enfermeiros enfrentam a realidade do sofrimento moral, fato destacado pela questão a18 “*Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (burnout) e/ou sofrimento moral*”, apresentada como maior preditor do sofrimento moral neste constructo ($\beta = 0,236$ ρ 0,009).

O constructo “Implicações negativas do exercício da advocacia” ($\beta = 0,165$) apresentou-se como a segunda situação de maior impacto sobre o sofrimento moral, destacando as questões a02 “Enfermeiros que falam pelos pacientes podem sofrer retaliações de seus empregadores” ($\beta = 0,224$ ρ 0,034) e a questão a04 “Enfermeiros que falam em nome de pacientes vulneráveis podem ser rotulados como perturbadores pelos empregadores” ($\beta = 0,187$ ρ 0,048).

Para determinação da força de associação entre sofrimento moral e as unidades de saúde em que ele mais se manifesta, adotou-se igualmente a questão *q-22* “De forma geral, vivencio situações de sofrimento moral no meu cotidiano de trabalho”, o que possibilitou verificar que enfermeiros que atuam na unidade Emergência obtiveram a maior média do instrumento (6,83), seguida da unidade administrativa (6,10).

Para identificar as unidades que afirmavam desenvolver mais ações de advocacia em saúde, fixou-se o constructo Ações de Advocacia como variável analisada frente às unidades de trabalho. A unidade de Emergência também apresentou a maior média de ações de advocacia em Saúde (2,75), seguida pelos enfermeiros administrativos (2,65). A tabela 4 apresenta a intensidade de sofrimento moral e as ações de advocacia apresentadas nas unidades de trabalho que compuseram a amostra deste estudo:

Tabela 4 – Média de intensidade de sofrimento moral e média das ações de advocacia apresentadas nas unidades de trabalho Rio Grande, RS, Brasil, 2015.

Unidade	Sofrimento moral (DP)	Ações de advocacia (DP)
Emergência/SPA	6,83 (6,45)	2,75 (1,03)
C. Internação Adulto	3,73 (4,34)	2,64 (0,91)
C. Internação Materno infantil	5,27 (5,03)	2,59 (1,15)
UTI adulto	3,67 (5,00)	2,61 (0,79)
Centro cirúrgico	5,55 (4,73)	2,62 (0,74)
Administrativo	6,10 (4,79)	2,65 (0,82)

Com o intuito de verificar a existência de possíveis diferenças na percepção das enfermeiras quanto às dificuldades para o exercício da advocacia em saúde, diferentes análises de variância foram realizadas, considerando os constructos de advocacia e as unidades de saúde: Emergência; Clínica de Internação Adulto; Clínica de Internação Materno Infantil; UTI Neonatal/Adulto; Centro Cirúrgico; Administrativo e Outras. Na existência de diferenças entre as percepções ao nível de 95%, foi realizado o teste de Duncan entre os subgrupos, de modo a identificar grupos homogêneos com cada uma das variáveis, cujas médias não apresentaram diferenças estatísticas significativas, (tabela 5).

Tabela 5 - Comparação entre as unidades hospitalares, para os constructos barreiras ao exercício e implicações negativas, Rio Grande, RS, Brasil, 2015.

Duncan alpha = .05	Barreiras ao exercício da advocacia		Implicações negativas do exercício da advocacia	
	1	2	1	2
Unidades Hospitalares				
Emergência	1,05*	-	1,61*	-
Clínica de Internação Adulto	1,17*	-	-	-
C. Internação Materno Infantil	-	-	-	2,30*
UTI Neonatal/Adulto	1,12*	-	1,57*	-
Centro Cirúrgico	-	1,98*	-	-
Administrativo	-	-	-	-
Outras	-	-	1,42*	-

*Nível de significância de 95%.

Podemos perceber, a partir da tabela 5, que em relação às barreiras ao exercício da advocacia, os enfermeiros que atuam na unidade de centro cirúrgico vivenciam maiores índices (1,98) formando um bloco isolado das demais categorias. Quanto as Implicações negativas do exercício da advocacia, percebemos que na unidade clínica de internação materno infantil demonstra índices mais elevados (2,30) ao passo que se distancia das percepções evidenciadas nas demais unidades em saúde que não apresentam diferenças significativas entre si.

Discussão

Conforme evidenciado nos resultados apresentados, o constructo *facilitadores do exercício da advocacia* obteve a maior média do instrumento, o que evidencia que os valores pessoais, características e competências dos enfermeiros são identificados como as principais fontes de apoio às ações de advocacia em saúde. Assim, as características dos enfermeiros podem repercutir em aspectos que influenciam o exercício da advocacia do paciente, principalmente quando os enfermeiros se mostram comprometidos em fornecer cuidado de qualidade e segurança aos pacientes⁽¹³⁾.

O comprometimento com os ideais da enfermagem potencializa a habilidade do enfermeiro em agir em prol do paciente, o que se aproxima dos resultados de um estudo acerca da ética dos cuidados na enfermagem, vista não como um conjunto de regras e princípios, mas como uma forma de ação prática que exige do enfermeiro qualidades morais relacionadas a atenção, responsabilidade, competência e capacidade de resposta, que facilitam a tomada de decisão através do comprometimento e disposição em agir em nome do paciente⁽¹⁵⁾.

Enfermeiros que apresentam maior confiança em suas ações são capazes de superar seus medos pessoais e responder adequadamente ao que uma situação que envolve problemas morais exige, já que se mostram dispostos em aceitar o compromisso moral de advogar pelos pacientes, estando devidamente qualificados para auxiliá-los por meio do esclarecimento de dúvidas e objetivos de tratamentos necessários^(15,16). Desse modo, a competência profissional fundamentada no conhecimento teórico e prático, aliado aos fundamentos do código de ética que regem a profissão orientam a prática, e a prestação de serviços necessários para a sociedade⁽¹⁶⁾.

O constructo *percepções que favorecem o exercício da advocacia* apresentou a segunda maior média do instrumento, assemelhando-se a um estudo com enfermeiros

hospitalares brasileiros que igualmente apresentaram destaque a este constructo, principalmente no que tange a percepção da vulnerabilidade do paciente⁽¹³⁾. Embora nem todos os pacientes sejam considerados vulneráveis, a combinação de doença, hospitalização e prognóstico negativo pode dificultar o ato de expressão plena de suas opiniões e escolhas, havendo necessidade da existência de um intermediador e diante do quadro o enfermeiro percebe-se como o profissional capaz de defendê-los, tendo por base suas crenças e valores⁽⁴⁾.

Destaca-se que situações de vulnerabilidade e risco à saúde dos pacientes impulsionam os enfermeiros a agirem como advogados em saúde, principalmente quando suas necessidades não parecem satisfeitas, ou ainda, quando a qualidade dos serviços diminui e quando os pacientes não recebem cuidados adequados⁽¹⁷⁾.

A dimensão *percepções que favorecem o exercício da advocacia* apresentou moderada relação com sofrimento moral em situações em que o enfermeiro não consegue efetuar suas ações de cuidado, fato que corrobora com a definição de sofrimento moral⁽⁷⁾ ao enfatizar que, quando o enfermeiro não consegue atuar como deveria, de acordo com seus princípios e valores, observa-se o desencadeamento do sofrimento moral, observado mediante sentimentos de impotência e incapacidade do profissional, especialmente em situações em que os pacientes não podem ou não conseguem, representar e proteger plenamente seus próprios direitos, desejos e necessidades^(13,16-17).

Para determinação da força de associação entre as unidades de saúde do instrumento de sofrimento moral, foi possível verificar que enfermeiros que atuam na unidade Emergência apresentam maior sofrimento moral, seguidos dos profissionais que atuam em atividades administrativas. A ocorrência de sofrimento moral em enfermeiros já foi identificada com maior ênfase na unidade de urgência emergência em outro estudo com enfermeiros brasileiros, destacando que sua origem associava-se a percepção de falhas em suas atribuições em prover uma assistência de qualidade, geralmente em decorrência das condições de superlotação, falta de espaço e privacidade dos pacientes⁽¹⁸⁾.

Ainda, destaca-se que enfermeiros que desenvolvem suas atividades em cargos administrativos apresentaram a maior média de sofrimento moral comparada as demais unidades, visto que constantemente deparam-se com alterações nas políticas que regem os cuidados em saúde, podendo resultar em um aumento do número de normas jurídicas e institucionais cada vez mais complexas, assim como diferentes necessidades de orientações clínicas, protocolos, forte ênfase na prestação de contas, número de pessoal inadequado e pressão de trabalho constante, vinculado as exigências sociais cada vez mais elevadas que culminam na maior incidência do sofrimento moral⁽¹⁹⁾.

Foi possível perceber que existe uma correlação entre *barreiras ao exercício da advocacia e sofrimento moral*, fato este pode ser explicado diante da ocorrência de confrontos vivenciados pelos enfermeiros ao desempenhar suas práticas éticas, reconhecendo-se impossibilitados de empreender determinadas ações, ou pressionados a exercer ações eticamente incorretas por erros de julgamento, falhas pessoais, ou mesmo fatores oriundos do ambiente de trabalho ^(20,21). Achado semelhante foi apresentado por um estudo que discorreu sobre as restrições organizacionais e relacionais no ambiente de saúde, demonstrando o sentimento de culpa e angústia vivenciados pelos enfermeiros, quando estes sentiam-se limitados ao defender de forma eficaz seus pacientes ⁽⁵⁾.

A ineficácia do exercício de advocacia vem sendo atribuída a questões de sofrimento moral e esgotamento profissional, caracterizado na literatura de enfermagem como um dos principais problemas éticos que afetam os enfermeiros em todos os sistemas de saúde, sendo retratado como uma ameaça à integridade profissional e a qualidade da assistência prestada. Estudos indicam que o sentimento de ineficácia, em que o enfermeiro identifica a não realização de uma ação que seria a mais correta a ser adotada, tem origem em dois conjuntos de fatores, um grupo formado pelos fatores internos, relacionado a conflito de valores, medo e falta de confiança; outro grupo formado por fatores externos, ligados a barreiras administrativas, jurídicas e sociais ^(10,20).

Foi possível verificar que em relação às barreiras ao exercício da advocacia, os enfermeiros que atuam na unidade de centro cirúrgico vivenciam maior índice de sofrimento moral relacionado a este constructo. Resultado semelhante foi identificado em um estudo com enfermeiros americanos, em que 87,8% dos enfermeiros que atuavam em tempo integral na unidade de clinica cirúrgica salientaram as barreiras no exercício de advocacia relacionadas à falta de poder frente as questões organizacionais e de identidade profissional, destacando a burocracia, as cargas de trabalho elevadas, as dificuldades de manejo das estruturas de gestão e a hierarquia médica ⁽⁶⁾.

Atuar em unidade de Centro Cirúrgico é considerado um desafio, por apresentar características de trabalho diferenciadas das demais unidades, em que o enfermeiro realiza a assistência ao paciente cirúrgico, além do suporte aos demais membros da equipe. Situações de sofrimento podem estar relacionadas ao próprio ambiente laboral, que se caracteriza como um setor fechado com sobrecarga de trabalho em proporção inadequada, turnos rotativos, risco biológico relacionado à manipulação de pacientes em período perioperatório e risco físico inerente ao uso de Raios-x nas salas cirúrgicas ⁽²²⁾.

A complexidade das relações humanas e de trabalho, autonomia profissional, grau elevado de exigência quanto às competências e habilidades, alta responsabilidade e planejamento de recursos humanos e materiais, acarretam ao longo dos anos desgaste físico, emocional e social ⁽²²⁾. No que tange as particularidades da unidade de clínica cirúrgica, sofrimento moral foi identificado em situações em que cuidados inadequados foram realizados por colegas de trabalho, tratamentos tardios, hospitalização prolongada, desrespeito às escolhas dos pacientes e fornecimento de informações incompletas ou imprecisas pela equipe médica. Além disso, a quantidade de elementos burocráticos envolvidos no setor de trabalho determinou um desequilíbrio na priorização de tarefas administrativas sobre a defesa dos direitos dos pacientes, visto que a falta de tempo dificulta a realização dos cuidados clínicos de forma eficiente^(4,6).

Outra relação importante de sofrimento moral e advocacia em saúde diz respeito às *implicações negativas do exercício da advocacia*, evidenciado em maior intensidade nos enfermeiros que atuam na clínica de internação materno infantil. A justificativa para esse achado pode ser atribuída a necessidade percebida pelos enfermeiros em advogar por pacientes considerados dependentes e vulneráveis e ao mesmo tempo deparar-se com o risco em assumir consequências negativas do exercício da advocacia⁽¹³⁾. Sob esse prisma, estudos destacam que as ações de advocacia, muitas vezes, deixam de ocorrer por estarem associadas com suas consequências negativas, como a possibilidade de recusa dos demais profissionais em atuarem coletivamente com o profissional defensor, a conferência de uma reputação/rotulação negativa, a situações de constrangimento moral, falta de apoio da instituição, retaliações advindas dos empregadores e até mesmo perda do emprego.

Na tentativa de reverter essa situação, destaca-se a necessidade dos enfermeiros em desenvolver a coragem moral para superação do medo de possíveis riscos punitivos relacionados às adversidades dos sistemas em saúde, de modo a influenciar os demais enfermeiros a exercer a advocacia do paciente ^(15,16). Verifica-se que quando o enfermeiro se encontra comprometido com seu exercício profissional e ao mesmo tempo respaldado nos princípios éticos de sua profissão, este sente-se mais seguro para agir com autonomia, gerenciando as questões conflitantes que permeiam o ambiente de trabalho ^(21,23).

Conclusões

As situações abordadas neste estudo permitem a reflexão sobre a atuação do enfermeiro como advogado do paciente e elucidam que as barreiras ao exercício da advocacia

e suas respectivas implicações negativas são preditores de sofrimento moral, tendo em vista a complexidade de situações peculiares a cada unidade hospitalar. Nessa perspectiva, o exercício da advocacia na enfermagem envolve julgamentos éticos constantes, compromisso profissional, avaliação contínua e respeito às necessidades dos pacientes de forma individualizada, valorizando a subjetividade de cada um.

Cumprir destacar, que embora os enfermeiros devam se comprometer com o desenvolvimento contínuo de suas capacidades para lidar com sofrimento moral, organizações de saúde e associações profissionais também precisam desenvolver iniciativas para a prevenção e resolução de sofrimento moral, tendo em vista sua complexidade e a necessidade do enfermeiro em desenvolver a advocacia em saúde como cerne de sua profissão.

Referências

1. Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *J Adv Nurs*. 2007;57(1):101-10.
2. Negarandeh R. et al. The meaning of patient advocacy for Iranian nurses. *Nurs Ethics*. 2008; 15 (4): 457-67.
3. Barlem ELD. et al. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. *Rev. latinoam. enferm*. 2013; 21 : 79-87.
4. Hanks RG. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2010;17(2):255-67.
5. Mahlin M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nurs. ethics*. 2010; 17 (2): 247-54.
6. Hanks RG. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. *Nurs Forum*. 2010;45(2):97-107.
7. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
8. Allen R, Cohn TJ, Velasco R, et al. Moral Distress Among Healthcare Professionals at a Health System. *JONAS Healthc Law Ethics Regul*. 2013; 15(3):111-8.
9. Berger JT. Moral Distress in Medical Education and Training. *Journal of General Internal Medicine*. 2014; 29,(2):395-398.
10. Barlem ELD. et al. Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. *Rev. latinoam. enferm*. 2013; 21 (1); 293:299.
11. Appolinário F. *Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa*. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.
12. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Editora Sílabo; 2012.

13. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Dalmolin GL, Ramos AM. Adaptação transcultural e validação do instrumento Protective Nursing Advocacy Scale para enfermeiros brasileiros. *Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(4):669-76.
14. Gaya A. Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed, 2008.
15. LaSala CA, Bjarnason, D. Creating Workplace Environments that Support Moral Courage. *Online j. issues nurs*. 2010; 15 (3).
16. Edmonson C. Strengthening Moral Courage Among Nurse Leaders. *Online j. issues nurs*. 2015; 20 (2).
17. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of na instrument to measuremoral distressin healthcare professionals. *AJOB Prim Res*. 2012; 3 (2): 1-9.
18. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o burnout. *Text Context Enferm*. 2012; 21(1):200-8.
19. Anke JE, Anneke L, Francke AS, Willems DL. Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire surveyOriginal. *Int. j. nurs. stud*. 2013 Jan; 50 (1): 100-108
20. Carnevale FA. Confronting moral distress in Nursing: recognizing nurses as moral agents. *Rev. bras. enferm*. 2013; 66, (spe).
21. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Ramos AM, Figueira AB, Fornari NC. Crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* · 2015; 49 (5): 811-818.
22. Jacques, J. P. B. et al. Geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem decentro cirúrgico. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*. 2015 ago; 36 (1): 25-32.
23. Gomes D, Ramos FRS. Ética e comprometimento do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil. *Interface comun. saúde educ*. 2014 Mar; 18 (49): 289-300.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta dissertação foram apresentados mediante a construção de dois artigos: o primeiro, intitulado “Adaptação cultural e validação do instrumento *Moral Distress Scale Revised* para enfermeiros brasileiros” e o segundo, intitulado “Advocacia do paciente e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares”. Ambos revelam que as situações associadas à ocorrência de sofrimento moral constituem uma problemática a ser discutida e repensada nos ambientes de saúde, uma vez que foram evidenciadas relações significativas entre as ações de advocacia do paciente e o sofrimento moral, principalmente quando levado em consideração as peculiaridades de cada unidade hospitalar.

As situações abordadas neste estudo ilustram que determinados contextos organizacionais e culturais possuem impactos negativos sobre os enfermeiros, que convivem constantemente com a necessidade em promover o bem estar e aumentar o acesso aos cuidados em saúde para os pacientes, principalmente diante da percepção de vulnerabilidade em situações de risco, ou ainda, quando a qualidade dos serviços diminui e os pacientes não recebem os cuidados adequados. Paralelamente à necessidade em desenvolver ações de advocacia, existem situações que impedem ou mesmo dificultam essas ações, o que por vezes fragmenta a identidade profissional do enfermeiro, que ao se sentir limitado, vivencia o sofrimento moral.

Assim, o envolvimento dos enfermeiros na advocacia dos pacientes, quando não efetiva, resultou em moderada vivência de sofrimento moral, principalmente no que tange a percepção de ineficácia diante de problemas morais. Como principais preditores do sofrimento moral, destacaram-se as barreiras ao exercício da advocacia e suas possíveis implicações negativas, com consequências significativas para o profissional, com destaque para possibilidade de rotulações negativas, perda do emprego e retaliações advindas de seus empregadores.

Desse modo, emerge a necessidade de constantes questionamentos e reflexões dos enfermeiros em como gerenciar de forma efetiva as barreiras e implicações verificadas, tendo em vista manter a qualidade do cuidado e satisfação profissional. De forma geral, enfermeiros atuantes nas unidades de Emergência e Administrativo vivenciaram com maior intensidade e frequência sofrimento moral em seus cotidianos de trabalho, o que pode ser justificado por meio do envolvimento com diferentes fontes de sofrimento atribuído às diferentes situações de atendimento, especialmente mediante a evidência de exames e tratamentos desnecessários,

falta de materiais, sobrecarga de atividades, excesso de legislações e normas e rotinas inflexíveis.

Foi possível verificar ainda a competência profissional como um facilitador ao exercício da advocacia, o que evidencia comprometimento em suas ações ao passo que trabalhar com profissionais inseguros demarcou moderado sofrimento moral. Assim, o sentimento de responsabilidade por parte dos enfermeiros em manter o bom funcionamento da equipe eleva a necessidade em oferecer segurança aos pacientes, já que quando o enfermeiro se encontra comprometido com seu exercício profissional, se sente mais seguro para agir com autonomia e preparado para gerenciar as questões conflitantes que permeiam o ambiente de saúde, instigando no profissional a coragem em conservar e defender suas crenças, mesmo que diante de represálias.

Os resultados encontrados exigem reflexões em relação aos cuidados de saúde específicos de advocacia e suas repercussões negativas, uma vez que as influências desse fenômeno ultrapassam consequências pessoais e relacionais no trabalho, impactando também na qualidade do atendimento aos pacientes. Sendo assim, é importante compreender que existe relação entre advocacia do paciente e sofrimento moral, o que nos incita a fazer um feedback sobre a qualidade das práticas profissionais e como as instituições de saúde respondem a isso.

Cabe destacar que embora os enfermeiros devam se comprometer com o desenvolvimento contínuo de suas capacidades para lidar com sofrimento moral, organizações de saúde e associações profissionais também devem desenvolver iniciativas para a prevenção e resolução de sofrimento moral, tendo em vista sua complexidade.

No que diz respeito aos instrumentos de coleta de dados utilizados neste estudo, os resultados encontrados evidenciaram que a Moral Distress Scale Revised - versão brasileira se constituiu em um instrumento capaz de avaliar as situações de sofrimento moral entre enfermeiros, contribuindo para a compreensão de relação entre a natureza do trabalho e as situações de conflitos éticos envolvidos. Além disso, o instrumento Protective Nursing Advocacy Scale- versão brasileira mostrou-se eficiente na avaliação das crenças e ações da advocacia do paciente, fornecendo recursos relevantes para os enfermeiros no contexto brasileiro.

Como limitação do estudo destaca-se que ele foi conduzido em uma pequena amostra de enfermeiros atuantes em dois hospitais de uma cidade do extremo sul do Brasil, não sendo possível a generalização dos resultados. Destaca-se a necessidade em realizar outros estudos de relação entre advocacia do paciente e sofrimento moral na enfermagem em diferentes

contextos, de modo a contribuir para a transformação da realidade e aprimoramento do comportamento ético, mediante melhor enfrentamento de situações do ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R.D, et al. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. *Rev Bras Enferm*, v. 64, n. 4, p. 738-44, 2011.
- ARRIES, E.J. Patient safety and quality in healthcare: Nursing ethics for ethics quality. *Nursing Ethics*, v.21, n. 1, p. 3-5, 2014.
- ANDERSEN, S. Patient advocacy and whistle-blowing in nursing: Help for the helpers. *Nursing Forum*, v.25, n.3, p.5-13, 1990.
- ANNAS, G. J.; HEALEY, J. The patient rights advocate. *Journal of Nursing Administration*, v. 4, n. 3, p. 25–31, 1974.
- APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.
- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG. 2003.
- BARLEM, E.L.D., et al. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. *Rev Esc Enferm*, n.46, v.3, p.681-8, 2012.
- _____. Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 293-9, 2013.
- _____. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. esp, p. 79-87, 2013.
- _____. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 2, p. 506-10, 2013.
- _____. Características Psicométricas da Moral Distress Scale em Profissionais de Enfermagem Brasileiros. *Texto Contexto Enferm*, n.3,v.23, p. 563-572, 2014.
- _____. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nursing Ethics*, 2014.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of selfreport measures. *Spine*, v. 25, n. 24, p. 3186–91, 2000.
- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.
- BOYLE, H. J. Patient advocacy in the perioperative setting. *AORN Journal*, v. 82, n. 2, p. 250-62, 2005.
- BU, X.; JEZEWSKI, M. A. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, v. 57, n. 1, p. 101-10, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

CARNEVALE, F.A. Confronting moral distress in Nursing: recognizing nurses as moral agents. **Rev. bras. Enferm**, v.66, n. spe, 2013.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - RESOLUÇÃO 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007.

COHEN, C.; SEGRE, M.; COHEN. **Definição de valores, moral, eticidade e ética**. Bioética. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002. p. 17-26.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Relatórios**. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 de abril de 2015.

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

_____. Nurse moral distress and ethical work environment. **Nursing Ethics**, v.12, n.4, p.381-90, 2005.

DALMOLIN, G.L.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D.; O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.17, n.1, p.35-40, 2009.

_____. Implications of moral distress on nurses and its similarities with Burnout. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n.1, p.200-28, 2012.

_____. Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem? **Revista LatinoAmericana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 35-42, 2014.

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

FREITAS, G. F.; OGUISSO T.; FERNANDES, M. F. P. Fundamentos éticos e morais na prática de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.1, n. 3, p. 104-108, 2010.

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

GOMES, D; RAMOS, F.R.S. Ética e comprometimento do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil. **Interface (Botucatu) [online]**, v.18, n. 49, p. 289-300, 2014.

GRACE, P. J. Professional advocacy: widening the scope of accountability. **Nursing Philosophy**, v.2, n.2, p. 151-62, 2001.

GUTIERREZ, K.M. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 24, n. 5, p. 229-41, 2005.

HAMRIC, A. B. What is happening to advocacy? **Nursing Outlook**, v. 48, n. 3, p.103-4, 2000.

_____. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. **AJOB Prim Res**, v. 3, n. 2, p. 1-9, 2012.

HANKS, R. G. Sphere of Nursing Advocacy Model. **Nursing Forum**, v. 40, n. 3, p.75-8, 2005.

_____. Barriers to nursing advocacy: a concept analysis. **Nursing Forum**, v. 42, n. 4, p. 171-7, 2007.

_____. The lived experience of nursing advocacy. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 4, p. 468-77, 2008.

_____. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. **Nursing Forum**, v. 45, n. 2, p. 97-107, 2010.

_____. Development and testing of an instrument to measure protective nursing advocacy. **Nursing Ethics**, v. 17, n. 2, p. 255-67, 2010.

HAIR, J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W.C. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Artmed, 2005.

HANNA, D. R. The lived experience of moral distress: nurses who assisted with elective abortions. **Research and Theory for Nursing Practice**, v. 19, n. 1, p. 95-124, 2005.

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

HILL, M. M.; HILL, A. **Investigação por questionário**. Lisboa: Editora Sílabo, 2012.

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

_____, R.G. The medical-surgical nurse perspective of advocate role. **Nursing Forum**, v. 45, n. 2, p. 97-107, 2010.

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

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

JONES, M; SMITH, P. Population-Focused Nursing: Advocacy for Vulnerable Populations in an RN-BSN Program. **Public Health Nursing**, v. 31, n.5. p. 463-471, 2014.

KESSLER, A.I.; KRUG, S.B.F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n.1, p.49-55, 2012.

KOHNKE, M. F. The nurse as advocate. *American Journal of Nursing*, v. 80, n.11, p. 2038-40, 1980.

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

_____. Advocacy in nursing: Perceptions and attitudes of the nursing elite in the UNited Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*, v.28, n.5, p.1001-1011, 1997.

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

LUNARDI, V. L., et al. Nursing ethics and its relation with power and work organization. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 493-7, 2007.

_____. Moral Distress: An Innovative and Important Subject to Study in Brazil. **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 10, p. 309-312, 2013.

LUTZEN, K., et al. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. **Nursing Ethics**, v. 17, n.2, p. 213–224, 2010.

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

NEGARANDEH, R. et al. Patient advocacy: barriers and facilitators. **BMC Nursing**, v. 5, n. 3, p. 1-8, 2006.

_____. The meaning of patient advocacy for Iranian nurses. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 4, p. 457-67, 2008.

PAVLISH, C.H.A.; ROUNKLE, A. Health and human rights advocacy: perspectives from a Rwandan refugee camp. **Nursing Ethics**. v.19, n. 4, p. 538-549, 2012.

RANGE, L.M.; ROTHERHAM, A.L. Moral distress among nursing and non-nursing students. **Nursing Ethics**. v. 17, n.2, p. 225-232, 2010.

SANTOS, L.G.S. et al. Prazer e Sofrimento no Exercício Gerencial do Enfermeiro no Contexto Hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1., p. 97-103, 2013

SIMMONDS, A. H. Autonomy and advocacy in perinatal nursing practice. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 3, p. 360-70, 2008.

SANTOS et al. Prazer e Sofrimento no Exercício gerencial do Enfermeiro no contexto Hospitalar. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 97-103, 2013

SELANDERS, L. CRANE, P. The Voice of Florence Nightingale on Advocacy. **The Online Journal of Issues in Nursing**. v.17, n.1, 2012.

SUNDIN-HUARD, D.; FAHY, K. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. **International Journal of Nursing Practice**, v. 5, p. 8-13, 1999.

TOMASCHEWSKI-BARLEM. J. G. et al. Crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.5, p. 811-818, 2015.

VAARTIO, H.; LEINO-KILPI, H. Nursing advocacy: a review of the empirical research 1990–2003. **International Journal of Nursing Studies**, v. 42, n.6, p. 705–14, 2005.

_____. Nursing Advocacy in Procedural Pain Care. **Nursing Ethics**, v. 16, n. 3, p. 340-62, 2009.

VENTURA, C. A. A. et al. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 893-8, 2012.

WINSLOW, G. From loyalty to advocacy: A new metaphor for nursing. **The Hasting Center Report**, v.14, n.3, p.32-40, 1984.

APÊNDICE A

ESCALA DE SOFRIMENTO MORAL REVISADA

Idade: _____ Sexo: () Feminino () Masculino Hospital: () HU FURG () SANTA CASA () ambos
 Ano de conclusão da Graduação: _____ Tempo de atuação profissional _____
 Tempo de Atuação no hospital _____
 Modalidade de atendimento na unidade de trabalho () SUS () Particular/Convênio () Ambos
 Carga Horária Semanal: _____ Tipo de vínculo () efetivo () temporário
 Titulação máxima: () Graduação () Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado

Unidade/Setor:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Emergência/Pronto Socorro/SPA
<input type="checkbox"/> 3. Clínica de internação Pediátrica
<input type="checkbox"/> 5. Clínica de internação Obstétrica/Centro obst.
<input type="checkbox"/> 7. UTI infantil/neonatal
<input type="checkbox"/> 9. Administrativo
<input type="checkbox"/> Outro (qual): _____ | <input type="checkbox"/> 2. Clínica de internação adulto
<input type="checkbox"/> 4. Clínica de internação psiquiátrica
<input type="checkbox"/> 6. UTI adulto
<input type="checkbox"/> 8. Centro Cirúrgico
<input type="checkbox"/> 10. Oncologia |
|---|--|

Considere a definição (JAMETON,1984): **SOFRIMENTO MORAL** é uma experiência ou situação em que:

- **você sabe qual a atitude eticamente adequada a assumir, e**
- **você acredita que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, limitações ou conflitos existentes no trabalho, não conseguindo atuar de acordo com seus conhecimentos ou preceitos morais.**

As seguintes questões elucidam situações eticamente difíceis que podem ocorrer na prática diária de enfermagem e que podem ou não culminar no Sofrimento Moral.

Por favor, indique para cada situação na coluna apropriada, a intensidade e frequência com que você vivência o **SOFRIMENTO MORAL** (considere seu vínculo empregatício principal para responder o questionário):

- **Intensidade** de sofrimento moral, variando de 0 (nada intenso) a 4 (muito intenso) e
- **Frequência** em que esta situação ocorre, sendo 0 (Nunca frequente) e 4 (Muito frequente).

	INTENSIDADE					FREQUÊNCIA				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Proporcionar um cuidado inferior ao ideal devido à pressão dos gestores ou da instituição para reduzir custos.										
2. Presenciar profissionais de saúde fornecendo “falsas esperanças” a paciente ou familiar.										
3. Seguir os desejos da família para manter à vida, ainda que isso não seja o melhor interesse do paciente.										
4. Iniciar ações de ressuscitação cardiorrespiratória quando acredito que elas apenas prolongarão a morte.										

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado (a) sobre a natureza da pesquisa intitulada: **RELAÇÕES ENTRE ADVOCACIA DO PACIENTE E SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO DE ENFERMEIROS ATUANTES EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**. Fui esclarecido(a) também, sobre o objetivo geral do estudo: compreender a relação entre advocacia do paciente e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares; e como objetivos específicos: adaptar culturalmente e validar o instrumento Moral Distress Scale-Revised para enfermeiros brasileiros; analisar intensidade e frequência de Sofrimento Moral vivenciada por enfermeiros no contexto hospitalar e analisar a associação entre ações dos enfermeiros na advocacia do paciente e a intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciada por enfermeiros.

A metodologia utilizada no estudo está baseada numa abordagem quantitativa do tipo exploratório- descritivo, que será realizado em duas instituições hospitalares (H1 e H2) localizadas em um município do extremo sul do Brasil. Obtive esclarecimentos quanto à garantia de que não haverá riscos à integridade física dos (as) participantes. Tenho compreensão de que essa pesquisa pode trazer benefícios para o trabalho da enfermagem, uma vez que o exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros constitui um tema pouco explorado no contexto brasileiro e, o seu reconhecimento poderá trazer benefícios para pacientes, profissionais e instituições de saúde, além disso, o reconhecimento de possíveis fatores que desencadeiam o Sofrimento Moral podem auxiliar no planejamento de estratégias de enfrentamento do mesmo, resultando em maior satisfação no trabalho e melhor qualidade de assistência hospitalar.

Estou ciente, ainda da liberdade de participar ou não da pesquisa, sem ser penalizado por isso; garantia de ter minhas dúvidas esclarecidas antes e durante o desenvolvimento deste estudo; segurança de ter privacidade individual, sigilo e anonimato quanto aos dados coletados, assegurando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização dessa pesquisa; garantia de retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo assegurando-me condições de acompanhar esses processos e também a garantia de que serão sustentados os preceitos Éticos e Legais conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Local e data: _____

Aline Marcelino Ramos
Responsável pela pesquisa:
Rua Visconde de Paranaguá, 102 Centro
Tel: (53)3237.4602
96203-900/ Rio Grande - RS

APÊNDICE C
SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

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

Prezados diretores,

Como estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da FURG, orientada pelo Professor Dr. Edison Luiz Devos Barlem, venho por meio deste, solicitar a sua autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **RELAÇÕES ENTRE ADVOCACIA DO PACIENTE E SOFRIMENTO MORAL NO TRABALHO DE ENFERMEIROS ATUANTES EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**, junto aos enfermeiros de sua instituição.

Tenho como objetivo geral: compreender a relação entre advocacia do paciente e sofrimento moral no trabalho de enfermeiros atuantes em instituições hospitalares; e como objetivos específicos: adaptar culturalmente e validar o instrumento Moral Distress Scale-Revised para enfermeiros brasileiros; analisar intensidade e frequência de Sofrimento Moral vivenciada por enfermeiros no contexto hospitalar e analisar a associação entre as ações dos enfermeiros na advocacia do paciente e a intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciada por enfermeiros.

A metodologia utilizada no estudo está baseada numa abordagem quantitativa do tipo estudo exploratório-descritivo, os participantes do estudo serão enfermeiros que atuam profissionalmente na instituições selecionada. Dois instrumentos de coleta de dados serão aplicados: Protective Nursing Advocacy Scale- Versão brasileira e uma adaptação do Moral Distress Scale-Revised.

Fica assegurado, pelo compromisso ético, manter o anonimato de todos os participantes envolvidos na pesquisa, bem como resguardar a instituição, conforme a Resolução 466/12 do CNS.

Contando, desde já com vosso apoio, agradeço pela oportunidade, colocando-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Cordialmente

Aline Marcelino Ramos

Edison Luiz Devos Barlem

Contato: e-mail: aline-ramos-@hotmail.com

Ciente. De acordo

Data:

Responsável pela Instituição: _____

Coordenação de enfermagem: _____

ANEXO I

ESCALA DE ADVOCACIA DO PACIENTE PARA ENFERMEIROS

A advocacia do paciente, exercida pelo enfermeiro, tem como propósito auxiliar o paciente a obter cuidados de saúde necessários, defender seus direitos, garantir a qualidade do cuidado e servir como um elo entre o paciente e o ambiente de cuidados de saúde. Está associada, principalmente, ao reconhecimento, pelos enfermeiros, do seu papel como advogados, considerando suas crenças e ações em relação aos cuidados que prestam aos pacientes (HANKS, 2010).

Por favor, indique seu grau de concordância utilizando *discordo totalmente*, *discordo mais que concordo*, *não concordo nem discordo*, *concordo mais que discordo*, *concordo totalmente* para cada uma das afirmativas a seguir. Por favor, indique sua classificação marcando um "X" na caixa à direita de cada afirmação.

Questões		Discordo Totalmente	Discordo mais que concordo	Não concordo nem discordo	Concordo mais que discordo	Concordo totalmente
1	Pode ser arriscado para o meu emprego agir como advogado do paciente					
2	Enfermeiros que falam pelos pacientes podem sofrer retaliações de seus empregadores					
3	Eu posso ser punido por minhas ações pelo empregador quando informo os pacientes sobre seus próprios direitos					
4	Enfermeiros que falam em nome de pacientes vulneráveis podem ser rotulados como perturbadores pelos empregadores					
5	Quando os enfermeiros informam e ensinam os pacientes a respeito de seus direitos no ambiente clínico, eles podem pôr seu emprego em risco					

³ Protective Nursing advocacy Scale (PNAS) - Versão Brasileira

		Discordo Totalmente	Discordo mais que concordo	Não concordo nem discordo	Concordo mais que discordo	Concordo totalmente
6	Eu estou agindo em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado					
7	Eu estou falando em nome do paciente quando estou agindo como seu advogado					
8	Eu estou agindo como a voz do paciente quando eu estou advogando para o paciente					
9	Eu estou agindo como representante do paciente quando eu ajo como seu advogado					
10	Eu consigo ser um melhor advogado do paciente porque tenho mais autoconfiança					
11	Enfermeiros que estão comprometidos a fornecer um bom cuidado ao paciente são melhores advogados do paciente					
12	Uma maior dedicação à enfermagem aumenta a habilidade do enfermeiro de ser um advogado do paciente					
13	Uma maior qualificação em enfermagem melhora a eficácia do enfermeiro na advocacia do paciente					
14	Enfermeiros que entendem os benefícios da advocacia do paciente são melhores advogados dos pacientes					
15	Enfermeiros que fornecem informações aos pacientes sobre seus cuidados estão agindo como seus advogados					
16	Os pacientes têm graus variados de habilidade para se defender					
17	Pacientes vulneráveis precisam da minha proteção em situações prejudiciais					
18	Eu não sou um advogado eficaz porque estou sofrendo de esgotamento profissional (burnout) e/ou sofrimento moral					
19	Porque eu não gosto de trabalhar como enfermeiro, eu tenho menos vontade de agir como advogado do paciente					
20	Me falta dedicação à profissão da enfermagem para agir como advogado do paciente					

ANEXO II



CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 097/ 2013

CEPAS 53/2013

23116.003456/2013-52

ADVOCACIA DO PACIENTE E COPING NA ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES DE EXERCÍCIO DE PODER MEDIANTE VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO MORAL

Pesq. Resp.: Edison Luiz Devos Barlem

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “**ADVOCACIA DO PACIENTE E COPING NA ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES DE EXERCÍCIO DE PODER MEDIANTE VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO MORAL**”.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

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

Data de envio do relatório: 01/07/2015

Rio Grande, RS, 18 de junho de 2013.

Profª. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG