



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**SENSIBILIDADE MORAL DOS ENFERMEIROS FACE AOS
PROBLEMAS ÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor
em Enfermagem na área de história e filosofia da enfermagem

Por

Carlise Rigon Dalla Nora

Instituto de Ciências da Saúde

Julho 2017



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**SENSIBILIDADE MORAL DOS ENFERMEIROS FACE AOS
PROBLEMAS ÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**MORAL SENSITIVITY OF NURSES TO ETHICAL PROBLEMS IN PRIMARY
HEALTH CARE**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem na área de história e filosofia da enfermagem e em Dupla Titulação com a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Por

Carlise Rigon Dalla Nora

Sob orientação da Professora Doutora Margarida M. Vieira.
e coorientação da Professora Doutora Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli.

Instituto de Ciências da Saúde

Julho 2017

Dalla Nora, Carlise Rigon

Sensibilidade moral dos enfermeiros face aos problemas éticos na atenção primária à saúde. Porto: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, 2017. ISBN: 978-989-207811-3.

Tese de Doutotamento - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Orientadora: Professora Doutora Margarida M. Vieira.

Co-orientadora: Professora Doutora Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli.

Palavras-chave - Sensibilidade moral; Problemas éticos; Ética em enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

A elaboração dessa tese foi apoiada pela CAPES [Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior] na modalidade Doutorado Pleno no Exterior [BEX2762/13-7].

DEDICATÓRIA

**A minha família, especialmente a minha
mãe Elenita, com todo meu amor e carinho.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida,

Ao meu Pai **Elio**,

que já não se encontra mais junto a nós,

pelo exemplo de ser humano e força.

A minha mãe, **Elenita**,

pelo amor incondicional e pelo apoio.

Aos meus irmãos, **Clivea e Synval**,

por cuidar da nossa família, durante o tempo que me

dediquei a este estudo.

Ao meu namorado, **Miguel**,

pelo carinho e paciência.

A minha colega e amiga, **Rafaela**

que esteve comigo desde o início desse estudo.

Aos colegas de doutoramento e a todos os funcionários

da Universidade pela atenção e apoio.

Aos amigos e professores, **Roque, Rosângela e Mariana**,

pela parceria e incentivo.

As minhas orientadoras, **Margarida e Elma**,

pela confiança e ensinamentos. Meu carinho e admiração.

Em fim, agradeço a todos que estiveram presentes na

minha vida nesses momentos de construção.

RESUMO

Nesta tese defende-se que a sensibilidade moral é necessária para reconhecer, interpretar e responder de forma apropriada os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários. Este estudo possui uma perspectiva luso-brasileira na medida em que se insere no acordo de dupla titulação realizado entre a Universidade Católica Portuguesa e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. A comparação luso-brasileira de resultados possibilita absorver a realidade de cada país, estratégias e caminhos para qualificar cada vez mais o cuidado da enfermagem. Esse estudo tem como objetivo avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros que atuam nos cuidados de saúde Primários em Portugal e no Brasil. Mais especificamente, traduzir e adaptar o questionário de sensibilidade moral para os enfermeiros da atenção primária à saúde de Portugal e do Brasil, validar o questionário de sensibilidade moral com os enfermeiros da atenção primária à saúde de Portugal e do Brasil e caracterizar os fatores associados ao nível de sensibilidade moral dos enfermeiros na atenção primária à saúde de Portugal e do Brasil. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, observacional e correlacional descritivo de duas amostras independentes. A amostra foi constituída por 331 enfermeiros de Portugal e 316 enfermeiros do Rio Grande do Sul/Brasil. O questionário de sensibilidade moral versão Brasil (MSQ-B) e versão Portugal (MSQ-P) após a validação permaneceram com 27 itens, distribuídos em quatro dimensões: orientação interpessoal, conhecimento profissional, conflito moral e significado moral. O MSQ-B explicou 55,8% da variância total e teve um alfa de Cronbach de 0,82. O MSQ-P apresentou uma variância de 54,0% e um alfa de 0,89. A média de sensibilidade moral dos enfermeiros atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul/Brasil foi de 4,49 e em Portugal 4,94 em 7. O questionário de sensibilidade moral é um instrumento válido e apropriado para avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros no Rio Grande do Sul/Brasil e em Portugal. Este estudo observou todos os preceitos éticos e legais das pesquisas envolvendo seres humanos, pois garantiu uma participação livre e voluntária. A pesquisa é desenvolvida sob a modalidade Bolsa de Doutorado Pleno no Exterior, concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES.

Palavras-chave: Sensibilidade moral, Problemas éticos, Ética em enfermagem, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

In this thesis it is argued that moral sensitivity is necessary to recognize, interpret and respond appropriately the ethical problems experienced by nurses in Primary Health Care. This study has a Luso-Brazilian perspective insofar as it is part of the double degree agreement between the Universidade Católica Portuguesa and the School of Nursing of the University of São Paulo. The Luso-Brazilian comparison of results makes it possible to absorb from the reality of each country, strategies and ways to increasingly qualify nursing care. This study aims to evaluate the moral sensitivity of nurses working in primary health care in Portugal and Brazil. More specifically, to translate and adapt the moral sensitivity questionnaire for nurses in primary health care in Portugal and Brazil, to validate the questionnaire of moral sensitivity with nurses of primary health care in Portugal and Brazil and to characterize the factors associated with Level of moral sensitivity of nurses in primary health care in Portugal and Brazil. This is a descriptive, cross-sectional, observational and correlational study of two independent samples. The sample consisted of 331 nurses from Portugal and 316 nurses from Rio Grande do Sul/Brazil. The Moral Sensitivity Questionnaire Brazilian version (MSQ-B) and Portuguese version (MSQ-P) after validation remained with 27 items, distributed in four dimensions: interpersonal orientation, professional knowledge, moral conflict and moral meaning. The MSQ-B explained 55.8% of the total variance and had a Cronbach's alpha of 0.82. The MSQ-P presented a variance of 54.0% and a Cronbach's alpha of 0.89. The mean of moral sensitivity of nurses in primary health care in Rio Grande do Sul/Brazil was 4.49 and in Portugal was 4.94 of 7. The moral sensitivity questionnaire is a valid and appropriate instrument to evaluate the moral sensitivity of nurses in Rio Grande do Sul/Brazil and Portugal. The study observed all ethical and legal precepts of research involving human beings, since it guarantees a free and voluntary participation. The research is developed under the modality of full doctorate abroad, granted by the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel-CAPES.

Keywords: Moral sensitivity, Ethical problems, Ethics in nursing, Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Conceitual de sensibilidade moral.....	115
Figura 2. Fatores que influenciam a sensibilidade moral.....	115
Figura 3. Fluxograma da coleta de dados.....	122
Figura 4. Região ou distrito dos enfermeiros de Portugal (n=331).....	143
Figura 5. Mapa com as principais cidades dos participantes (n=100).....	147
Figura 6. Região ou distrito dos enfermeiros dos CSP de Portugal (n=56).....	156

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos enfermeiros do Rio Grande do Sul (n= 316).....	137
Tabela 2. Questionário de Sensibilidade Moral do Brasil (MSQ-B) (n=316).....	140
Tabela 3. Características dos enfermeiros de Portugal (n= 331).....	142
Tabela 4. Questionário de Sensibilidade Moral versão Portugal (MSQ-P) (n=331).....	143
Tabela 5. Características gerais dos enfermeiros da APS (n=100) - Rio Grande do Sul, Brasil - 2016.	148
Tabela 6. Análise descritiva e consistência interna do MSQ-B dos enfermeiros da APS do Rio Grande do Sul, Brasil (n=100).....	150
Tabela 7. Associação da média total do MSQ-B e variáveis sociodemográficas (n=98)	152
Tabela 8. Associação entre níveis de sensibilidade moral e variáveis sociodemográficas e ocupacionais das enfermeiras (n=100)	153
Tabela 9. Comparação das médias da escala total do MSQ-B e variáveis sociodemográficas (n=100)	154
Tabela 10. Características gerais dos enfermeiros dos CSP (n=56), Portugal.....	155
Tabela 11. Análise descritiva e consistência interna do MSQ-P dos enfermeiros dos CSP (n=56), Portugal.	157
Tabela 12. Associação da média total do MSQ-P e variáveis sociodemográficas (n=56).....	158
Tabela 13. Associação entre níveis de sensibilidade moral e variáveis sociodemográficas e ocupacionais das enfermeiras (n=56)	159

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Quadro conceitual, instrumentos e definições.....	75
Quadro 2. Apresentação dos estudos que utilizaram o MSQ.....	85
Quadro 3. Etapas e passos do procedimento deliberativo proposto por Diego Gracia.....	110
Quadro 4. Apresentação do desenho do estudo	120
Quadro 5. Instrumento utilizado para análise dos dados, Porto, Portugal.....	123
Quadro 6. Questionário de Sensibilidade Moral (MSQ) traduzido e adaptado para o Português de Portugal e do Brasil, Porto, Portugal.....	133

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral de Saúde
EEUSP	Escola de Enfermagem na Universidade de São Paulo
ESF	Estratégias Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPE APS (PT)	Inventário de problemas éticos na Atenção Primária de Saúde Portugal
IPE-APS	Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária em Saúde
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MSQ	Moral Sensitivity Questionnaire
MSQ-B	Questionário de Sensibilidade Moral versão Brasil
MSQ-P	Questionário de Sensibilidade Moral versão Portugal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Problema Ético
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PS	Posto de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCP	Universidade Católica Portuguesa
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

CAPÍTULO I- INTRODUÇÃO	23
Objetivos.....	30
CAPÍTULO II- QUADRO TEÓRICO	32
Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	34
Atenção Primária à Saúde no Brasil	49
Moral, Ética e a Bioética	61
Sensibilidade Moral dos enfermeiros	67
Problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.....	90
Tomada de decisão ética e deliberação moral em enfermagem	104
Síntese.....	114
CAPÍTULO III- MÉTODO.....	116
Tarefa 1- Tradução e adaptação do Questionário de Sensibilidade Moral para o Português de Portugal e do Brasil.	121
Tarefa 2 e 3- Validação do Questionário de Sensibilidade Moral no Brasil e Portugal e caracterização dos fatores associados ao nível de sensibilidade moral.....	125
Considerações Éticas e Formais	129
CAPÍTULO IV- RESULTADOS	131
Tarefa 1- Processo de tradução e adaptação do Questionário de Sensibilidade Moral no Brasil e Portugal	132
Tarefa 2- Validação do Questionário de Sensibilidade Moral no Brasil e Portugal.....	136
Tarefa 3- Caracterização dos fatores associados ao nível de sensibilidade moral dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde do Brasil e Portugal.....	147
CAPÍTULO V- DISCUSSÃO.....	161
Tarefa 1- Processo de tradução e Adaptação do MSQ no Brasil e Portugal	163
Tarefa 2- Validação do Questionário de Sensibilidade Moral no Brasil e Portugal.....	171
Tarefa 3- Caracterização dos fatores associados ao nível de sensibilidade moral dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde do Brasil e Portugal.....	176
CAPÍTULO VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	190
REFERÊNCIAS	197
APÊNDICES	225
Apêndice A- Autorização para tradução e adaptação do Questionário de sensibilidade moral.....	227

Apêndice B - Carta convite para o comitê de especialistas.....	228
Apêndice C- Instrumento em formato Google Docs para tradução e adaptação do MSQ pelo Comitê de especialistas de Portugal.	230
Apêndice D- Comitê de especialistas e a tradução e adaptação do MSQ versão Portuguesa e Brasileira.....	239
Apêndice E- Retrotradução	259
Apêndice F- Concordância com tradução e adaptação do Questionário de sensibilidade moral.....	261
Apêndice G- Instrumento de recolha de dados.....	262
Apêndice H- Aprovação do Comitê de ética e pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.....	276

CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde¹ (APS) é complexo, pois o cuidado nesse âmbito engloba o indivíduo, a família e os grupos da comunidade. (Schveitzer, 2015). O trabalho em saúde ocorre quando há o encontro entre o paciente, portador de uma necessidade em saúde, e o profissional, portador de um arsenal de saberes e práticas (Merhy, 1997). O cuidado de enfermagem, como um trabalho em saúde, também emerge desse encontro, no qual o “saber fazer” do profissional contribui para um caminhar mais autônomo e corresponsável do paciente² no seu modo de andar a vida.

No cuidado se encontram no mínimo duas pessoas (o paciente e o profissional), que, como pessoas dignas e cidadãs, são iguais no devido mérito de respeito, porém, são diferentes suas biografias e as necessidades em saúde no momento do encontro, por isso, para bem cuidar precisam estabelecer um diálogo com base na igual dignidade e cidadania que usufruem (Zoboli, 2009). Paciente e profissional compartilham a responsabilidade pela construção e manutenção do cuidado, pois, além de trocar sinais e sintomas, fatos, emoções e sentimentos, estabelecem um processo relacional dinâmico, que permite a criação, cultivo e manutenção de sentimentos de confiança e vínculo (Zoboli, 2009).

Dessa maneira, entende-se que quando se abordam questões dos cuidados de saúde primários, ao nível das populações, não é possível simplesmente transferir um modelo pensado no âmbito hospitalar para a discussão e solução de problemas referentes à vida e aos serviços de APS; é necessário conhecer e compreender esses problemas levando em conta este contexto específico de saúde na atenção primária, especialmente, no que tange a assistência ocorrer no território onde o paciente desenvolverá, o mais autonomamente possível, seu modo de andar a vida e o cuidado com a própria saúde.

O progresso na ciência biomédica e nas práticas de saúde tem levado ao surgimento de novos problemas éticos bem como o aumento desses problemas (Lauter et al., 2013). Os enfermeiros são constantemente confrontados com problemas éticos, por isso, surge a necessidade de compreender a sensibilidade moral dos enfermeiros para identificar e gerir esses problemas éticos vivenciados no cotidiano dos serviços de APS. E, por vezes, os

¹ Nesse estudo será utilizada a terminologia Atenção Primária à Saúde (APS), por ser o termo acadêmico mais utilizado no âmbito internacional (WHO, 2008), embora para se referir a APS o Ministério da Saúde no Brasil utilize em seus documentos oficiais o termo Atenção Básica (Brasil, 2012) e o Ministério da Saúde em Portugal utilize o termo Cuidados de Saúde Primários (Decreto- Lei nº 60/2003).

² Será utilizada a terminologia “paciente”, pois trata-se do termo mais utilizado universalmente (Takauti, 2013).

enfermeiros podem não estar preparados para lidar com situações morais problemáticas (Lützn et al., 2006).

Estudos em diferentes realidades demonstram, que a baixa sensibilidade moral do enfermeiro pode trazer consequências negativas para todos os envolvidos no cuidado, os profissionais, pacientes, familiares e serviços de saúde, pois o profissional pode vir a realizar cuidados eticamente incongruentes, incompatíveis com as obrigações da profissão (Milliken, 2016). Pode predispor o enfermeiro a vivenciar problemas éticos e colocar em risco o cuidado ao paciente, também podem ser fonte de sofrimento moral e pode conduzir o enfermeiro a abandonar sua profissão (Huang et al 2015^a; Gonzáles de Paz et al., 2012; Schluter et al., 2008).

A compreensão de sensibilidade moral que embasou a tradução e adaptação do Questionário de Sensibilidade Moral no presente estudo, teve como base o entendimento de sensibilidade moral descrito por Tuveson e Lützn (2016), como uma compreensão contextual e intuitiva da situação de vulnerabilidade do paciente, tendo consciência das implicações morais das decisões tomadas em seu nome. É expressa quando uma situação requer uma capacidade pessoal, adquirida pela experiência pessoal, de sentir e identificar o significado moral em uma determinada situação (Lutzen et al., 2006). Os enfermeiros precisam de habilidades pessoais para enfrentar os problemas éticos em seu trabalho e para entender a perspectiva do paciente em uma determinada situação (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2017^a).

A literatura descreve que quando o enfermeiro tem baixa sensibilidade moral ele pode não reconhecer os problemas éticos presentes em sua prática diária (Lutzen et al., 1995). Os problemas éticos podem trazer consequências negativas para os serviços de saúde e para os próprios enfermeiros como: a diminuição da qualidade do atendimento (Silva, Zoboli, Borges, 2006; Burston, Turckett, 2012), sofrimento moral (Redman, Fry, 2000; Davis, Schrader, Belcheir, 2012; Laabs, 2005 e 2011; Aroskar, Moldow, Good, 2004, Burston, Turckett, 2012), autonomia enfraquecida (Ulrich 2003, 2005), angústia e frustração (Laabs, 2005) estresse (Oberle, Tenove, 2000) e abandono da profissão (Aroskar, Moldow, Good, 2004; Davis, Schrader, Belcheir, 2012).

Estudo recente de revisão da literatura com 25 estudos buscou avaliar, criticar e sintetizar o estado da arte sobre a sensibilidade moral refere a necessidade de desenvolver medidas válidas e confiáveis para a compreensão de como a sensibilidade moral funciona na prática do dia-a-dia dos enfermeiros (Milliken, 2016). Em 1995, Lutzen, Nordstrom, Evertzon já referiam a necessidade de ampliar os estudos que utilizam como ferramenta o

questionário de sensibilidade moral com enfermeiros de diferentes contextos dos serviços de saúde, avançando para além do ambiente psiquiátrico investigado por eles. Desde então, muitos estudos vêm sendo desenvolvidos para avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros com aplicação do instrumento mencionado: em diferentes ambientes hospitalares (Bégat et al., 2004, 2005; Lutzen et al., 2006; Han et al., 2010; Izadi et al., 2012; Jaafarpour, Khani, 2012; Huang et al., 2015^{ab}; Borhani et al., 2015; Buyuk et al., 2015); com enfermeiros dos cuidados psiquiátricos (Lützén, Nordström, Evertson, 1995; Lützén, Johansson, Nordström, 2000; Lützén et al., 2010). O presente estudo, tomando como justificativa a necessidade de seguir avaliando a sensibilidade moral dos enfermeiros em diferentes cenários de cuidado, avança no sentido de incluir neste rol os ambientes extra-hospitalares e explora os cuidados primários de saúde.

Compreender a sensibilidade moral dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários é um tema que tem me inquietado há algum tempo. No mestrado ao analisar as práticas de Humanização na Atenção Primária à Saúde tive conhecimento dos problemas que afligem os enfermeiros que atuam nesse contexto (Nora, Junges, 2013), o que me levou a questionar o que poderia determinar ou influir nas diferentes percepções encontradas entre os estudos que reuni na revisão realizada. Como membro do grupo de pesquisa “Bioética e Saúde Coletiva”, tive a oportunidade de participar na construção de um instrumento de avaliação da ocorrência de problemas éticos na Atenção Primária em Saúde com a finalidade de permitir identificar situações eticamente significativas vividas por profissionais em seu trabalho diário (Junges et al., 2014a), o que me fez retomar o questionamento surgido no mestrado.

O presente estudo não se situa no âmbito das pesquisas teóricas sobre a sensibilidade moral, embora beba desta fonte de conhecimento; o propósito é avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros que atuam nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal e no Brasil. Sendo assim, é possível perceber que este estudo sobre a ética nos cuidados de enfermagem assume uma perspectiva Luso-Brasileira, o qual se insere na linha de pesquisa História e Filosofia da Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde na Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Portugal e Brasil guardam, obviamente, estreita relação de diferenças e similaridades históricas no que diz respeito ao desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão em ambos os países. A influência das Santas Casas de Misericórdia nos cuidados, o apoio da Fundação Rockefeller na criação das escolas de enfermagem e a influência da teórica Wanda Horta na enfermagem brasileira e portuguesa marcam o intercâmbio, neste

âmbito, entre os dois países. A institucionalização do ensino da enfermagem, entretanto, ocorreu de forma distinta, o que determinou diferenças no que tange à divisão social do trabalho (Monteiro e Oguisso, 2007). Os sistemas de saúde vigentes nos dois países guardam estreita relação em suas políticas públicas, entretanto, a organização geral do trabalho é diferenciada, podendo reforçar as diferenças na divisão social do trabalho em enfermagem. Essas características podem ter influenciado diferenças na atuação profissional e, também, abrem caminhos para investigações comparativas entre a enfermagem Brasileira e Portuguesa (Monteiro e Oguisso, 2007).

Para apresentação desse estudo, dividiu-se a tese em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta a introdução, motivação, a justificação, os objetivos gerais e específicos e os resultados esperados. O segundo refere-se ao quadro teórico que aborda os temas da Atenção Primária à Saúde em Portugal e no Brasil, com uma abordagem histórica dos serviços de saúde e da enfermagem em cada um desses Países. No quadro teórico, também aborda-se a temática da moral, ética e bioética; a sensibilidade moral dos enfermeiros; os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros na APS e por fim, a tomada de decisão e a deliberação ética em enfermagem.

O terceiro capítulo refere-se à construção metodológica, apresentando a abordagem quantitativa do estudo, e os procedimentos metodológicos seguidos em cada uma das tarefas deste estudo. No quarto capítulo, apresentam-se os resultados da investigação. O terceiro e quarto capítulo do estudo, estão subdivididos nas seguintes tarefas: Tradução e adaptação do Questionário de Sensibilidade Moral para o português de Portugal e do Brasil; Validação do Questionário de Sensibilidade Moral em Portugal e no Brasil; Caracterização dos fatores associados ao nível de sensibilidade moral. O quinto capítulo, realiza uma comparação entre os resultados e a discussão com estudos nacionais e internacionais. O sexto capítulo encerra esse trabalho com as considerações finais e as contribuições e limitações do estudo para a enfermagem Brasileira e Portuguesa.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Esta investigação tem o objetivo geral de avaliar a sensibilidade moral de enfermeiros que atuam nos cuidados de saúde Primários em Portugal e no Brasil. Para tal, possui os seguintes **objetivos específicos**:

1. Traduzir e adaptar o questionário de sensibilidade moral para os enfermeiros dos Atenção Primária à Saúde de Portugal e do Brasil.
2. Realizar a validação do questionário de sensibilidade moral com os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Portugal e do Brasil.
3. Caracterizar os fatores associados ao nível de sensibilidade moral dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde de Portugal e do Brasil.

CAPÍTULO II- QUADRO TEÓRICO

Cuidados de Saúde Primários em Portugal

A Europa no século XIV ficou marcada pelas doenças que assolavam a população, as quais se constituíam como grave ameaças à população. De todas as doenças destaca-se a Peste Bubônica, ou Peste Negra, que atravessou a Ásia e a África fazendo muitas vítimas entre 1347 e 1388 (Rodrigues, 2013; Vieira, 2009). A epidemia não controlada e uma população em movimento foram os fatores que influenciaram a elaboração e concretização de medidas sanitárias na tentativa de controlar essas doenças. Assim surgem os primeiros hospitais no século XV, que exigiam cada vez mais pessoas para atender os doentes (Vieira, 2009).

No século XV é estabelecido uma rede de serviços que realizava a vigilância da higiene urbana e a inspeção de mercados (Rodrigues, 2013). É deste período o Hospital Termal das Caldas da Rainha (1945), o Hospital Real de Todos os Santos³ e a fundação das Misericórdias (Vieira, 2009). Do século XVI ao século XIX, várias congregações religiosas influenciaram a evolução da enfermagem em Portugal, seja na administração hospitalar ou na prestação de cuidado direto ao doente (Vieira, 2009).

Foi com o rápido crescimento demográfico, com a vontade de ter uma nação saudável e protegida, com a revolução industrial - onde os operários possuíam miseráveis condições de vida - e com a crescente e desorganizada urbanização das cidades, que se produziu o desenvolvimento da saúde pública, gerando novas preocupações com o bem-estar da população (Rodrigues, 2013). Nesse contexto, é proposto a higienização dos povos e o combate de doenças, através das ações de medicina social, que incluíam entre outras a proteção materna infantil, a medicina da escola, a medicina do trabalho e as vacinações, estas constituíram-se como ações de caráter impositivo, mas foram socialmente aceites pela comunidade (Rodrigues, 2013).

Em 1901, ocorre a reforma dos serviços de saúde, expressa no “Regulamento geral dos serviços de saúde e beneficência pública”, onde fica definido que os serviços de saúde devem cooperar para um melhor desempenho dos serviços de saúde pública (Portugal, 1902). De acordo com Rodrigues (2013) no início do Século XX, a saúde e a política se unem para controlar/vigiar os corpos e a vida das pessoas em Portugal.

De acordo com Campos e Simões (2014) a visão higienista dominante no final do século XIX e primeira metade do século XX, determinava padrões de higiene em

³ Também chamado de Hospital Grande, Hospital de Todos os Santos, Hospital Grande de Todos os Santos, Hospital Real e mais conhecido por Hospital dos Pobres, foi mandado construir por D. João II, em 1942 e inaugurado em 1501. (Vieira, 2009).

relação a todos os serviços, setores e atividades, que ainda hoje existem, tais como: garantir a cobertura e o acesso de todas a população à saúde, assegurar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, reconhecer grupos vulneráveis com prioridade na prestação de cuidados e respeitar as prioridades estabelecidos pelos programas/atividades do Ministério da Saúde.

O final da década de 1920 foi um período determinante na história da enfermagem comunitária, pois foi criado o primeiro curso de enfermeira visitadora sanitária. Foi entre 1960 e 1970 que deu-se a formação específica de enfermeiros comunitários (Rodrigues, 2013). Esse foi um momento de iniciação para a construção da enfermagem comunitária enquanto área de prestação de cuidados específica, foi então que se desenvolveu o processo de institucionalização dos cuidados de saúde não hospitalares (Rodrigues, 2013).

Na Grã-Bretanha, em 1945 foi assinado a criação do primeiro Serviço Nacional de Saúde, onde o estado passava a assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde financiados pelos impostos, com acesso universal e gratuito a todos os cidadãos (Rodrigues, 2013). Merece destaque Florence Nightingale (1820-1910) que reformou a enfermagem criando padrões para a educação e para a prática de enfermagem, além de ter um profundo impacto na enfermagem e na reorganização dos serviços de saúde a nível mundial (Lopes, Santos, 2010). De acordo com Vieira (2009) a preocupação de Florence Nightingale era primariamente com o caráter e o comportamento do enfermeiro, mais do que na organização dos serviços ou no grupo profissional, pois Florence acreditava que um comportamento adequado era conseguido através da educação e do treino. A definição de enfermagem como arte de cuidar, tanto dos seres humanos sadios como dos doentes, já estava presente no quotidiano nas práticas de cuidado exercidas por Florence e suas seguidoras (Giovanini et al., 2009).

De acordo com Vieira (2009) no início do século XX, a realidade de enfermagem em Portugal era bastante dramática, os enfermeiros tinham pouca formação, trabalhavam durante o dia todo e em condições degradantes. Somente a partir de 1956 os enfermeiros precisariam ter um diploma que o habilitasse para exercer a enfermagem em Portugal, porém o registro obrigatório de todos os enfermeiros só veio acontecer em 1998 após a criação da Ordem dos Enfermeiros.

A criação da Ordem dos Enfermeiros impulsiona o desenvolvimento da profissão, promovendo a defesa da qualidade dos cuidados e concedendo aos enfermeiros autonomia para o desenvolvimento, regulamentação e controle do exercício da

profissão, assegurando a observância das regras de ética e deontológica profissional da enfermagem (Fernandes et al., 2016).

Foi durante o 1º Congresso Nacional de enfermeiros que ocorreu em 1973, se afirmou a necessidade de uma Ordem Profissional, a qual só foi criada pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril (Decreto-Lei nº104/98; Vieira, 2009). Esse decreto-lei publicou em anexo o Estatuto pelo qual a Ordem deveria se reger e previa uma Comissão Instaladora que devia proceder à divulgação da ordem, promover a inscrição dos enfermeiros, promover a instalação física da Ordem, a aquisição de serviços e recrutamento pessoal, organizar os serviços de apoio e promover o processo eleitoral para os órgãos estatutários (Portaria 375/98).

Desde 1974, a enfermagem sofreu profundas mudanças relacionadas com a alteração da carreira, o reconhecimento das competências de acesso a profissão, a estruturação do ensino, o aumento da capacidade de produção e a especialização (Campos, Simões, 2014). No Pós-25 de Abril, ocorreu a extinção dos cargos de auxiliar de enfermagem, passando a existir apenas enfermeiros na base da carreira de enfermagem. Essa transição não foi nada pacífica, pois os auxiliares passaram administrativamente a enfermeiros, com uma formação em nove meses de escolaridade, fato que deixou algumas marcas na profissão (Fronteira, Conceição, Biscaia, 2008).

No campo da saúde pública, é partir de 1946, com a constituição da Federação das Caixas de Previdência que é criada uma rede de serviços de saúde por todo o país. Somente em 1958, surgiu o Ministério da Saúde e assistência com a responsabilidade de gerenciar a área da saúde (Rodrigues, 2013). Na década de 60 foi lançada as bases para a Lei de Bases da Previdência social, porém, apesar da criação do Ministério da Saúde em 1964, os serviços de saúde continuavam dispersos entre vários ministérios (Rodrigues, 2013).

Um marco na história dos CSP em Portugal foi o Decreto-Lei nº 413 de 1971, que criou uma rede nacional de centros de saúde e reconheceu pela primeira vez o direito à saúde aos portugueses. Com esse decreto o Estado assumia a necessidade de integração e dava os primeiros passos para a criação de um Sistema Nacional de Saúde (SNS), e legalmente o Estado mostrava o propósito de assegurar o bem-estar dos Portugueses (Rodrigues, 2013; Decreto Lei nº 413/71).

Nesse Decreto-Lei nº 413 de 1971, de acordo com Campos e Simões (2014) foram explicitadas como função da Direção-Geral de Saúde (DGS) e dos centros de saúde desenvolver inúmeras ações da autoridade sanitária, nas áreas da higiene rural e

de intervenção sanitária em todas as atividades econômicas. Essa legislação trouxe conceitos modernos para a saúde como dar maior ênfase à saúde do que à doença, atribuir maior importância à promoção da saúde e à prevenção de doenças do que às atividades curativas. Esse Decreto-lei nº 413/71 determinou que as práticas de prestação de cuidados fossem alicerçadas na noção de vulnerabilidade, de risco, de promoção da saúde, de prevenção de doença, de saúde e bem-estar, e, até, de envolvimento do doente na melhoria do seu estado de saúde e no da comunidade em que esse se insere, com investimento em educação para a saúde (Campos, Simões, 2014).

Durante alguns anos perduraram essencialmente dois tipos diferentes de práticas, com finalidades e processos contraditórios. De um lado existia uma prática de saúde comunitária com objetivos de promoção da saúde e atuação programada por programas verticais e normalizados, com o foco na qualidade nos processos. De outro existia uma prática de cuidados imediatos, de resposta aos pacientes, sem planeamento por objetivos de saúde, com um elevado número de atendimentos (Branco, Ramos, 2001; Pereira, Costa, 2007).

A partir de 1971 foram criados os primeiros centros de saúde em Portugal, chamados de “centros de saúde de primeira geração”. Esses centros de saúde tinham como objetivos a prevenção e o acompanhamento de alguns grupos de riscos, através de atividades como vacinação, vigilância de saúde, saúde escolar, entre outros (Pereira, Costa, 2007; Torrez et al., 2011). Os cuidados extra-hospitalares eram assegurados pelos Serviços Médico-Sociais (SMS), vulgarmente chamados de caixas que prestavam assistência aos trabalhadores e suas respectivas famílias (Torrez et al., 2011).

A revolução de 1974 conjugou a política de CSP e de universalização de cobertura e o reconhecimento do direito à saúde com a proclamação da nova ordem democrática, a de “lançar as bases de um verdadeiro serviço nacional de Saúde”, proposta que só foi concretizada com a publicação da Constituição de 1976, através do reconhecimento do direito à proteção e defesa da própria saúde, mediante a criação de um serviços nacional de saúde universal, geral e gratuito (mais tarde revisto como “tendencialmente gratuito”) (Portugal, 1976).

Vale destacar a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários realizada em Alma-Ata, em 1978. Na “Declaração de Alma-Ata” ficou definido que os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente e socialmente aceitável, com acesso universal as famílias e indivíduos, mediante sua plena participação e a um custo

que as pessoas e o país possam manter. Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o SNS, sendo que, esses cuidados devem estar próximos aos locais onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento do processo de assistência a saúde (WHO, 1978). Essa declaração foi um evento histórico para os CSP, pois definiu os princípios revolucionários da equidade, justiça social e saúde para todos, além de descrever orientações para a participação da comunidade, promoção da saúde, ao uso adequado dos recursos e parcerias intersectoriais (Lawn et al., 2008).

Vale destacar também a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, também colaborou para adotar uma concepção abrangente de "Promoção da Saúde" sendo definida como o processo através do qual as pessoas ganham o controle da sua própria saúde com a intenção de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, são necessárias políticas públicas voltadas para a promoção da saúde, um ambiente físico e social que sustente essas vidas saudáveis, promoção da saúde no espaço local, aquisição pelas pessoas de competências próprias para promover sua saúde, além de serviços de saúde mais sensibilizados para esse tipo de ação. Nesse sentido, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar (Sakellarides, 2005; WHO, 1986).

O SNS Português foi regulamentado um ano após a “Declaração de Alma-Ata” pelo decreto de lei nº56/79, de 15 de setembro, através do qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição (Portugal, Decreto-Lei nº56/79). Esse decreto também dispõe a integração dos centros de saúde com os serviços médicos. De acordo com Campos e Simões (2014), a reforma dos serviços de saúde associada à melhoria das condições econômicas proporcionaram grandes êxitos que Portugal vivenciou na saúde, no que se refere a melhoria dos indicadores da mortalidade infantil e mortalidade materna, que a Organização Mundial da Saúde reconheceu como exemplo mundial, no seu relatório mundial de 2008 (WHO, 2008).

Nesse contexto, para a promoção da saúde, os enfermeiros necessitam formar e permitir a participação ativa do indivíduo, família e comunidade em todos os aspetos dos cuidados de saúde, favorecendo a autonomia dos pacientes nos serviços de saúde. Para tanto, os enfermeiros devem participar como integrante da equipe de saúde, das

ações que visam satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais que garantam a universalidade de acesso aos serviços, a integralidade da assistência, a resolubilidade, a preservação e a promoção da autonomia das pessoas (Barchifontaine, 2012).

O papel profissional da enfermagem é uma construção histórico-social em permanente evolução, porém a essência da prática de enfermagem é o cuidado (Neves, 2012). Dessa forma, a natureza da prática da enfermagem pode ser influenciada pela realidade política, cultural e econômica de cada país. Em seu estudo Neves (2012) descrevem algumas características da equipe eficaz em Cuidados de Saúde Primários, sendo elas: conhecer e respeitar as funções de cada membro da equipe, reconhecer o compromisso e empenho contínuos, compreender os cuidados de saúde primários e partilhar conhecimento e competências. A comunicação é considerada como elemento transversal para manter a equipa coesa e proporcionar um trabalho colaborativo (Neves, 2012).

Nesse percurso, em 1983 foram criados os “Centros de Saúde de Segunda Geração” também chamados de centros de saúde integrados, pois agregou um conjunto de estruturas, nomeadamente o património físico e humano e duas culturas organizacionais distintas (Torres et al. 2011; Pereira, Costa, 2007). De acordo com Branco, Ramos (2001), o único elemento novo nesse modelo foi a carreira médica de clínica geral, pois esse modelo não conseguiu melhorar de forma consistente os aspetos relacionados as consultas, visitas domiciliare, procedimentos preventivos e de vigilância da saúde. Essa integração conduziu à criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

De acordo com Biscaia (2006) no que se refere as reformas do sistema de saúde Português, no período de 1974 até 1984 consolidam-se os CSP em Portugal, a saúde passa a ser um direito dos cidadãos, surge o SNS suportados numa rede de centros de saúde de segunda geração. De acordo com Rodrigues (2013) o período de 1971 e 1982 proporcionou aos enfermeiros comunitários oportunidades de desenvolvimento profissional, pela expansão dos centros de saúde, a diversidade de funções, trabalho em equipe, além da formação e especialização em Enfermagem em Saúde Pública. No período de 1985-1994, é dada maior atenção à gestão dos serviços, busca-se uma maior separação entre o setor público e privado, a saúde aos cidadãos passa a ser “tendencialmente gratuita” (Torres et al. 2011; Biscaia, 2006).

A Organização Mundial da Saúde na Declaração de Alma-Ata, apresenta o desafio da promoção e proteção a saúde designada como “saúde para todos no século XXI” pretendendo incrementar a saúde de todos os povos do mundo e prevenir e reduzir às principais doenças e lesões (WHO, 1978). Portugal nesse contexto, a fim de atender as recomendações, lançou uma nova reorganização dos centros de saúde pelo Decreto-lei nº 157/99, emergindo assim os “Centros de Saúde de Terceira Geração”, já dotados de autonomia e de gestão administrativa e financeira (Decreto-Lei, nº157/99; Pereira, Costa, 2007). De acordo com Campos, Simões (2014), politicamente os Centros de Saúde de Terceira Geração nunca “saíram do papel”.

Os Centros de Saúde de Terceira Geração criaram novos desafios para os enfermeiros da época, pois previam o exercício da enfermagem de família, intervenções dos enfermeiros nas unidades operativas de saúde pública e de cuidados na comunidade, com atividades completamente diferentes no que diz respeito a organização dos cuidados de enfermagem tradicional (Rodrigues, 2013). Os Centros de Saúde de Terceira Geração visavam a orientação para os pacientes e para a comunidade, dando respostas as necessidades da população, eram pequenas unidades multiprofissionais organizadas por listas de pacientes (Unidades de Saúde Familiar), pequenas áreas geográficas (Unidade de Cuidados na Comunidade) e a comunidade no seu conjunto (Unidades de Saúde Pública), todas as unidades seriam multiprofissionais (Branco, Ramos, 2001). Os CSP são o núcleo do sistema de saúde e devem desenvolver-se no centro das comunidades.

A enfermagem nos CSP visa desenvolver uma vertente familiar e comunitária, enquanto áreas prioritárias para o bem-estar e melhoria do estado de saúde das populações. As adoções adequadas de enfermeiros com qualificação são fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população e para as organizações. Sendo assim o Regulamento nº 533/2014 da Ordem dos Enfermeiros esclarece a conceção de enfermagem comunitária:

É centrada no trabalho com as famílias enquanto entidade responsável pela contínua prestação de cuidados, desde a conceção até a morte, envolve as intervenções no âmbito da promoção e da proteção da saúde, da prevenção da doença, da reabilitação e da prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou em estádios terminais de vida, e pela natureza sistémica e sistemática e em complementaridade funcional com outros profissionais (OE Regulamento nº 533/2014).

A Enfermagem em Portugal já possuía o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros- REPE, que adquiriu forma legal pelo Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro (Decreto-lei nº 161/96). Esse diploma no seu preâmbulo 3, “clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde, mas também junto da população em geral” (Decreto-lei nº 161/96). Com esse Decreto fica estabelecido que para exercer a enfermagem em Portugal é necessário ser detentor do curso que habilita legalmente para o exercício da profissão, não ser impedido judicialmente para tal, nem se encontrar em situação de incompatibilidade (Decreto-lei nº 161/96; Vieira, 2009).

Com a própria evolução da sociedade portuguesa e as suas expectativas de acesso a um cuidado de enfermagem de mais elevada qualificação técnica, científica e ética para atender as necessidades de saúde da população com a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, defende-se um exercício profissional da enfermagem comprometido politicamente. Sendo assim, na regulamentação do exercício da profissão de enfermagem em Portugal, “os enfermeiros constituem, atualmente uma comunidade profissional e científica de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem” (Decreto-lei nº 104/98).

Uma especificidade de Portugal, que não se verifica na maior parte dos outros países da Europa e do mundo, é que a prestação de cuidados de enfermagem em Portugal é realizada apenas por enfermeiros de cuidados gerais e por enfermeiros especialistas (Fernandes, 2010). Não existindo, portanto, outros níveis profissionais responsáveis pela prática do cuidado, sendo, portanto, todas as tarefas do cuidado direto ao paciente executado pelos enfermeiros (Fernandes, 2010).

Os enfermeiros são profissionais que promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o sistema de cuidados de saúde, trabalhando com autonomia e em colaboração para a prevenção de doenças e incapacidades, bem como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde. O enfermeiro detém um papel importante na sociedade, pois o seu trabalho abrange a saúde da população, a promoção da saúde e a prevenção de doenças (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008). Pela sua proximidade com a população, os enfermeiros precisam ser detentores de

competências da prática de cuidados primários de saúde, a fim de, usar todas as oportunidades para influenciar de forma positiva os resultados em saúde, os determinantes sociais e as políticas para alcançar a mudança (Guedes et al., 2016).

Os enfermeiros enquanto profissionais e prestadores de cuidados de saúde inseridos numa das equipas de cuidados primários têm a oportunidade de participarem na formulação de políticas de saúde e gestão de sistemas de saúde e educação, além do imperativo de desenvolver serviços e cuidados de saúde orientados para a multissectorialidade e a multidisciplinaridade. Nesse contexto, emerge a oportunidade para uma maior responsabilização dos enfermeiros na liderança e coordenação de cuidados de proximidade, numa perspetiva de continuidade, integradora e longitudinal (Neves et al., 2013).

A aprovação do Regulamento dos Centros de Saúde, pelo Despacho Normativo 97/83 refere que o “centro de saúde é uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados primários, que visa a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se, globalmente, a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade. Sendo que este deve privilegiar, de modo especial, a personalização da relação entre os profissionais de saúde e os pacientes (Despacho Normativo 97/83). De acordo com Rodrigues (2013), nos centros de saúde o trabalho era organizado por programas onde os enfermeiros tinham áreas geográficas específicas atribuídas.

Em 2002 entra em vigor um novo ciclo político, com o Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 de Abril, que implementa uma reorganização, sendo que os serviços públicos e privados surgem como parte integrante de uma única rede de serviços de saúde financiada pelo Estado (Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 de Abril). Esse ciclo logo termina em 2005, quando toma posse o novo governo que revoga esse Decreto-Lei 60/2003, mantendo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 como guia de planeamento estratégico para a saúde (Ministério da Saúde, 2004).

Em 2005 inicia-se a reforma nos CSP que consistiu na reestruturação organizacional dos cuidados de saúde, sendo criadas equipas multiprofissionais de contato direto com a população, denominadas como Unidades de Saúde Familiares. Em 22 de Setembro de 2005, pela Resolução nº157/2005, foi criada a missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) para o acompanhamento e coordenação da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e implementação das Unidade de Saúde Familiar (Torres, Mendes,

Mendes, Torres, 2011; Resolução nº 157/2005; MS-PT, 2007). O Decreto-Lei nº 28/2008 cria os ACES que devem se articular diretamente com as Administração Regional de Saúde (ARS).

A autonomia de gestão dos ACES foi um dos pontos críticos para o sucesso da reorganização dos CSP, para além do alargamento da oferta de cuidados, assegurando o direito de acesso aos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2007). No Decreto-Lei nº 28/2008 fica estabelecido que o ACES pode compreender as seguintes unidades funcionais: “Unidade de saúde familiar (USF); Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); Unidade de cuidados na comunidade (UCC); Unidade de saúde pública; Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP); Outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários” (Decreto-Lei nº 28/2008).

O trabalho do enfermeiro no contexto dos cuidados de saúde primários permite um contato próximo com as pessoas de uma comunidade (Guedes et al., 2016). Nesse sentido, o desenvolvimento de competências nesse contexto é importante para a obtenção de resultados positivos em saúde, com influência nos determinantes para o desenvolvimento social e políticas para alcançar mudanças (Guedes et al., 2016).

A competência de enfermagem de cuidados gerais foi descrita pela Ordem dos enfermeiros em 2003, sendo atualmente divulgado um documento (Regulamento nº 190/2015) que reagrupa as competências em três domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da prestação e gestão de cuidados e domínio do desenvolvimento pessoal.

Estudo realizado por Guedes et al. (2016), com 46 enfermeiros de cuidados gerais que exercem funções num ACES do distrito do Porto, avaliou as competências desses enfermeiros relativamente aos domínios anteriormente descritos, sendo o domínio com maior nível médio de compreensão e concretização a prática profissional, ética e legal. Já a prestação e gestão dos cuidados apresentou o menor nível médio. De acordo com o estudo, isso significa que os enfermeiros atuam com base nos princípios deontológicos que sustentam a profissão (Guedes et al., 2016).

O que orienta o exercício profissional da enfermagem é a tomada de decisão, a qual deve ter uma abordagem sistêmica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro precisa identificar as necessidades de cuidados em enfermagem da pessoa individual ou coletivo (família, comunidade), após a correta identificação da problemática as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos,

detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Durante o processo de tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Os enfermeiros devem respeitar os deveres previstos no Código Deontológico e a regulamentação do exercício da profissão, que conformam a boa prática da enfermagem (Regulamento nº 190/2015).

Ainda sobre o Código Deontológico do Enfermeiro, é expresso no artigo 80, que:

[...]o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta as necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido; b) participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; c) colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (Lei nº 156/2015).

De acordo com Neves et al., (2013), alguns desafios são postos a enfermagem, pois estes estão próximos ao paciente e comunidade no acesso aos cuidados de saúde oferecendo não só cuidados terapêuticos, mas também cuidados de bem-estar e de aconselhamento. Além de colaborarem na capacitação para a tomada de decisão para o autocuidado, ao longo de todo o ciclo de vida. Possuem um domínio de intervenção que abrange a promoção da saúde, a prevenção da incapacidade e da doença e sua gestão, a promoção e a defesa de ambientes saudáveis e seguros (Neves et al. 2013).

Partindo de tal premissa, os enfermeiros que trabalham em USF devem prestar cuidados de saúde personalizados, garantindo acessibilidade e continuidade, mantendo e melhorando o estado de saúde das pessoas por elas abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, abrangendo os contextos sociofamiliares dos pacientes (Pisco, 2007). De acordo com Pisco (2007) a criação das USF é um processo voluntário da base para o topo, com total envolvimento dos profissionais da saúde (Pereira, Costa, 2007). Estas unidades podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C, que assumem diferentes patamares de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva (Decreto-Lei nº 298/2007).

Em 2010, o processo da “Reforma de 2005” entra em um novo modelo de governança da reforma dos CSP, pois para o governo era “necessário internalizar os dispositivos de prossecução da reforma de 2005 e consolidar as transformações organizacionais a nível nacional, regional e local”, de forma a diminuir as disparidades e desigualdades de evolução e qualidade. Para tanto, foram criadas três estruturas: a

Coordenação Nacional⁴, a Coordenação Estratégica⁵ e o Conselho consultivo⁶ (MS-PT, 2010).

O Plano Nacional de Saúde, prevê o desenvolvimento dos CSP durante o período de 2011-2016, como um conjunto de medidas globais que contribuem para o reforço da rede nacional de CSP. Esse plano propõe algumas áreas específicas de intervenção que se consideram subvalorizadas, como as áreas de cessação tabágica, comportamentos alimentares, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva e saúde oral (Miguel, Sá, 2010).

Esse novo modelo que ainda hoje vem acompanhado por uma reorganização da intervenção comunitária, um esforço com o cuidado no domicílio e dos cuidados continuados, com a implementação das unidades móveis de situações selecionadas e de redes de apoio a família (Biscaia, 2006). De acordo com Biscaia (2006) não se vai conseguir mudar ou aproveitar todas as potencialidades da Reforma, fazendo tudo da mesma forma, ou seja, pensando e fazendo do mesmo modo, para o autor é preciso desenvolver um pensamento capaz de fazer face à cada vez maior complexidade da saúde em uma perspectiva global.

⁴ Tem como funções: “(i) Conduzir o processo de reforma dos CSP nas instituições e aos vários níveis; (ii) Decidir sobre a concretização de alterações estruturais na rede de serviços; (iii) Harmonizar e agilizar os processos de recrutamento, mobilidade e distribuição dos recursos envolvidos na reforma; (iv) Desenvolver aos vários níveis os dispositivos instrumentais da reforma: apoio e acompanhamento, contratualização e sistemas de informação; (v) Orientar e assegurar a produção.” (MS, 2010).

⁵ Tem como funções: (i) Auscultar e analisar contributos das instituições e dos actores envolvidos na reforma, designadamente os profissionais a nível local, associações profissionais, sociedades científicas e centros de investigação; (ii) Manter actualizado um quadro de orientação estratégica geral, publicamente disponível, que constitua um guia de referência para todos; (iii) Apoiar os membros do Governo na concertação e harmonização das estratégias parcelares dos principais actores envolvidos na execução da reforma, designadamente a ACSS, a DGS e as cinco ARS; (iv) Preparar instrumentos conceptuais e orientadores de apoio ao aprofundamento das transformações organizacionais em curso, designadamente relacionados com o desenvolvimento das unidades funcionais; (v) Delinear um modelo de desenvolvimento contínuo de competências de governação dos órgãos e elementos dirigentes; (vi) Delinear um modelo de avaliação formativa centrada no desenvolvimento e gestão organizacional e seus protagonistas, a todos os níveis; (vii) Exemplificar uma prática de transparência e de comunicação da reforma, através de relatórios de progresso periódicos, que contemplem de modo sucinto e objectivo: descentralização de competências das ARS para os ACES; recursos humanos dos CSP; reforço dos processos de apoio e de contratualização de âmbito regional; alicerces estruturais e instrumentais da reforma, designadamente as infra-estruturas e a arquitectura dos sistemas de informação e respectivas tecnologias de informação e comunicação; desenvolvimento organizacional e de competências de gestão nos ACES; saúde populacional e saúde pública; saúde pessoal e familiar; intervenção comunitária e cuidados específicos a grupos com necessidades especiais de saúde; desenvolvimento da governação clínica e da saúde nos CSP e processos de participação dos cidadãos e da comunidade; (viii) Criar grupos de trabalho ou de projecto para tarefas específicas, nos termos da legislação aplicável (MS, 2010b:2-3).

⁶ Tem como funções: (i) Aconselhar o Governo em tudo o que considerar relevante para a prossecução da reforma dos CSP; (ii) Analisar e emitir parecer sobre a evolução da reforma em geral e sobre os relatórios de progresso elaborados pelo Grupo de Coordenação Estratégica, em particular (MS, 2010).

A reforma nos cuidados de saúde primários cuja a reorganização assistencial estabeleceu o desenvolvimento de equipas de saúde multidisciplinares, com possibilidade de comunicação entre os sujeitos que os constroem na prática e que interagem entre si. A equipa de saúde precisa compreender a diversidade dos seus componentes, as competências e os saberes dos seus profissionais, compartilhando saberes. Nesse sentido, o desafio de um trabalho em equipa multidisciplinar exige não só colaboração, mas sobretudo interação e negociação entre os seus membros, visando a construção da desejada interdisciplinaridade (Neves, 2012).

De acordo com Neves (2012) a interdisciplinaridade pressupõe um olhar transversal capaz de revelar aspetos não aparentes, que se tornam aparentes na interligação entre as diferentes disciplinas da saúde que compõe um “todo” de conhecimento. Esse entrelaçamento multidisciplinar pode contribuir para compreender a complexidade do ser humano (Neves, 2012).

A enfermagem é um potencial enquanto elemento central de qualquer equipa multidisciplinar no contexto do Cuidados de Saúde Primários. Pois proporcionam cuidados nos mais variados ambientes em que as pessoas se encontram: suas casas, nos locais de trabalho, nas escolas e em diversos contextos da comunidade (Neves et al., 2013). Assim, possuem um posicionamento privilegiado para intervir no processo dinâmico de promoção da saúde, visando colaborar para a responsabilização das pessoas e reforçando as ações e envolvimento da comunidade na definição de prioridades, tomada de decisão, planeamento e implementação de estratégias para alcançar uma saúde melhor (Neves et al., 2013).

De acordo com Torres et al. (2011), a reforma nos CSP que ainda esta em curso, tem como uma das principais marcas as USF, as quais foram passando por diversas alterações ao longo dos anos, esse processo de construção pressupõe uma maior diversidade de oferta de cuidados e uma crescente possibilidade de escolha por parte dos pacientes. O mesmo autor avalia como principais avanços “a acessibilidade, o trabalho em equipe, a qualidade técnico-científica dos cuidados, as inovações nas práticas de gestão, na sustentabilidade das condições de trabalho e na infraestrutura dos serviços” (Torres et al., 2011 p. 530).

De acordo com autores Campos e Simões (2014) a saúde pública viu suas estratégias reafirmada, pois foram incorporados na legislação Portuguesa (Decreto-Lei nº137/2013, de 07 de outubro) os conceitos mais recentes da OMS, o que coloca a Saúde Pública e os serviços de Saúde pública portugueses a par das estratégias definidas

e das tarefas, práticas e responsabilidades recentes assumidas pela Saúde Pública em toda Europa. Portanto, o reforço da Saúde Pública é essencial para o investimento em saúde e para o sucesso do desenvolvimento das sociedades, para o seu progresso político, social e econômico (WHO, 2008).

Campos e Simões (2014) referem que a saúde pública Portuguesa como há 40 anos atrás, continua a acompanhar o estado da arte dos países mais desenvolvidos, bem como, continua apta a saber lidar com os principais problemas de saúde da população na atualidade, principalmente com as doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis por 85% das mortes e 77% da carga da doença na Europa (Beaglehole et al., 2011).

Portanto, a saúde pública trouxe impactos importantes na saúde e bem-estar da população portuguesa, na medida em que diminuiu a incidência de doenças incluídas no Plano Nacional de Vacinação, diminuiu a mortalidade materna e infantil, permitiu a adesão e o uso de meios de contraceção, fomentou a aquisição de hábitos de higiene pessoal, coletiva e oral, aquisição de hábitos de alimentação saudável, aquisição de uma cultura de utilização de água de consumo e de recreio de qualidade e com segurança e a aquisição de uma cultura de coresponsabilidade pela saúde coletiva.

As reformas no SNS conduzidas ao longo das últimas décadas têm-se concentrado em aspetos relacionados com o financiamento da atividade assistencial e com os modelos organizacionais. É fundamental uma nova organização na composição da força de trabalho em saúde, onde a prestação de cuidados seja organizada em torno das necessidades dos pacientes e não das profissões de saúde (Campos, Simões, 2014).

Os cuidados de saúde primários representam um desafio as competências dos enfermeiros, na medida em que estes têm que desenvolver programas integrados e parcerias na área da saúde. Nesse sentido, a comunidade é um ambiente propício para a intervenção inovadora do enfermeiro devido a diversidade de grupos, contextos e necessidades de saúdes da população. Nos CSP os enfermeiros têm maior autonomia e oportunidades para promover iniciativas de cuidados, além de o ambiente de trabalho ser compreendido como menos hierárquico que o ambiente hospitalar (Neves, 2012).

Assim, o desenvolvimento de competências nos CSP é importante para a obtenção de resultados positivos na saúde, com impacto nos determinantes para o desenvolvimento social e político para alcançar a mudança (Guedes et al., 2016). Em qualquer sistema de saúde baseado nos CSP, o papel dos enfermeiros tem um lugar de destaque (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2008). Da mesma forma, os enfermeiros possuem um papel importante na sociedade, na reunião de esforços para

enfrentar os desafios nos CSP, a fim de garantir a continuidade dos cuidados e os direitos fundamentais da população (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2008).

As intervenções da enfermagem comunitária ao longo de todo esse processo procuraram responder às necessidades dos cidadãos, estabelecendo ligações institucionais, articulando intervenções, atuando na promoção da saúde, prevenção de agravos, no tratamento, reabilitação e nos cuidados de fim de vida (Rodrigues, 2013). Nesse contexto, com o auxílio dos enfermeiros os CSP conseguiram materializar seus princípios e tornar mais próximo e equitativos os cuidados de saúde em Portugal.

Atenção Primária à Saúde no Brasil

É fundamental conhecer um pouco da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) a fim de que possamos avaliá-la, valorizá-la e aperfeiçoá-la. Quando o Brasil era uma colônia de Portugal, os serviços de saúde das tropas militares subordinavam-se aos cirurgiões dos exércitos de Portugal. Os problemas de higiene eram responsabilidade das autoridades locais que se preocupavam com a sujeira das cidades, a fiscalização dos portos e o comércio de alimentos. A presença de médicos era solicitada pelos moradores, mediante cartas ao rei, apesar das dificuldades de ter profissionais dispostos a vir para o Brasil (Paim, 2009).

No início do século XIX, com a transferência da família real para o Brasil estabeleceu-se os cargos para delegados nas províncias. Durante as reformas no Império, foi criada a Inspeção Geral de Higiene, a Inspeção Geral de Saúde dos Portos e de um Conselho Superior de Saúde Pública, onde foram adotadas as primeiras medidas preventivas de saúde pública (Paim, 2009). A primeira Santa Casa foi criada em 1543, onde a assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, já as pessoas que dispunham de recursos eram cuidadas por médicos particulares. A enfermagem era exercida por leigos, voluntários e escravos, de forma bastante simples, não sendo exigido qualquer nível de escolaridade (Pereira, 2015).

No início do século XX as campanhas de saúde foram realizadas no Brasil sob moldes quase militares que implementaram atividades de saúde pública. A característica autoritária dessas ações levou a oposição por parte da população, políticos e líderes militares, culminando na “revolta da vacina”, em 1904, que se caracterizou por uma resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola sancionada por Oswaldo Cruz (Paim et al., 2011). Até o início do século XX, o pessoal de enfermagem

que prestava assistência hospitalar era em pequeno número e mal preparado, a maior parte dos cuidadores recebia treinamento por médicos, irmãs religiosas ou por pessoas que já atuavam há algum tempo na função dentro dos serviços de saúde. Em 1832, já se encontrava regulamentada a lei que regulamentava a profissão de parteira (Pereira, 2015).

A organização dos serviços de saúde no Brasil antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tinha por um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como “saúde pública” e por outro, a saúde do trabalhador, inserida no ministério do trabalho; e ainda as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e empresarial (Paim, 2009).

De acordo com Almeida et al. (1991), alguns dos instrumentos de trabalho da enfermagem no processo de “cuidar” são: a observação em enfermagem, o levantamento de dados, o planejamento, a evolução, a avaliação dos pacientes, os sistemas de assistência, os procedimentos técnicos e de comunicação e integração entre pacientes e enfermagem e entre os diversos profissionais. Sendo assim, o trabalho de enfermagem vai desde o “cuidar” de enfermagem até a participação no planejamento em saúde, ou seja, “administrar” também é uma atividade de enfermagem (Almeida et al., 1991). Nota-se que o cuidar engloba o indivíduo, a família e a comunidade, inclui as ações educativas e administrativas e a participação coletiva no planejamento da saúde (Almeida, Rocha, 1997).

Nos primeiros anos do século XX foram criadas várias instituições de ensino de enfermagem: o curso para a formação de Enfermeiras em São Paulo (1912), a Escola de Enfermeiras Voluntárias, no Rio de Janeiro (1914) e o curso profissional de Enfermeiras no Rio de Janeiro (1916), todos vinculados a Cruz Vermelha Brasileira (Moreira, Oguisso, 2005). Em 1921, foi criada a Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública, embora só tenha iniciado suas atividades em 1923, com o objetivo de atender as demandas estruturais da então capital federal, a cidade do Rio de Janeiro. Em 1926 essa passou a ser denominada Escola Anna Nery e atualmente Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Concomitante à criação desta escola foi criada a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) para regulamentar a profissão, pois havia inúmeros grupos de pessoas sem preparo formal que desenvolviam ações próprias da enfermagem (Moreira, Oguisso 2005). A lei 5.905/1973 criou os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) e Conselho

Federal de Enfermagem (COFEN), esses conselhos tem como objetivo normalizar e fiscalizar a prática profissional dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fazendo cumprir a Lei do Exercício Profissional. Trata-se de uma autarquia, vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (Lei 5.905/73).

A Lei nº 775/49 regulamentou o ensino da Enfermagem no país e regulamentou os dois níveis de formação: o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem e com a promulgação da Lei 4024/61 definiu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional o ensino universitário sendo este regulado por determinação do estado (Gottens et al., 2007). De acordo com Barbiani et al. (2016), a enfermagem é desafiada a buscar caminhos que respondam, de forma crítica e afetiva, às questões de saúde que são postas na vida em sociedade. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 descrevem orientações para a elaboração dos currículos das profissões da área da saúde, nas instituições de ensino do Brasil. Preconiza que a formação do enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (Brasil, 2001). Nesse contexto, a enfermagem sendo uma profissão socialmente reconhecida e formalmente legalizada, deve:

constituir-se dos critérios de universalidade, racionalidade, autoridade e competência profissional. A função peculiar da enfermeira é prestar assistência de enfermagem ao indivíduo doente ou sadio, família ou comunidade, no desempenho de atividades para prevenir a doença, manter ou recuperar a saúde (Almeida et al., 1991, p.64).

A natureza e a prática da enfermagem são influenciadas pela realidade que compreende a política, a economia e a cultura e essa realidade pode mudar dependendo do País (Rocha, Almeida, 2000). Nesse sentido, a enfermagem é vista como “uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação da saúde, atuando em equipe” (Rocha, Almeida, 2000. p. 97).

A proposta do sistema de saúde brasileiro, começou a se estruturar durante meados da década de 1970 quando surgiu um amplo movimento social, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade. A Reforma Sanitária Brasileira, também conhecida como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde, foi organizado por segmentos populares, estudantes, investigadores, docentes e profissionais da saúde, bem como: instituições acadêmicas e sociedades científicas

como a Sociedade Brasileira para o progresso da ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), entidades comunitárias, profissionais e sindicais também constituíram o movimento social. Foram esses integrantes, ativistas, intelectuais e as entidades que elaboraram as bases para que se desenvolve um projeto de Sistema Nacional de Saúde (Paim, 2009).

O Movimento Sanitário é uma experiência rica e singular no campo de luta pelas políticas públicas de saúde, transformando o conteúdo da participação social, reconhecendo a diversidade de interesses e projetos em disputas na sociedade; acrescentando a conotação de cidadania; propondo maior participação, ou seja, a representação direta da sociedade (Brasil, 2006).

Fato a se destacar ainda nessa época é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF), realizada em Alma-Ata, em 1978, a qual expressou a necessidade de ações urgente dos governantes e daqueles que trabalham no campo da saúde e no desenvolvimento da comunidade mundial, assim deveriam proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo, como um direito humano fundamental e como meta social mundial. Essa conferência propôs levar saúde para toda a população mundial no ano 2000, tendo como estratégia a APS (Giovannella e Mendonça, 2008).

Destaca-se nesse processo de consolidação da APS no Brasil a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, realizada em Ottawa, onde foi aprovada a Carta de Ottawa o documento mais importante como marco conceitual da promoção da saúde, carta que apresenta o conceito amplo de saúde como “o mais completo bem-estar físico, mental e social determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais” (WHO,1986). O conceito de promoção da saúde estabelecida nessa conferência reforça a importância da ação ambiental e da ação política, bem como a mudança no estilo de vida (Westphal, 2012).

O setor da saúde precisa responder a uma pluralidade de necessidades como às demandas de intervenções tecnológicas de alta complexidade que se dão em ambiente hospitalares e também precisam atuar nos espaços aonde as pessoas vivem o seu cotidiano, de modo a proporcionar uma vida saudável (Rocha, Almeida, 2000). Assim, um novo modelo assistencial foi se delineando tendo como o foco de atenção a família,

considerando o seu contexto, o estilo de vida e a promoção da saúde como fundamento básico (Rocha, Almeida, 2000).

É em 1986 que é estabelecido um espaço político que proporcionou a reorientação das políticas públicas na oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em Brasília, com ampla participação de trabalhadores, governos, pacientes e parte dos prestadores de serviços de saúde. Na oitava Conferência Nacional a saúde é conceituada como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Brasil, 1986, p. 4).

De acordo com Cunha e Cunha (2001) a CNS significou um marco na formulação das propostas das mudanças do setor de saúde. Nessa conferência ocorreu a definição de um conceito abrangente de saúde; saúde como direito de cidadania e dever do estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. O relatório final dessa conferência inspirou o capítulo da “saúde” na Constituição Federal Brasileira, desdobrando-se posteriormente nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do SUS.

A definição de novas diretrizes curriculares para a enfermagem demandou a incorporação de conteúdos que proporcionassem o exercício de novas atribuições para atender as necessidades de saúde no SUS (Brasil, 2001). A lei 7.498/1986 e o Decreto 94.406/1987 constituem os dispositivos legais que regulam o exercício profissional da enfermagem. Declarando que esse trabalho pode ser executado por enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares e parteiras, desde que devidamente inscritos no seu respectivo Conselho Regional de Enfermagem (COREN). É a partir dessas leis que fica regulamentado o exercício do enfermeiro, definem-se as competências, os deveres e as obrigações dos profissionais de enfermagem, especificando cada nível de responsabilidade.

Na Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988, se definiu as bases legais para a organização do SUS, seguindo os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. A Constituição em seus artigos 196 a 200 reconhece “a saúde é direito de todos e dever do estado”. O SUS foi regulamentado somente na década de 90, pelas Leis Orgânicas de Saúde - LOS nº 8080/90 e seu complementar nº 8.142/90. Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas

lutas e esforços empreendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988 (Paim, 2009).

O SUS Brasileiro tem como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar. O desenvolvimento da Atenção Primária à saúde ou atenção básica como é chamada no Brasil, tem recebido muito destaque no SUS (Paim et al., 2012). Devido as suas características os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde podem ser utilizados como sinônimos, sem que se torne um problema conceitual. No presente estudo, utiliza-se o termo Atenção Primária à Saúde para caracterizar a atenção de primeiro nível (Silva, 2014) e por ser o termo mais utilizado a nível internacional.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ampliou o escopo e a concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a reestruturação dos sistemas locais de saúde (Brasil, 2012). As características específicas da APS, incluem: atenção ao primeiro contato, implicando em acessibilidade e uso do serviço, para se estabelecer como porta de entrada do sistema de saúde o primeiro requisito é que este seja acessível; de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença da doença; garantia de cuidado integral, o paciente deve receber todos os tipos de serviços de atenção a saúde, desse modo, com a continuidade da relação profissional e paciente, estes passam a criar vínculos permitindo uma relação humanizada e atenção mais integral; coordenação/ integração das diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (Starfield, 2004).

Nessa perspectiva, a Atenção Primária a Saúde deve estar orientada para a comunidade, reconhecendo suas prioridades em saúde, centrar-se na família, para responder as necessidades de saúde de seus membros, bem como ter competência cultural para dialogar e reconhecer as diferenças e diversidades dos grupos populacionais (Starfield, 2004).

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006, p.10) define:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho

em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos pacientes com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006, p.10).

Existe evidências de que os sistemas de saúde com forte orientação para a APS, em contraste com aqueles com baixa orientação, são mais adequados, pois se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de se enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das situações crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes, por apresentarem menores custos e reduzirem a utilização de procedimentos mais caros; mais equitativos, que discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres; e de maior qualidade por que colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças e ofertam tecnologias mais seguras para os pacientes e profissionais da saúde (Mendes, 2010).

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) apontam que, por vezes a APS é vista como algo menos complexo por utilizar tecnologias de menor densidade. Mas os autores advertem que a tecnologia é de alta complexidade quando tomamos a questão do conjunto de sentidos da integralidade da assistência, principalmente no que se refere ao modo de organização dos serviços e práticas de saúde.

A estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Primária à Saúde, teve início quando o Ministério da Saúde formulou em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. A partir desse programa o Ministério da Saúde percebe a importância dos agentes nos serviços básicos nos municípios. Assim, somente em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido. Inicialmente rotulado como “programa”, este foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde (Rosa, Labate, 2005).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu em 1997, que o programa seria chamado de Estratégias de Saúde da Família (ESF), passando esta a ser a política oficial do SUS para a organização da APS, a qual tem sua assistência centrada na família e direcionada para a comunidade (Campos et al., 2008). A ESF visa atender o

indivíduo e família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Algumas características da ESF como a delimitação do território de atuação com uma determinada população sob a responsabilidade de uma equipe de saúde, favorece especialmente o processo de vinculação com os pacientes, isso é possível devido à existência de contatos mais frequentes e de uma relação continuada que é uma condição facilitadora do processo de humanização, dessa forma essa aproximação com o ambiente familiar favorece a compreensão e o enfrentamento do conjunto dos problemas vivenciados pelas famílias (Brasil, 1997).

Na ESF, a equipe é multiprofissional e composta, no mínimo, por um médico generalista ou especialista em saúde da família, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, pode-se acrescentar a essa composição, um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2012). Nesse contexto, o trabalho em saúde é coletivo no âmbito da ESF, pois é baseado em equipe multiprofissional, com interdisciplinaridade, permitindo uma diversidade maior de ações, propiciando uma nova concepção de saúde (Marques, Silva, 2004). A ideia central no trabalho em equipe é que todos são responsáveis pelo trabalho coletivo, socializando o direito de opinião sobre a organização do serviço e de participação na gerência e elaborando o planejamento das ações (Marques, Silva, 2004).

O Ministério da Saúde tem investido na ampliação da cobertura das Equipes de Saúde da Família, por entender a importância desta estratégia na melhoria da resposta à saúde. O Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a qual tem induzido e reforçado a cultura de contratualização e avaliação da APS, além de coletar informações sobre a estrutura, condições de funcionamento, acesso e qualidade da atenção prestada (Portaria 1.645/2015). Esse programa tem como objetivo introduzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção primária, como garantia de um padrão de qualidade, comparável nacional, regional e local, de forma a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais (Portaria 1.645/2015).

A enfermagem tem papel importante como membro ativo na ESF pelo desenvolvimento de práticas integrativas e integradores de cuidado, tanto na educação e promoção da saúde, quanto no fomento de políticas voltadas para o bem-estar social das famílias e comunidades (Backes et al., 2012).

As atribuições específicas dos enfermeiros que atuam na atenção básica de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012), são:

Realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando necessário, no domicílio e ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; Realizar consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupos e conforme protocolos solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar os pacientes a outros serviços; Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; contribuir participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde (Brasil, 2012. p.46).

Compreende-se as práticas de saúde como parte de um processo de trabalho coletivo, realizado por diversos agentes, com atividades interdependentes e complementares. “Estão articuladas a outras práticas da sociedade e são contributos das relações entre os diferentes atores sociais na intervenção sobre o processo saúde/doença, em determinados contextos sociais” (Lima, Almeida, 1999. p.89). De acordo com Rosa e Labate (2005), o problema do modelo assistencial está no processo de trabalho profissional-centrado que acaba tendo o enfoque central na produção de cuidado e da cura. Para a mudança nesse modelo de atenção, existe a necessidade de formar um profissional de enfermagem mais próximo das pessoas, famílias e comunidades, assumindo o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população.

Lima et al. (2012), destaca a complexidade do trabalho em equipe a qual precisa ser construído no cotidiano por meio de relações mais dialógicas, democráticas e solidárias entre os seus proponentes, especialmente de construção de um projeto de atenção integral a partir dos diversos saberes e práticas. Nesse sentido, os pacientes não costumam ser protagonistas na produção do seu cuidado e no seu próprio viver, uma vez que as decisões são tomadas apenas pelos profissionais, deixando de lado a população, a quem as ações se destinam.

É fundamental ressaltar a concepção sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde (Merhy, 2007), o trabalho criador, que trás possibilidade de mudança. Esse conceito discute o cotidiano e o espaço de autonomia dos trabalhadores, valorizando-os como sujeitos em ação, capazes de realizarem transformações pelo exercício de seu autogoverno. Para esse autor, o trabalho em saúde ocorre quando existe um encontro entre um paciente, portador de uma necessidade em saúde, e um trabalhador, portador

de um dado arsenal de saberes e práticas (Merhy, 2007). Por outro lado, a micropolítica do trabalho em saúde, traz a discussão do trabalho morto (que são os produtos ou meios-ferramenta ou matéria-prima) já produzidos por um trabalho humano.

Para que ocorra um encontro de cuidado, deve estar no mínimo duas pessoas (um paciente e um profissional) que como pessoas dignas, cidadãs, e iguais no devido mérito de respeito, mesmo possuindo diferenças em seu percurso de vida, e quanto ao momento do processo saúde-doença em curso, precisam estabelecer um diálogo efetivo, com base na igual dignidade, para um bem cuidar (Zoboli, 2009). Assim, o encontro em saúde é dependente do saber fazer do enfermeiro, o qual pode contribuir para um caminhar mais autônomo no modo de andar a vida do seu paciente. Trata-se de um processo dinâmico onde profissionais e pacientes são responsáveis pela construção do cuidado, ao trocar, sinais, sintomas, fatos, emoções e sentimentos, a partir do estabelecimento de laços de confiança e vínculo (Zoboli, 2009).

O trabalho vivo em ato é dividido em três níveis: o leve, que inclui as relações de vínculo, acolhimento, estabelecidas entre profissional-paciente ou entre profissional-profissional o qual se produz no trabalho vivo, em ato; o trabalho leve-duro, que trata dos saberes específicos de cada profissão, bem estruturados como a clínica, a epidemiologia e os demais profissionais que compõe a equipe; e o trabalho duro, que esta relacionado com as máquinas, equipamentos para tratamento, exames e as estruturas organizacionais de cada ambiente de trabalho (Merhy, 1997). É fundamental se estabelecer processo de trabalho cada vez mais partilhado, pensado em uma lógica paciente-centrado, que permita a construção de vínculos e compromissos entre os profissionais e pacientes (Merhy, 2007).

Merhy (2007) descreve que no encontro entre um profissional da saúde e um paciente, existem três tipos e valises (caixa de ferramentas tecnológicas) que o trabalhador utiliza para agir nesse processo de interseção. A tecnologia dura, está vinculada à sua mão e aos equipamentos, a segunda esta vinculada aos saberes e conhecimentos (tecnologia leve-dura) e a terceira esta presente no espaço relacional trabalhador-paciente e contém tecnologias leves, implicadas com a produção das relações entre os dois sujeitos, que só têm materialidade em ato.

As valises devem ser utilizadas de modo a ordenar a produção de saúde, através de todos os envolvidos nesse processo (profissionais, pacientes e gestores) os quais estão sempre em um trabalho vivo em ato, de modo a retomar o objeto de trabalho no

campo da saúde, que é a produção de cuidado, considerando-se a complexidade desse atuar em saúde e a necessária multidisciplinaridade do agir (Merhy, 2007).

Nessa perspectiva, a clínica ampliada se apresenta como ferramenta para que os processos de trabalho do enfermeiro se destinem à produção do cuidado centrado nos pacientes, a fim de abordar, além da doença, o sujeito em seu contexto e no âmbito coletivo (Brasil, 2012). Campos (2005) sugere para melhorar o sucesso no tratamento ao paciente evitar recomendações culpabilizantes, trabalhar com ofertas e não apenas com restrições, evitar iniciar as consultas questionando aferições e comportamentos, evitar assustar o paciente, equilibrar o combate à doença com a produção de vida. Portanto, como podemos identificar as diretrizes para a clínica ampliada são apresentadas a partir de relatos de “hábitos” comuns das equipes da atenção primária à saúde.

Como integrante da equipe de ESF, a participação do enfermeiro se dá de forma individual ou na interface com as equipes multiprofissionais quando da elaboração, da execução e da avaliação de planos terapêuticos de saúde (Brasil, 2012). Ele atua como membro ativo na equipe de saúde e tem intervenções pautadas em políticas públicas de saúde, Leis do Exercício Profissional, portarias ministeriais e municipais. Na ESF a participação do enfermeiro é fundamental para o planejamento, a execução e a avaliação da programação de saúde, bem como das ações de vigilância em saúde.

Um estudo que buscou identificar as práticas exercidas pelos enfermeiros junto às Unidades Básicas e às Equipes de Saúde da família indicou que elas são desenvolvidas no âmbito do serviço (consultas de enfermagem, procedimentos e a promoção da saúde, imunização, acolhimento), na comunidade (grupos de promoção da saúde na comunidade, visita domiciliar, educação em saúde nas escolas) e na gestão e formação (supervisão e treinamento, planejamento, supervisão e avaliação dos serviços, relatórios, apoio administrativo) (Barbiani et al., 2016). O estudo discute que a maioria do trabalho está atrelado ao fazer técnico e focalizado na atenção direta curativa com sobrecarga de trabalho, enquanto o que se esperaria no contexto dos cuidados primários é um trabalho orientado pelo cuidado integral (Barbiani et al., 2016).

O reconhecimento que os problemas de saúde ultrapassam as barreiras e delimitações das profissões e que o cuidado reveste-se de uma complexidade que exige diversos saberes e fazeres (Mishima et al., 2009). Portanto, como ressalta Rocha e Almeida (2000 p. 100):

o conhecimento capaz de fundamentar o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a Filosofia, que corresponde à grande questão existencial do homem, a Ciência e Tecnologia, tendo a Lógica formal como responsável pela correlação normativa e a Ética, isso é, numa abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana (Rocha, Almeida, 2000. p. 100).

Para entender os processos de trabalho na atenção primária à saúde, é necessário ter presente os protagonistas que interagem nesses processos. Nesse sentido, o paciente deve ser o foco central dos cuidados através da atenção dos profissionais da saúde e dos agentes comunitários de saúde, com o respaldo dos gestores e do próprio sistema integrado de saúde (Junges et al., 2009). O olhar multiprofissional permite uma clínica ampliada, a qual integra além dos conhecimentos específicos sobre a ontologia das doenças, outros saberes ligados ao contexto e às subjetividades implicadas, permitindo uma verdadeira hermenêutica clínica (Junges et al., 2009).

Para ter esse olhar clínico ampliado é necessário superar a tradição dos procedimentos padronizados, e criar itinerários terapêuticos adequados a cada paciente, levando em consideração a história pessoal dos sujeitos. A clínica ampliada exige um trabalho criativo, que envolva todos os atores da produção de saúde, ou seja, pacientes, profissionais, gestores e sistema (Junges et al., 2009). Um dos principais desafios para uma efetivação da ESF é a transferência inconsciente de procedimentos do ambiente hospitalar, do modelo clássico biomédico para a atenção primária à saúde. A clínica ampliada parece ser um caminho para que a atenção primária faça uma verdadeira clínica, a qual deve atender às dimensões subjetivas e sociais do processo de saúde/doença e do processo de trabalho, constituindo itinerários terapêuticos baseados na pactuação entre paciente e profissional (Junges et al., 2009).

Como evidenciado, na Atenção primária à saúde a clínica do enfermeiro acontece em diferentes espaços de interação com os pacientes do serviço, sendo os principais a Unidade de Saúde e o domicílio, em modalidades de atendimento individuais e coletivas. O desafio a enfermagem esta posto, assumir o lugar social como sujeito da ação para uma nova prática de relações, incluindo “tecnologias leves” como vínculo, acolhimento, a autonomização e o estar disponível para as relações.

Moral, Ética e a Bioética

Moral e ética são conceitos habitualmente empregados como sinônimos, ambos referindo-se a um conjunto de regras de conduta consideradas como obrigatórias (La Taille, 2006). Essa preocupação em esclarecer os termos se justifica, pois, muitas pessoas veem na palavra ética um conceito cheio de promessas filosóficas ou então uma referência a atitudes nobres. Ética e moral se relacionam como uma ciência específica e seu objeto (Schneider, 2010). A convenção mais adotada para diferenciar o sentido moral do de ética é que o primeiro conceito é usado para o fenômeno social e, o segundo para a reflexão filosófica ou científica sobre ele (La Taille, 2006). De acordo com autores Isabel e Michel Renaud (1996) privilegia-se o vocábulo da ética ao da moral, como se fosse mais “nobre” falar de ética e mais “conservador” falar de moral, isso provavelmente tem origem no pressuposto de que moral seria resultado de uma atitude moralizadora que estaria mais para julgar o homem do que compreendê-lo.

O ser humano encontra no seu universo cultural a presença de hábitos, costumes, obrigações sociais, individuais, leis “morais” que ele não inventou. Esse conjunto de normas que encaminham o agir do ser humano em um determinado caminho provém do exterior (pode ser a instância parental ou familiar ou a prática social habitual). Enquanto essas proposições ou obrigações morais não ultrapassam o grau de exterioridade com a qual se apresentam inicialmente ao sujeito, fala-se de moral heterónoma, pois o sujeito não interiorizou o conteúdo das leis morais e obrigações. Para que essa interiorização ocorra é preciso passar da moral para a ética; reciprocamente, para dar o peso da obrigação aos fundamentos que a ética revela, é preciso que a ética opere nessa mudança para a moral. Portanto, a ética não pode prescindir da moral. (Isabel, Michel Renaud, 1996)

A origem etimológica do termo “moral” provém do latim *mos* ou *mores* que quer dizer “costume ou costumes”, no sentido de conjunto de regras ou normas adquiridas por hábito (Freitas, 2006). De acordo com La Taille, (2006) todas as comunidades humanas são regidas por um conjunto de regras/normas de condutas, por proibições de vários tipos, e se houver transgressão das regras, acarretará sanções socialmente organizadas. Toda a organização social humana tem uma moral, na medida em que existe a necessidade do homem de instituir regras de como conviver com outras pessoas, sendo que essas regras provêm da própria sociedade (Freitas, 2006). Nesse

sentido, pode-se dizer que a moral é prescritiva, pois ela trata da obrigação, ou seja, do “dever ser” (Renaud e Renaud,1996).

Foucault discute a ambiguidade da palavra moral, enfatizando que “moral” pode significar um conjunto de valores e de regras de conduta propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédios de aparelhos prescritivos como a família, escolas, igreja, entre outros, o que caracteriza o “código moral”. Portanto, existem os códigos e as condutas frente aos códigos. Ou seja, também se entende por “moral, o comportamento real dos indivíduos em sua relação com as regras e os valores que lhe são propostos, a maneira como submetem ou rejeitam um princípio de conduta ou como respeitam ou negligenciam um conjunto de valores (Foucault, 2006). Nesse sentido, há diferentes maneiras do indivíduo “se conduzir”, para que o agir, não o faça simplesmente como agente, mas sim como um sujeito moral dessa ação (Foucault, 2006).

Por outro lado, a “ética” tem sua raiz no termo grego *éthos* que quer dizer “modo de ser” ou “caráter”, enquanto forma de vida, o ser humano também adquire ou conquista esse modo de ser (Freitas, 2006). A ética é o trabalho de reflexão filosófica e científica da moral (La Taille, 2006). Nesse sentido, a ética não é moral e, portanto, não pode ser vista como um conjunto de normas e prescrição. A ética leva o sujeito a reflexão fundamentada em princípios que norteiam suas condutas e tomada de decisões. O objeto da ética é constituído de atos conscientes e voluntários dos indivíduos, os quais podem repercutir e trazer consequências a outros sujeitos. De acordo com Isabel e Michel Renaud (1996 p.35) “a ética procura a fundamentação do agir, ao passo que a moral mostra como as leis morais se formam, se hierarquizam, se aplicam aos casos concretos mediante a decisão e o recurso dos valores”. A ética aparece como uma meta moral, e a moral como ampliação institucional da ética (Isabel e Michel Renaud, 1996). Nesse sentido, pode-se dizer que a ética descreve, pois ocupa-se com o problema da fundamentação da moral (Isabel e Michel Renaud,1996).

Foucault chama de ética a relação que o sujeito deve ter consigo mesmo, a maneira como o indivíduo se constitui a si mesmo como um sujeito moral de suas próprias ações (Foucault, 2006). A ética é uma análise racional das obrigações que o ser humano tem, não só para com os outros, mas também para consigo mesmo (Gracia, 1998).

Muitas são as definições de ética e moral, La Taille (2006) explica que chama-se de moral os sistemas de regras e princípios que respondem à pergunta “como devo agir? E ao conceito de ética cabe a pergunta “que vida quero viver?” as respostas dadas

a essa pergunta se reserva o conceito de ética, ou seja, à questão da felicidade ou “vida boa”.

De acordo com Cortina (2005) a ética tem uma tripla função: a primeira seria esclarecer o que é moral, quais são seus traços específicos; segundo fundamentar a moralidade, isto é, procurar averiguar quais são as razões que conferem sentido ao esforço dos seres humanos de viver moralmente. E terceiro, aplicar no âmbito da vida social os resultados obtidos nas duas primeiras funções, de maneira que se adote uma moral crítica em vez da subserviência a um código. Para esta autora a moral responde à pergunta “O que devemos fazer?” E a ética “Por que devemos?” (Cortina, 2005).

Outros filósofos também fazem essa reflexão como Paul Ricour (1990), o qual reserva a palavra ética para falar ao tema da “vida boa” e a palavra moral para as normas caracterizadas pela pretensão a universalidade e com efeitos de coação”. Nesse sentido, falar de moral é falar de deveres para com outrem e consigo mesmo, e falar em ética é falar em busca de uma “vida boa” ou em busca de uma vida que “vale a pena ser vivida”. O autor Paul Ricour (1990) equaciona um projeto ético-moral e o adágio que orienta toda a estrutura do mesmo é: “aspiração a uma vida realizada, com e para os outros, em instituições justas”. Com essa afirmação o autor coloca em destaque o querer bem do outro, o bem para si mesmo, o bem para comunidade local e global, estando incluídas as questões da paz mundial, do meio ambiente e da distribuição justa das conquistas da humanidade (Paul Ricour, 1990).

Nesse sentido, o agir ético do enfermeiro precisa articular a ética e a moral. Como vimos Paul Ricoeur (2008) diz que a ética é a busca por uma vida boa realizada, ou seja, se transferirmos esse questionamento para o enfermeiro, teremos que enfermeiro quero ser? A moral nesse contexto, vai fazer a articulação dessa busca com as normas divergentes, ou seja, o questionamento que enfermeiro devo ser? Muitas vezes, os valores que determinam essa vida boa entram em conflito com as normas. Também existe a necessidade de se definir o que é uma vida boa, por isso, definimos o mínimo humano do qual devemos partir, para que depois cada um possa buscar seus ideais de vida boa. Porém, isso não elimina os conflitos de valores e é nesse contexto que se instala o problema ético.

De acordo com La Taille (2006 p.29), “para compreender os comportamentos morais dos indivíduos precisamos conhecer a perspectiva ética que eles adotam. Ou seja, a pergunta do plano ético ‘*que vida quero viver?*’ implica outra: ‘*quem quero ser?*’”.

Não há possibilidade de pensar a ética sem contemplar a dimensão da identidade, e esta, sem a busca de atribuição pessoal (e coletiva) de valor.

Portanto, falar de moral é falar em deveres, e falar de ética é falar em busca de uma “vida boa” ou uma vida que “vale a pena ser vivida”. De acordo com Paul Ricoeur (1990), a felicidade não é dada por nenhuma experiência particular, mas pela consciência da direção que damos as nossas vidas. Daqui para a frente, o trabalho irá abordar essas definições, mostrando que a dimensão afetiva da ação moral tem suas raízes nas opções éticas dos indivíduos.

Tendo esclarecido a compreensão que se toma neste estudo para os conceitos de moral e ética, destaca-se ainda os problemas e dilemas de natureza ética que ocorrem no cotidiano das práticas em saúde, os enfermeiros têm sido cada vez mais solicitados a analisar uma determinada situação, a se posicionar de acordo com certos princípios e valores, dando respostas coerentes e resolutivas. A bioética tem sido utilizada nesse cenário como um recurso para o processo de posicionamento e tomada de decisão, além de permitir mediar os problemas éticos existentes no campo da saúde (Zoboli, 2006).

A bioética aparece descrita na literatura como uma nova maneira de focar a ética nas ciências da vida e da saúde, combina estudos de reflexão e traça uma ponte entre as ciências biológicas e as humanas, mediante um diálogo inclusivo, plural e responsável na busca da sabedoria, entendida como a compreensão de como usar o conhecimento para o bem social e a promoção da dignidade humana e da boa qualidade de vida (Zoboli, 2006).

De acordo com Zoboli (2010a) os problemas éticos na atenção primária à saúde referido pelos profissionais de saúde têm se referido a aspetos da relação clínica. Por isso, pensar a bioética no contexto da APS é considerar um reforço da sensibilidade e do compromisso ético, com responsabilidade. Van Rensselaer Potter, foi o proponente da bioética na década de 1970 defende uma bioética global e voltada ao social, como uma área do conhecimento multidisciplinar como uma *ponte* entre as ciências biológicas, da saúde e a ética, que se fundamenta em direitos e responsabilidades, dimensões que não são exclusivas e/ou excludentes, e sim polos de um *continuum*. O autor refere a bioética como a “ciência da sobrevivência”.

Vale destacar, que em 1978, foi publicado o relatório Belmont o qual identifica três princípios fundamentais na abordagem ética dos conflitos resultante das pesquisas com seres humanos: autonomia, a beneficência e a justiça. Beauchamp e Childress (2013) em sua obra *Principles of Biomedical Ethics* analisam sistematicamente os

princípios morais que devem ser aplicados aos problemas da prática assistencial, o qual se tornaria um modelo teórico, o princípalismo bioético, fundado em quatro princípios: autonomia, a beneficência, não-maleficência e justiça (Ramos, 2007).

A bioética surgiu no contexto do debate sobre “poder” da ciência e da tecnologia sobre a vida humana, da necessidade de discutir o avanço tecnológico das ciências da saúde e as relações dos profissionais com os pacientes (Schneider, 2010). Nesse sentido, a bioética apresenta-se como um processo de deliberação individual e coletiva, a fim de buscar a melhoria da vida humana individual e, sobretudo, coletiva (Junges, Barbiani, Zoboli, 2015). De acordo com Schneider (2010), a bioética não é uma mera ética profissional, mas também e fundamentalmente uma parte da filosofia política, uma disciplina social e política.

A bioética no campo da saúde ganhou grande visibilidade pois trata dos valores relativos à saúde e a doença, a vida e a morte dos seres humanos (Schneider, 2010). Os objetivos da vida humana são principalmente sociais e políticos e como o propósito das profissões da área da saúde partem desse objetivo, é importante perceber que a bioética esta atrelada inevitavelmente com fatos que ocorrem além das instituições de saúde (Gracia, 2000). Por isso, pode-se pensar que a bioética é um processo de deliberação acerca dos limites individuais e coletivos da via humana (Schneider, 2010).

Ramos (2007) destaca que a bioética é um desafio cotidiano, nascida no movimento intelectual e social, que se propõe a questionar seus próprios sujeitos, em relação a si mesmos, suas práticas, seus saberes, seu lugar e seu compromisso nesta sociedade. É, por tanto, um instrumento disponibilizado para ser utilizado nos espaços cotidianos do agir, como na saúde, onde o encontro enfermeiro-paciente acontece e onde os discursos, as ações e as relações entre os sujeitos ocorrem.

Nesse contexto, um cuidado ético em enfermagem é visto como qualquer ação destinada a abordar as necessidades do paciente, portanto o cuidado ético em enfermagem é sinônimo de bons cuidados de enfermagem (Milliken, Grace, 2015). A premissa de que toda a ação de enfermagem tem um conteúdo ético deve ser compreendida pelos profissionais (Milliken, Grace, 2015). Independente do posicionamento de cada autor referente aos termos ética e moral, a enfermagem tem como um de seus princípios fundamentais o exercício de atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade e, portanto, estes princípios devem estar presentes na prática cotidiana (Schneider, 2010).

Tanto a Associação Americana de Enfermagem (ANA) quanto o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) em seus códigos de ética refletem o fato de que a profissão de enfermagem é inerentemente de natureza relacional (CIE, 2012). A Associação Americana de Enfermagem designou o ano de 2015 como o “ano da ética”, colocando a ênfase da profissão no interesse e na prestação de cuidados éticos, pois a ética permeia todos os aspectos da saúde e da prática de enfermagem (ANA, 2015).

De acordo com Deodato (2010) o enfermeiro ao planejar os cuidados de saúde que irá prestar, considera a opinião do paciente, mas isso não retira a sua responsabilidade pela decisão, transferindo-a para o outro. Ou seja, a decisão é de responsabilidade do enfermeiro, o qual deve decidir sobre os cuidados de enfermagem, mas a construção dessa decisão precisa ter a inclusão do paciente na busca da melhor solução. Com base em Ricoeur (1990), pode-se dizer que isso significa, acima de tudo, chamar a si (ao enfermeiro) as decisões e praticar os atos necessários.

A enfermagem tem uma ética própria pautada em um agir profissional com características específicas, com princípios e valores próprios. A enfermagem tem um campo de intervenção autônomo na saúde que é a prestação de cuidado ao paciente, com uma adequada delimitação disciplinar, apesar de estar inserida num contexto multiprofissional e pluridisciplinar (Fernandes, 2010). A APS não existe se não tiver um processo de trabalho em equipe, pois, os problemas éticos necessitam de uma reflexão ética na perspectiva do sujeito coletivo, ou seja, um coletivo de subjetividades que detém uma mesma cultura, onde os indivíduos se organizam reflexivamente tendo em vista o alcance de um objetivo comum (Junges, Barbiani, Zoboli, 2015).

Sendo assim, o enfermeiro lida com situações próprias do seu domínio de intervenção em saúde que os pacientes e a sociedade esperam que ele resolva. Considerando a realidade do Brasil e Portugal, faz-se necessário caracterizar a sensibilidade moral dos enfermeiros nesses contextos, uma vez que a compreensão de que os valores, crenças e práticas de saúde de diferentes culturas é essencial para prestar cuidados apropriados e culturalmente relevantes.

Sensibilidade Moral dos enfermeiros

Na literatura o termo mais comumente utilizado para dar conta da percepção moral é *moral sensitivity* (Semberoiz, 2015). Contudo, Churchill (1989) em seu trabalho, utiliza a expressão *moral sensibility*. Em ambos os casos, a tradução para o português é a mesma: sensibilidade moral. O termo sensibilidade moral foi descrito inicialmente por um psicólogo chamado Rest (1982) em um esforço para conceituar e estudar empiricamente o comportamento ou habilidade para “interpretar uma situação ao perceber a potencial influência de sua ação sobre o bem-estar dos outros” (Rest, 1982, p.31; Vanderheide, Moss, Lee, 2013). Para Churchill (1989) *moral sensibility*, significa um compromisso existencial que não pode ser aprendido pelas regras e os procedimentos da moralidade comum, engloba sentimentos morais e virtudes especiais que formam parte da tradição profissional, e pelas quais seus membros entram em sintonia com as nuances morais de suas atividades profissionais.

Estudo de Carse (1991) afirma que a sensibilidade moral (*moral sensitivity*) engloba dois significados. O primeiro é a capacidade que permite identificar os detalhes eticamente relevantes do contexto, e em consequência “aplicar” adequadamente os princípios éticos a um problema em particular. O segundo sentido, é “a capacidade de perceber da melhor maneira possível como se sentem os outros, e como se compreendem a si próprios e a suas circunstâncias (Carse, 1991:12). Para Carse (1991), essa capacidade moral pode ser desenvolvida e exercitada, com maior ou menor êxito. Portanto, apesar dos autores Churchill (1989) e Carse (1991) utilizarem diferentes expressões (*moral sensibility e moral sensitivity*), estes podem englobar-se, sem detrimento no conceito (Semberoiz, 2015).

De acordo com La Taille (2006), a dimensão intelectual para a o agir moral pressupõe o conhecimento das regras, dos princípios e dos valores, bem como, conhecimentos culturais, psicológicos e científicos. Nesse contexto, a sensibilidade moral é uma expressão utilizada para referir-me à capacidade de perceber questões morais em situações nas quais elas não aparecem com toda a clareza, ou seja, perceber a dimensão moral implicada. A falta de sensibilidade moral levaria possivelmente a ações imorais, ou no mínimo, inadequadas (La Taille, 2006).

A sensibilidade moral pressupõe vontade e capacidade de pensar, pressupõe a capacidade de “ler nas entrelinhas”, de interpretar sinais, de perceber a sensibilidade alheia. Para realizar uma ação moral nenhuma grande bagagem cultural é exigida, nem

tão pouco é só para especialistas é preciso ter disposição para analisar com mais cuidado o fato ocorrido e uma certa fineza de pensamento permitindo ir mais além do que o aparente. Em muitas situações do cotidiano as dimensões morais não se apresentam de forma clara, algumas vezes elas estão presentes de forma encoberta, dissimulada. O importante é que possamos percebê-las e trabalhá-las (La Taille, 2006).

Um exemplo simples, utilizado para descrever sensibilidade moral foi utilizado no livro de La Taille, (2006).

Imaginemos um professor de filosofia, que tenha entre seus alunos, o próprio filho. Ele sabe que este não é dos melhores alunos. Na hora de corrigir a prova final do semestre (aquela que decide da aprovação e da repetência) esse professor tem escrúpulos: ao corrigir a prova de seu filho, corre o risco de ser complacente de mais, privilegiando-o e cometendo uma injustiça em relação ao resto dos alunos. Mas há também o risco contrário: de medo de privilegiá-lo, ele pode ser severo demais, e, logo, injusto. Tais escrúpulos já são fruto de um equacionamento moral feito pelo professor: perceber a situação especial na qual ele se encontra, e as dificuldades que ele pode, à revelia sua, encontrar para corrigir a prova do seu filho com justiça. Mas então, o que fazer? Eis uma questão de procedimento (La Taille, 2006, p. 86).

Para esse exemplo, uma solução pode ser a seguinte: pedir a um colega que corrija a prova para o professor, sem é claro, dizer-lhe o nome do aluno (La Taille, 2006). A dificuldade reside em pensar qual atitude que melhor garanta que a moral seja, de fato, respeitada. Trata-se de uma decisão que pressupõe um equacionamento moral, não tanto para decidir o que é correto ou incorreto, mas para escolher um procedimento que garanta a justiça (La Taille, 2006).

Pode-se pensar que esse dilema do professor não tem implicações morais derivadas do fato de ele corrigir a prova do próprio filho, pois alguns professores devem achar perfeitamente normal corrigirem eles mesmos as provas decisivas de seus filhos, não enxergando na situação os perigos da injustiça. Por isso, se fala que a sensibilidade moral é a capacidade de perceber as dimensões morais em situações (ou em certas ações) nas quais elas não aparecem com toda a clareza, ou seja, uma certa sensibilidade é necessária para perceber a dimensão moral implicada. A sensibilidade moral é, portanto, um “saber” específico, ou, uma “sabedoria” e não mera decorrência de estudo. Por isso existem pessoas cultas e insensíveis e há pessoas moralmente sensíveis apesar da parca bagagem intelectual que possuem (La Taille, 2006).

Carol Gilligan (1982) em seus estudos comparou as respostas de crianças, meninos e meninas ao dilema de Heinz, segundo ela essas duas posturas morais diferentes, uma masculina, que dá ênfase ao reconhecimento dos direitos, igualdade e reciprocidade (à justiça) e outra feminina, que dá ênfase ao cuidado, à conexão entre

peças (generosidade). Essa diferença de juízo identificada nos gêneros, corresponde ao equacionamento moral realizado pelo menino e a sensibilidade moral pela postura da menina. Ou seja, o equacionamento moral destaca os elementos morais, pensa nos pressupostos e implicações e os hierarquiza. Por isso, se diz que há algo de lógico e matemático no equacionamento moral, sendo que a palavra derivada de “equação”. O equacionamento moral baseia-se sobre a ideia de “sujeito de direitos”. Por outro lado, a sensibilidade moral fica mais preocupada com o contexto, aos detalhes e a singularidade dos sujeitos. Ela baseia-se na ideia de “sujeito psicológico”. La Taille (2006) descreve que tanto o equacionamento moral quanto a sensibilidade moral são condições necessárias à ação moral.

Dentre as muitas propostas de análise do comportamento relacional dos seres humanos, destaca-se a “teoria sobre o desenvolvimento moral”, elaborada por Lawrence Kohlberg. Esse autor propõe três níveis progressivos de explicitação do raciocínio moral de todas as pessoas: nível pré-convencional, nível convencional e nível pós-convencional. Esses níveis contêm um total de seis estágios distintos. Os estágios um e dois se restringem a obedecer ordens, vindas de autoridades superiores, evitando punições e buscando a realização de interesses pessoais (Kohlberg, 1989). O nível convencional é formado pelo estágio três (boa intenção, bom comportamento) e o estágio quatro (orientação para a manutenção da sociedade) aparece nesse nível a manutenção das expectativas da família, grupo, ou nação do indivíduo e é percebida enquanto valiosa por si só, sem relação com as consequências imediatas e óbvias. O nível pós-convencional, consiste nos estágios cinco e seis da classificação, que seriam observados nos indivíduos que ao reconhecerem direitos e normas determinados autonomamente por cada pessoa, adotariam princípios éticos universais de justiça, escolhidos livres de qualquer coação, o que caracteriza a mais elevada expressão de consciência moral (La Taille, 2006).

Segundo Kohlberg (1989), os indivíduos evoluem progressivamente dentro desses estágios à medida que amadurecessem e, quando atingem um determinado nível não podem mais regressar aos estágios anteriores, não sendo concebível saltar qualquer estágio ou retornar a etapas anteriores. O autor compara o avanço pelos estágios ao ato de subir uma escada, degrau a degrau. Em seus vários estudos Kohlberg (1989) não conseguiu identificar indivíduos no estágio 6 da escala, o que explicaria a sua tardia tentativa de retirar da classificação original.

Ainda, vale destacar, que na literatura também existe um modelo dos quatro componentes da conduta moral, onde o desenvolvimento moral é considerado como uma sucessão de “ondas que se sobrepõe” com as quais o sujeito constrói, através de tentativas, um esquema moral (Rest et al., 1994). Trata-se de uma reformulação da teoria de Kohlberg, na qual a “metáfora da escada” com uma sequência rígida de níveis e etapas para descrever o desenvolvimento do raciocínio moral, dá lugar aos papéis de diferentes processos psicológicos. Semberoiz (2015) descreve esses quatro componentes na formação da conduta moral. O primeiro seria a “sensibilidade moral”, que é um componente que permite “interpretar a situação como moral” e inclui a “construção imaginativa de possíveis cenários, o reconhecimento de cadeias de causas e consequências no mundo real, a empatia e a aceitação de funções” (Rest, 1994:23). O segundo, o “julgamento moral”, é a capacidade de “julgar, entre os diferentes cursos de ação, qual é o mais justificado”, ou seja, julgar o que é certo e errado (Rest, 1994). O terceiro é a “motivação moral”, que prioriza valores morais sobre outros valores pessoais (Rest, 1994). E o quarto “caráter moral”, que é a capacidade de “construir e colocar em prática ações que servem à escolha moral” tendo força nas convicções, coragem, persistência e superação (Rest, 1994:24). Portanto, esses quatro componentes são instâncias psicológicas que atuam em conjunto, em uma “combinação de processos cognitivos e afetivos” que não podem ser distribuídos em uma sequência fixa (Semberoiz, 2015).

Como é possível evidenciar a sensibilidade moral é um entre os quatro componentes desse processo cognitivo, sendo que a capacidade de perceber os aspectos éticos de uma situação é fundamental para que ocorra o desenvolvimento das demais etapas do processo (Milliken, Grace, 2015). Rest (1983.p.22) definiu a sensibilidade moral com sendo “a consciência de como nossas ações afetam outras pessoas” e como “necessária para se tornar ciente de que uma questão moral está envolvida em uma situação”.

De acordo com Semberoiz (2015), os “componentes” sensibilidade, juízo, motivação e caráter são processos cognitivos e emocionais intimamente entrelaçados. A sensibilidade moral se encontra fortemente condicionada pelos níveis de cognição mencionados. Bebeau (2002) refere que a sensibilidade moral se transforma em sensibilidade ética quando o indivíduo, no exercício de uma profissão, por exemplo a enfermagem, incorpora as categorias mais concretas dos códigos de ética profissional.

Quanto as correntes teóricas da sensibilidade moral, algumas se destacam (Weaver, 2007). A primeira é a de Rest (1994), desenvolvida dedutivamente a partir das teorias existentes de desenvolvimento moral, ele retrata a sensibilidade moral como positiva e obrigatória para a prática profissional. Esse quadro teórico é utilizado por investigadores da odontologia, educação, jornalismo e contabilidade (Weaver, 2007). Os instrumentos desenvolvidos por esse quadro teórico incluem o *Dental Ethical Test Sensitivity* (DEST) (Bebeau, Rest, Yammor, 1985) e o *Racial Ethical Sensitivity Test* (Brabeck, Rogers, Sirin et al, 2000). O segundo quadro teórico é o da Kim Lutzen (1993), a qual desenvolveu indutivamente a partir de estudos qualitativos envolvendo enfermeiros psiquiátricos da Suécia. Essa autora explica como os enfermeiros tomam decisões sobre aqueles que estão sob seus cuidados pelo uso da capacidade cognitiva baseada na intuição e sentimentos (Lutzen, 1993). Lutzen (1993) desenvolveu o *Moral Sensitivity Questionnaire* (MSQ). Uma terceira conceitualização provém a partir da perspectiva das pessoas que utilizam serviços profissionais e consideram essa percepção da ética controversa aos negócios, marketing e mídia de comunicação em massa. Estudos dessa natureza investigam as atitudes dos compradores sobre as atividades antiéticas (Bone, Carey, 2000), revelando a questão da responsabilidade como um componente da sensibilidade moral.

Nesse contexto, na literatura de enfermagem, a sensibilidade moral é definida como a compreensão contextual e intuitiva da situação de vulnerabilidade do paciente, tendo uma visão sobre as consequências éticas das decisões tomadas em nome do paciente (Lützn, Evertzon, Nordin, 1997). Em um estudo posterior (Lutzen et al., 2006) o conceito foi ampliado envolvendo mais dimensões do que a capacidade cognitiva, incluindo também sensações, sentimentos, conhecimento moral e habilidades.

A sensibilidade moral pode ser definida como aquela que permite que os enfermeiros reconheçam a natureza essencialmente ética da prática de toda a ação de enfermagem (Ersoy, Goz, 2001). A sensibilidade moral desempenha um papel importante no processo de tomada de decisão ética dos enfermeiros (Kim, Kang, Ahn, 2013; Han et al., 2010). Ela é necessária para a identificação dos problemas éticos na relação com o paciente e para avaliar os valores apropriados incorporados nas soluções possíveis. Portanto, a sensibilidade moral permite que os enfermeiros estejam conscientes dos problemas éticos da sua prática e permite a busca de soluções criativas para estes problemas (Kim, Kang, Ahn, 2013).

Para Lutzen et al. (2006), a sensibilidade moral consiste em sentimentos como: carga moral, força moral e responsabilidade moral. Esses fatores estão interrelacionados conceitualmente e indicam que a sensibilidade moral envolve mais dimensões do que a capacidade cognitiva. A carga moral é causada por um problema ou situações que envolve valores morais, onde o enfermeiro tem uma capacidade de perceber as necessidades do paciente, tem dificuldades para lidar com os sentimentos causados pelo sofrimento do paciente, tem uma consciência de fazer o bem, mas falta recursos ou autoridade para agir em conformidade com o que acredita que deveria ser feito (Numminen et al., 2016). Essa carga moral, parece ser uma dimensão “negativa” da sensibilidade moral, pois o enfermeiro muitas vezes, pode não ser capaz de resolver os problemas éticos e isso faz com que este se sinta sobrecarregado e talvez com a consciência perturbada (Lutzen et al., 2006). A força moral colabora para os enfermeiros falar sobre assuntos difíceis com o paciente e familiares, é, portanto, uma coragem para agir e argumentar no sentido de justificar as ações em favor do paciente, em vez de defender a si próprio. A responsabilidade moral indica a obrigação moral de trabalhar de acordo com as regras e regulamentos e ser capaz saber o que é um problema ético a partir de uma perspectiva individual do paciente (Lutzen et al., 2006). Enfermeiros com significativa responsabilidade moral fornecem um bom cuidado de enfermagem, mesmo em caso de recursos inadequados e saber o que é bom ou ruim para o paciente (Numminen et al., 2016).

A sensibilidade moral é, portanto, um requisito fundamental para compreender a capacidade do enfermeiro reconhecer, interpretar e responder de forma apropriada os problemas éticos na relação com o paciente, percebendo o potencial de influencia de suas ações sobre o bem-estar dos pacientes (Lutzen et al, 2006). Dessa forma, para tomar uma decisão ética o enfermeiro precisa ter e mostrar sensibilidade para a situação de vulnerabilidade do paciente. Em outras palavras, a sensibilidade moral permite distinguir os problemas éticos de outros problemas. A sensibilidade não é só uma questão de *feeling*, ou seja, confiar nas suas próprias emoções para identificar um conflito moral, mas sim um componente pessoal, adquirido pela experiência pessoal, para “sentir” o significado moral em uma determinada situação (Lutzen et al, 2006).

Ser capaz de distinguir os sentimentos, fatos e valores de uma situação e refletir sobre ela, é uma capacidade cognitiva, pré-condicionada por uma motivação moral de “fazer o bem”. Dessa maneira, quando assumimos que o cuidado é o centro da prática

dos enfermeiros, e um fator motivacional, podemos pensar que a motivação moral e a sensibilidade moral estão ligadas entre si (Lutzen et al., 2006).

O estudo de You, Maeda, Bebeau (2011) refere que na literatura, os termos sensibilidade moral e sensibilidade ética são usados muitas vezes como sinônimos. Em ambientes profissionais, o termo sensibilidade ética é mais utilizado para descrever as expectativas de diferentes profissionais decorrentes das normas e códigos que regem a prática profissional (Bebeau, 2002). A sensibilidade ética se refere ao conhecimento da teoria e princípios da ética (Lutzen, Dahlqvist, 2006). Portanto, a sensibilidade ética inclui conhecer os regulamentos, códigos e normas de uma profissão e reconhecer quando se aplicam (Bebeau, 2002).

Já o termo sensibilidade moral envolve a capacidade de ver os fatos do ponto de vista de outros indivíduos e grupos de forma mais abstrata, a partir das perspectivas legais, institucionais e nacionais, ou seja, a sensibilidade moral refere-se à atuação pessoal dentro do relacionamento interpessoal (Lutzen et al, 2006). De acordo com You, Maeda, Bebeau (2011), a sensibilidade ética é de certo modo a sensibilidade moral dentro de uma determinada profissão.

Nesse estudo, será utilizado o termo sensibilidade moral, pois acredita-se que esse é um fenômeno complexo que envolve mais de uma capacidade cognitiva, envolve as relações com o paciente e o conhecimento do contexto do problema (Lutzen et al., 2006). A sensibilidade moral pode ser vista como um tipo de resposta emocional, sendo um componente necessário que permite ativar o processo de tomada de decisão ética (Lutzen, Johansson, Nordstrom 2000). Para ser coerente com os estudos referenciados nessa construção teórica utilizaremos os termos de acordo com a terminologia utilizada pelos autores sendo referenciados. E também, porque é impossível depreender que, para os enfermeiros, a sensibilidade moral destes incorporará necessariamente, e, em grande medida, determinará a sensibilidade ética.

De acordo com Ersoy, Groz (2001) a sensibilidade ética é definida como “a capacidade ou habilidade de reconhecer um problema ético”. Para esses autores, o desenvolvimento da sensibilidade é competência necessária para reconhecer as dimensões éticas da prática clínica (Ersoy, Groz, 2001). Esses autores utilizaram o método das vinhetas para avaliar a sensibilidade ética dos enfermeiros na Turquia, quatro cenários hipotéticos foram apresentados, 1- baseado na autonomia (elementos que incluem a recusa de tratamento, dizer a verdade) 2- foram considerados os princípios da justiça, beneficência e autonomia (elementos que incluem informações

confidenciais, paciente conta um segredo) 3- veracidade (ser honesto com o paciente) 4- veracidade, autonomia, beneficência/não-maleficência (não causar danos e prevenir danos) (Ersoy, Groz, 2001).

Por outro lado, Weaver, Morse, Mitcham (2008, p.610), realizaram uma análise de conceito e explicam a sensibilidade ética como:

A capacidade de decidir com inteligência e compaixão, dada a incerteza em uma situação de cuidado, desenhada como necessária para a compreensão crítica dos códigos de conduta ética, experiência clínica, conhecimento científico e autoconhecimento, com uma capacidade adicional de antecipar as consequências e a coragem para agir (Weaver, Morse, Mitcham, 2008, p.610).

Weaver, Morse, Mitcham (2008), também descrevem a sensibilidade ética como um tipo de “sabedoria prática” que pode ser usada e desenvolvida pelo profissional para promover cuidados de qualidade. Os atributos essenciais da sensibilidade ética para esses autores são identificados como: percepção moral, afetividade e dividindo de lealdades. Estes atributos permitem o reconhecimento, compreensão, atualização e a avaliação em uma determinada situação. A característica central é a tomada de decisão dentro da incerteza da prática profissional. Contudo, esses autores não desenvolveram medidas para avaliar o conceito de sensibilidade ética (Weaver, Morse, Mitcham, 2008).

Van der Zande et al. (2013), usou a definição de Weaver et al., (2008) para desenvolver um novo quadro teórico de sensibilidade ética para a prática profissional. Apresentam a sensibilidade moral dentro de dois domínios: o dos profissionais e o institucional. Dentro de cada domínio a sensibilidade moral esta dividida em conhecimento moral explícito (podem ser observadas, perguntadas) e conhecimento tácito (implícito, difuso, significa fazer algo inteligente de maneira intuitiva), esse último conhecimento é difícil de investigar devido ao seu caráter implícito (Van Zande et al., 2013).

Uma baixa sensibilidade moral afeta negativamente o ambiente de trabalho e o comportamento dos profissionais (confiança reduzida nos colegas, interações desrespeitosas e falta de compromisso) (Jackson, Cleary, Mannix, 2013) e pode predispor os enfermeiros a enfrentar problemas éticos e colocar em risco o atendimento ao paciente (Huang et al., 2016^a). Com a promoção da sensibilidade moral dos enfermeiros será possível a melhoria na qualidade do atendimento e na satisfação profissional.

O aspecto interpessoal da tomada de decisão moral é identificado na literatura como um fator de sensibilização na forma como as questões éticas são identificadas na

prática dos cuidados de saúde (Lutzen, Johansson, Nordstrom, 2000). A sensibilidade moral pode ser expressa como uma verdadeira preocupação pelo bem-estar do paciente (Lutzen et al., 2006).

Jaeger (2001) refere que a sensibilidade moral é uma habilidade prática que possibilita reconhecer quando um ato, situação ou certos aspetos do cuidado tem implicações morais. As ações dos enfermeiros afetam os outros de forma diferente, às vezes, de forma imprevisível, mas sempre de forma moral significativa. Os enfermeiros experienciam inúmeras interações na ordem da comunicação interpessoal podendo encontrar algumas barreiras como: diferença de poder, intimidação institucional, barreiras linguísticas, vulnerabilidades do paciente em função da doença, todas essas situações do cotidiano dos cuidados de saúde invocam a sensibilidade moral do enfermeiro para os efeitos e implicações de suas ações para o paciente (Jaeger, 2001).

Para sintetizar os conceitos já abordados no decorrer deste capítulo, utiliza-se o estudo de Milliken (2016), a qual revisou 25 artigos sobre sensibilidade ética, publicados entre 1983 e 2015. Sendo, os principais quadros conceituais utilizados na enfermagem baseados em quatro autores, como se pode visualizar no quadro a seguir.

Quadro 1. Quadro Conceitual, Instrumento e definições*

Quadro Conceitual	Instrumento	Definição de sensibilidade ética
Rest (1982)	-	A consciência de como nossas ações afetam outras pessoas.
Lutzen et al. (2010)	Moral Sensitivity Questionnaire	Uma compreensão da situação vulnerabilidade do paciente, bem como uma consciência das implicações morais das decisões que são tomadas em seu nome.
Ersoy e Goz (2001)	Vinhetas	A capacidade ou habilidade de reconhecer um problema ético (ou uma dimensão ética quando um conflito ético não está presente).
Weaver et al. (2008)	-	A capacidade de decidir com inteligência e compaixão, dada a incerteza em uma situação de cuidado, desenhada como necessária para a compreensão crítica dos códigos de conduta ética, experiência clínica, conhecimento científico e autoconhecimento, com uma capacidade adicional de antecipar as consequências e a coragem para agir.

*(Fonte: Milliken, 2016, p.5)

De acordo com a literatura, alguns fatores pessoais se inter-relacionam na construção da sensibilidade moral do enfermeiro, são fatores como: a percepção do conflito moral, benevolência, afetividade, responsabilidade, valores éticos e morais, compromisso, intuição, atitude, empatia, coragem, receptividade, altruísmo, curiosidade, reflexão, veracidade, intolerância a atos antiéticos, consciência dos efeitos das ações, desenvolvimento psicossocial e cognitivo moral do profissional, gênero, idade e religiosidade. A compreensão desses fatores é fundamental para a prática ética e para o desenvolvimento da sensibilidade moral dos enfermeiros (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2017^a).

O cuidado em saúde é influenciado pelas normas e valores que os enfermeiros se baseiam para a tomada de decisão (Buyuk, Rizal, Gudek, 2015). Nesse sentido, a responsabilidade ética dos enfermeiros é muitas vezes maior do que a sua responsabilidade técnica e, portanto, espera-se que estes estejam sensíveis aos problemas éticos (Kim et al., 2005). O enfermeiro precisa ter compromisso com a cidadania e com a promoção da saúde integral do ser humano, elemento fundamental para o exercício de competências e habilidades gerais para desenvolver a atenção à saúde (Schneider, 2010). Estudo de Dehghani et al. (2015), refere que o caráter individual e a responsabilidade desempenham um papel importante na sensibilidade ao cumprimento da ética profissional e no desenvolvimento moral. Dalla Nora et al., (2016) em estudo realizado com enfermeiros da Espanha refere que a sensibilidade moral de um indivíduo passa por um processo de desenvolvimento e mudança de forma contínua, modificando conforme a produção da sua vida.

Existem fatores complexos que envolvem a sensibilidade moral, são elementos como a empatia, atitude, coragem, receptividade, afetividade e a percepção do conflito moral, que nos permitem questionar: Será possível adquirir sensibilidade moral? Estudo (Robichaux, 2012) descreve que embora a sensibilidade possa ser inata, ela não pode ser desenvolvida se o enfermeiro permanecer em um “vácuo moral”, portanto, é fundamental um ambiente de apoio que incentive a promoção da sensibilidade moral. A afetividade é um componente relacional que não é nem intuição nem intenção, mas baseia-se na postura do enfermeiro se colocar no lugar dos pacientes e identificar reações comparáveis (Weaver, Morse, Mitcham, 2008), afetividade pressupõe engajamento, é influenciada por um conhecimento prévio de estar em um desconforto semelhante.

A enfermagem como uma prática moral, precisa de enfermeiros que possuam coragem para pensar e agir moralmente em sua prática profissional. O conceito de coragem moral tem sido muito utilizado em estudos (Numminen, Pepo, Leino-Kilpi, 2016; Weaver, Morse, Mitcham, 2008). A prática ética de enfermagem requer de coragem moral para assumir posições firmes para o que é certo e agir de acordo com os valores morais (Numminen, Pepo, Leino-Kilpi, 2016).

Weaver e Morse (2006) descrevem que semelhante como se desenvolvem as habilidades clínicas, as habilidades éticas podem ser aprendidas por experiências e podem ser melhoradas e aperfeiçoadas ao longo do tempo por meio da educação ética permanente (Robichaux, 2012). Por outro lado, estudo refere que a capacidade de reconhecer uma situação como sendo moral, experimentar sentimento, emoções e assumir responsabilidades pelo resultado de suas ações sobre o bem-estar do outro, não necessariamente pode ser adquirido (Weaver, 2007).

Alguns fatores como: intuição (Weaver, 2007); empatia (Robichaux, 2012; Borhani, Abbaszadeh, Mohsenpour, 2013); altruísmo (Weaver, 2007; Weaver, Morse, 2006), curiosidade (Weaver, Morse, 2006); veracidade (Ersoy e Goz, 2001); desenvolvimento perceptivo, psicossocial e cognitivo moral do profissional (Weaver, Morse, 2006) são de difícil identificação em estudos que utilizam questionários como fonte de coleta de dados. O relacionamento entre enfermeiro-paciente/família é fundamental, pois a receptividade, a capacidade de resposta e a coragem estão juntas, em uma relação de proximidade e vínculo, onde o profissional reconhece as características únicas e insubstituíveis de cada paciente, é nesse contexto que a sensibilidade se desenvolve (Weaver, Morse, Mitcham, 2008).

A percepção do conflito moral é descrita na literatura como um componente da sensibilidade moral (Weaver, Morse, 2006; Milliken, 2016). A percepção é uma capacidade cognitiva, que permite ver e ouvir o que nem sempre está evidente. Lutzen, Nordstrom, Evertson (1995) descreve que para os enfermeiros a percepção está mais baseada na intuição e sentimentos do que no uso de teorias e raciocínios baseados em princípios éticos. A percepção moral envolve o “despertar” e “particularizar” o que permite com que o profissional perceba as necessidades do paciente em uma determinada situação (Weaver, Morse, Mitcham, 2008). O “despertar” do enfermeiro, permite compreender a fonte e a magnitude do problema ético.

Quando o enfermeiro já determinou que uma situação ética existe, deve-se estabelecer uma ação, ou seja, decidir qual curso de ação será mais justificável em uma

determinada situação. Portanto, o julgamento ético deve refletir o conhecimento dos princípios éticos, teorias e o código deontológico, onde o objetivo é fazer uma escolha que seja razoável e prudente (Robichaux, 2012). A sensibilidade moral é necessária para fazer esse raciocínio ético competente na prática da enfermagem (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2017^a).

A benevolência é definida como o desejo de se fazer o bem, já a beneficência é a prática de se fazer o bem (Liboni, 2005 apud Lutzen, 1993). O processo de tomada de decisão com base na relação enfermeiro-paciente parece estar permeado pelos sentimentos “benevolentes”, ou seja, o desejo do enfermeiro de realizar o bem em uma situação particular (Liboni, 2005 apud Lutzen, 1993). A benevolência é vista como uma virtude, quando uma pessoa apresenta um alto padrão moral ela age com compaixão e é mais propensa a ter boas intenções morais (Liboni, 2005). A integridade do paciente e o seu bem-estar não dependem somente das ações corretas que o enfermeiro toma, mas também do desejo do enfermeiro de fazer o bem.

Ter consciência da natureza ética da prática de enfermagem é fundamental para um atendimento de qualidade ao paciente, sendo um componente fundamental para a sensibilidade moral (Robichaux, 2012; Milliken, Grace, 2015). Dessa forma, o “aprimoramento do comportamento ético do enfermeiro passa por um processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político” (COFEN, 2007).

Para uma enfermagem de excelência o cuidado precisa ser orientado para o paciente (Bégat, Ikeda, Ameniya, Emiko, Iwasaki, Severinsson, 2004; Ahn, Yeom, 2014; Van Der Zande, Baart, Vosman, 2013; Kim, Kang, Ahn, 2013). Estudo desenvolvido com enfermeiros Coreanos relataram que ser honesto com o paciente, saber sobre a situação global do paciente e saber sobre o cuidado ao paciente foram os itens com maior consenso entre os profissionais (Han et al., 2010).

Os elementos da ordem pessoal como sensibilidade, julgamento, motivação e ação, são a base para uma compreensão holística do paciente (Robochaux, 2012). Juntos esses fatores contribuem para o desenvolvimento da sensibilidade moral que pode ser transformada em tomada de decisão cuidadosa e responsável na prática profissional (Weaver, 2007). A motivação ética se refere ao desejo de agir e viver de forma coerente com seus valores morais (Robochaux, 2012). Quando a moralidade for central para sua

identidade como enfermeira, esta irá exercer sua prática com um sentimento de obrigação e responsabilidade de agir de modo ético (Robochaux, 2012).

O agir moral depende de uma cuidadosa deliberação para a escolha das alternativas e suas consequências. O agir moral é um fenômeno complexo que tem interação com vários fatores. O enfermeiro deve estar consciente que a ação moral é uma responsabilidade da enfermagem (Lutzen et al., 2010). Existe uma interação entre a sensibilidade moral do enfermeiro, estresse relacionado ao trabalho e o clima ético da instituição, podendo ser a ação moral do enfermeiro encorajada ou desencorajada devido a essas dimensões. O agir moral, refere-se ao comportamento moral do enfermeiro, o qual estabelece um processo de tomada de decisão não somente baseado na aprovação ou desaprovação de um comportamento, mas também se manifesta pela benevolência e pela responsabilidade moral para promover o bem-estar de todos os pacientes (Lutzen et al., 2010).

Estudo refere que os anos de experiência no trabalho afetam a sensibilidade dos enfermeiros e contribuem para a promoção da sua sensibilidade ética (Ersoy e Goz, 2001). A sensibilidade ética aumenta com o avançar da idade. (Ertug et al., 2014; Lutzen, 1997, Borhani et al., 2015; Kim, Park, You, 2005; Huang et al, 2015^a; Kirilmaz, Akbolat, Kahraman, 2015) O estudo Borhani et, al. (2013), refere que as crenças religiosas e as habilidades comunicacionais influenciam a sensibilidade ética dos enfermeiros. As diferenças de gênero também parecem estar associadas a sensibilidade moral do profissional (You, Maeda, Bebeau, 2011; Lutzen, Nordstrom, Evertson, 1995; Lutzen, Evertzon, Nordin, 1997; Lutzen et al, 2010). Uma metanálise com estudantes de odontologia (You, Maeda, Bebeau, 2011) sugere que as diferenças de gênero existem independente do instrumento utilizado para medir a sensibilidade moral e que em média, as mulheres tendem a ter maior pontuação de sensibilidade moral do que os homens. Kim et al., (2005) sugere em seu estudo que a sensibilidade moral é influenciada pela religião. No estudo de Borhani et al. (2013), onde todos os estudantes de enfermagem entrevistados eram muçulmanos as crenças religiosas foram relatadas como sendo um fator que interfere na sensibilidade moral.

A literatura apresenta fatores contextuais da sensibilidade moral, ou seja, fatores relacionados às circunstâncias externas ao indivíduo que influenciam a sensibilidade moral dos enfermeiros. Estão relacionados com: ensino; prática profissional; valores da instituição; normas e recursos institucionais de apoio para a resolução dos problemas éticos.

A formação em ética é descrita como uma maneira de cultivar a sensibilidade moral nos enfermeiros. A educação ética tem sido enfatizada como uma parte essencial da educação da prática de enfermagem (Ahn, Yeom, 2014). Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de educação ética tanto nos serviços como nas escolas de enfermagem, pois a educação esta fortemente associada com o aumento da sensibilidade moral (Ertug et al., 2014; Borhani, Abbaszadeh, Mohsenpour, 2013). A educação não precisa ser necessariamente a formal, qualquer oportunidade de aprendizagem, como grupos de discussões diários podem ser benéficos para melhorar a sensibilidade moral dos enfermeiros (Borhani, Abbaszadeh, Mohsenpour, 2013).

Os enfermeiros que tiveram educação ética na graduação e durante a sua prática tiveram maior sensibilidade moral (Kim, Park et al., 2005). Um estudo verificou que os escores de sensibilidade moral foram significativamente melhorados nos estudantes após uma intervenção educacional baseada em múltiplas estratégias (Lee, Huang, Huang, 2016). Nesse sentido, a formação ética é um fator importante para o aumento dos níveis de sensibilidade moral (Baykara, Demir, Yaman 2015; Kim et al, 2005; Weaver e Morse (2006).

Destaca-se a necessidade de manter processos educativos em ética, objetivando o desenvolvimento de habilidades práticas, competência e sensibilidade para conduzir a reflexão, discussão e resolução prudente e responsável dos problemas éticos (Zoboli, 2007). As iniciativas de educação realizadas pelos enfermeiros precisam ser capazes de despertar os profissionais para a reflexão sobre seu processo de trabalho e as questões morais pertencentes a ele, tendo em vista o alargamento de seus horizontes éticos e a promoção da sensibilidade moral.

Robichaux (2012) refere que é necessário desenvolver competência ética, pois um enfermeiro sensível e moralmente competente precisa ser recetivo às vulnerabilidades das pessoas a quem oferece o cuidado e não ser oprimido por sua dor e sofrimento. Pacheco (2011) refere que a competência implica em uma concreta mobilização de recursos, dentre os quais destaca-se: o conhecimento, o raciocínio, a interpretação, a iniciativa, a criatividade, o que foi vivenciado em experiências anteriores e os próprios valores. Para esta autora, uma pessoa competente deve ser capaz de diante uma situação nova e singular, identificar os saberes relacionados, selecioná-los, combiná-los e mobilizá-los adequadamente (Pacheco, 2011).

Estudo que explorou as barreiras e as facilidades da sensibilidade moral indica que uma das principais barreiras foram: a falta de conhecimento ético, a falta de

experiência no trabalho como enfermeira, a configuração da prática clínica, o clima organizacional da instituição hierárquico e a atitude de trabalho conformista (Huang et al, 2015^b). Por outro lado, os elementos facilitadores da sensibilidade moral foram a cultura de trabalho positivo, (participação na tomada de decisão, facilidade na comunicação com colegas, ter um sistema de educação continuada, oportunidade para que enfermeiros com formação em ética compartilhem suas experiências) e aplicação do conhecimento ético na prática (Huang et al, 2015^b).

Estudo refere que a maior aplicação do código de ética pelos enfermeiros ocorreu na relação enfermeiro-paciente, sendo as questões relacionadas a necessidade de prestar cuidados de enfermagem sem discriminação, respeitar as necessidades individuais do paciente, manter as questões confidenciais dos pacientes, respeitar o direito da informação e autonomia, respeitar o envolvimento da família no cuidado do paciente, proteger os vulneráveis (Kim, Kang, Ahn, 2013). Os enfermeiros não precisam apenas considerar os princípios morais gerais, mas também o seu próprio código de ética na tomada de decisão (Kim, Kang, Ahn, 2013).

Estudo de Ersoy e Goz, (2001) indica que os princípios éticos são utilizados pelos enfermeiros na tomada de decisão, sendo os principais: a veracidade, justiça, autonomia, beneficência e não-maleficência. É fundamental conhecer e compreender os códigos de ética, para entender a situação e antecipar o leque de opções para responder as demandas do paciente e familiares (Weaver, Morse, Mitcham, 2008).

Estudo descreve que pode ocorrer conflitos entre os valores pessoais dos enfermeiros e os da organização onde ele trabalha, sendo que a sensibilidade moral dos enfermeiros algumas vezes é prejudicada devido ao conjunto de valores da instituição (Jaafarpour, Khani, 2012). Uma comparação entre os enfermeiros do Japão e da Noruega demonstrou uma forte correlação entre o ambiente de trabalho e a sensibilidade moral dos enfermeiros em relação ao estresse moral no ambiente de trabalho, também houve uma correlação significativa entre sintomas físicos e mentais e conflitos morais entre os enfermeiros da Noruega (Bégat, Ikeda, Ameniya, Emiko, Iwasaki, Severinsson, 2004).

Os valores associados ao ambiente de trabalho podem ser caracterizados como “o clima moral da instituição” e os mesmos podem influenciar de forma positiva ou negativa a prática dos enfermeiros. Fatores como o departamento/local de serviço estão associados com os níveis de sensibilidade moral. (Imani et al., 2013; Huang et al, 2015^b; Bégat, Ikeda, Amemiya et al, 2004). Fatores como corte de funcionários e diminuição

dos gastos nos serviços são alguns elementos que contribuem para o enfermeiro não se sentir capaz de trabalhar de acordo com os seus valores (Lutzen et al., 2010). A prática da “triagem de enfermagem” é um exemplo prático, onde a seleção ocorre com o objetivo de obter cuidados médicos, com base no princípio do utilitarismo. As questões éticas nesse contexto surgem, quando existe a priorização das necessidades de alguns pacientes, significando que outros não receberão o cuidado que deveriam. No entanto, essa é a prática diária da enfermagem, onde o profissional se vê obrigado a priorizar seus cuidados e a ser capaz de refletir sobre as questões éticas em um ambiente de trabalho que nem sempre é favorável (Lutzen et al., 2010).

De acordo com Weaver (2007), ter uma alta sensibilidade ética também pode ter consequências negativas, pois estudos apontam que pessoas com maior sensibilidade ética tem mais sobrecarga emocional e/ou sofrimento moral. Outro estudo refere que ao pensar criticamente sobre a natureza moral, os enfermeiros podem começar a identificar sentimentos desconfortáveis criados por tensões morais inerentes as políticas institucionais, como por exemplo, ter que cuidar de forma eficiente de um grande número de pessoas, o que não lhe permite ter tempo suficiente para conversar com o paciente como julgaria necessário (Jaeger, 2001).

A prática profissional também pode influenciar a sensibilidade moral dos enfermeiros, principalmente pelas relações entre colegas, pacientes, familiares e gestores, pois as todas ações de cuidado que os enfermeiros realizam podem ser interpretadas como ações morais (Van Der Zande, Baart, Vosman, 2013). A prática ética envolve trabalhar entre e com vários sujeitos envolvidos no cuidado, o que permite encontrar tensões e conflitos de valores, é nesse contexto que o enfermeiro faz suas escolhas e toma suas decisões éticas.

Os enfermeiros devem ser capazes de estabelecer uma efetiva comunicação com os todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado em saúde, e por isso, precisam desenvolver relacionamentos com outros profissionais da equipe multidisciplinar, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados dos pacientes (Dehghani et al., 2015). O relacionamento interpessoal é um fator vital para a sensibilidade moral e quando ignorado pode diminuir a sensibilidade (Weaver, Morse, 2006).

Dessa forma, o processo de trabalho pode influenciar na sensibilidade moral. A falta de tempo, a falta de apoio organizacional, os conflitos com outros profissionais, as políticas institucionais e os diferentes valores éticos e legais relacionados ao processo de tomada de decisão pelo enfermeiro pode deixar estes propensos a experimentar

situações eticamente problemáticas (Schaefer, Vieira, 2015). A demanda de trabalho e a falta de tempo também foi descrita no estudo de Bégat et al., (2004), o qual identificou uma correlação moderada com a dimensão conflito moral na sensibilidade moral dos enfermeiros Japoneses.

Outros estudos descrevem que um ambiente de trabalho inadequado esta associado a inúmeras consequências negativas como: estresse (Bégat et al. 2004; Lutzen et al. 2010; Jaafarpour, Khani, 2012) ansiedade (Bégat, et al. 2004; Jaafarpour, Khani, 2012), privação do sono (Lutzen, et al. 2010; Bégat et al., 2004), dores (Bégat, et al. 2004), sofrimento moral (Vanderheide, Moss, Lee, 2013; Choe, Park, Yoo, 2014), burnout (Vanderheide, Moss, Lee, 2013); frustração (Choe, Park, Yoo, 2014); insatisfação no trabalho (Choe, Park, Yoo, 2014; Vanderheide, Moss, Lee, 2013); rotatividade no serviço (Vanderheide, Moss, Lee, 2013); diminuição na qualidade do atendimento (Vanderheide, Moss, Lee, 2013) e até mesmo abandono da profissão (Lutzen et al., 2010).

Se o enfermeiro não consegue lidar com situações problemáticas ele pode estar em risco de ter sofrimento moral e pode deixar de agir no melhor interesse do paciente, por isso, a sensibilidade moral precisa ser complementada com uma preparação para lidar com os problemas de uma forma justificável e prudente (Lutzen et al., 2006). Sofrimento moral resulta quando o enfermeiro reconhece a ação moralmente adequada, mas não pode realiza-la por causa de certas restrições e obstáculos, sobretudo institucionais (Jameton, 1984). Em outras palavras, quando o enfermeiro não é capaz de fazer o que acreditava ser certo é uma das principais características do sofrimento moral (Schaefer, Zoboli, Vieira, 2016).

Por outro lado, um ambiente de institucional é considerado “ético” quando os valores estão explícitos e em coerência com os dos profissionais. A instituição que possui valores claros e que promove espaços para o compartilhamento de saberes, permite que os profissionais se sintam seguros para serem ouvidos, promovendo a satisfação no trabalho (Vanderheine, Moss, Lee, 2013). Daí a importância de oferecer espaço para os enfermeiros falar, analisar os seus problemas éticos da relação com o paciente, permitindo a identificação dos recursos institucionais de apoio (Robichaux, 2012).

Um clima ético positivo, ou seja, um ambiente de trabalho que incorpora um conjunto de valores que orientam a prestação de cuidados, influencia as atitudes e comportamentos dos enfermeiros na forma de lidar com os problemas éticos da sua

prática cotidiana (Lutzen et al. 2010; Vanderheide et.al. 2013). Nesse contexto, ter um ambiente de trabalho com apoio a prática ética é um pré-requisito para prestar um cuidado seguro e de qualidade (Lutzen, Blom et.al., 2010).

Ter um ambiente de trabalho que possibilita apoio ético aos enfermeiros através da promoção do diálogo interpessoal efetivo, com a possibilidade de partilha de sentimentos com colegas sobre uma determinada situação ética angustiante, fomenta a reflexão moral e, conseqüentemente, é capaz de promover a possibilidade de resolução dos problemas éticos (Lützén, Ewalds-Kvist, 2013). Dehghani et al. (2015), refere que os sistemas de apoio que permitam um trabalho em equipe adequado, com liberdade para fazer perguntas e com uma relação de trabalho satisfatório, podem reforçar o profissionalismo e a autonomia na enfermagem. Porém, do ponto de vista prático, a maioria dos enfermeiros não experimentam um ambiente de trabalho que lhe forneça apoio (Dehghani et al., 2015). O *feedback* inadequado e o apoio insuficiente dos gestores e organizações foram mencionados como fatores que diminuem a sensibilidade moral do enfermeiro (Schluter et al, 2008). O apoio inadequado entre colegas e gestores pode causar uma redução na satisfação do trabalho, resultando em diminuição da sensibilidade moral e aumento do sofrimento moral (Weaver, Morse, 2006).

São muitos os fatores pessoais e contextuais afetam a sensibilidade moral dos enfermeiros na prática clínica (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2017^a). Portanto, o reconhecimento desses fatores permite que os profissionais da saúde, gestores e universidades auxiliem os enfermeiros no seu desenvolvimento moral. Com uma efetiva comunicação entre os prestadores de cuidado em saúde, com a melhoria das condições organizacionais, com um sistema de apoio adequado e o desenvolvimento da educação ética pode-se promover os níveis de sensibilidade moral nos enfermeiros nos diferentes serviços de saúde. Para tanto, precisa-se de um instrumento válido e confiável para avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros no Brasil e em Portugal.

Questionário de Sensibilidade Moral

Atualmente, o instrumento mais utilizado para avaliar a sensibilidade moral é o *Moral Sensitivity Questionnaire*, elaborado inicialmente a partir de uma análise qualitativa da sensibilidade moral de enfermeiros dos serviços psiquiátricos (Lutzen, 1993; Lutzen, Nordin, 1994) ou (apud Lutzen, Johansson Nordstrom, 2000), o MSQ é um questionário autoaplicado, concebido com uma escala de 7 pontos, sendo 1 “completamente de acordo” e 7 “Completamente em desacordo”. Lutzen (1993) entrevistou enfermeiros dos serviços de psiquiatria e pediu que descrevessem situações em que eles tivessem vivenciado um conflito moral na tomada de decisão para um paciente e como ele tentou resolver esse conflito. A partir das respostas elaborou um listado com 35 itens, esse questionário foi submetido a um estudo piloto com 79 enfermeiros que trabalhavam em serviços de saúde comunitária e em hospital psiquiátrico (Lutzen, 1993). A análise dos dados mostrou que cinco itens tinham pouca ou nenhuma intercorrelação, sendo eliminados do questionário, permanecendo 30 itens. O coeficiente alfa de Cronbach desse estudo foi de 0,73 (apud Lutzen, Nordstrom, Evertzon, 1995).

Os 30 itens do questionário estão distribuídos em 6 categorias: 1- orientação interpessoal que centra-se na construção de uma relação de confiança com o paciente e encontrar formas de responder as suas necessidades; 2- significado moral, refere-se ao processo de reflexão na estruturação do significado moral para decisões e ações tomadas, mesmo que estes podem limitar a autoescolha do paciente; 3- expressando a benevolência, entende-se como uma motivação moral para fazer o “bem” ou agir no melhor interesse do paciente; 4- autonomia, refere-se a estratégias tomadas quando o profissional percebe a necessidade de limitar a autonomia do paciente, mas esta ciente do princípio da autoescolha; 5- vivenciando o conflito moral, para a sensibilidade moral ser expressa em ação, uma questão moral potencial ou existente deve ser previamente identificada, em seguida, reconhecer sentimentos, a intuição e a percepção cognitiva de uma questão moral sobre o que “deveria” ser feito e 6- confiança no conhecimento do profissional, refere-se a convicção pessoal de que o conhecimento do profissional é necessário quando se lida com questões morais (Lutzen, Johansson, Nordstrom, 2000; Lutzen, Nordstrom, Evertzon, 1995; Lutzen, Evertzon, Nordin, 1997). No quadro 2, se apresenta os estudos que utilizaram o MSQ como instrumento para coleta de dados e seus principais resultados.

Quadro 2: Apresentação dos estudos que utilizaram o MSQ

Autor/Ano	Periódico / Fator de Impacto	Local	Amostra (n)	Área	Resultados
Lützn, Nordström, Evertson. 1995	<i>Scans J Caring Sci</i> FI: 1.215	Suécia	295 enfermeiros	Médico-cirúrgico, cuidados psiquiátricos	44,5%variância total. Alfa de Cronbach de 0,78.
Lützn, Johansson, Nordström. 2000	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	Suécia	778 médicos e 295 enfermeiros	Clínica geral e em cuidados psiquiátricos	Diferenças significativas entre as enfermeiras da clínica geral e em cuidados psiquiátricos
Bégat et al. 2004	<i>Nursing & Health Sciences</i> FI: 1.347	Japão e Noruega	209 enfermeiros destes (138 Japoneses e 71 Noroegueses)	Hospitais, clínica cirúrgica e geriatria	MSQ versão com 27 itens 47,7%variância e alfa 0,63 para enfermeiros Japoneses. 50,9% variância e alfa 0,70 para enfermeiros Noruegueses.
Bégat et al. 2005	<i>J Nurs Manag</i> FI:1.721	Noruega	71 Enfermeiros	Hospitais, clínica cirúrgica e geriatria	MSQ versão com 27 itens distribuídos em 7 categorias. Explicou 70,2%variância e o alfa de Cronbach foi de 0,54.
Lutzen et al. 2006	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	Suécia	278 entre (enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem)	Hospital	Escala revista com 9 itens. Sensação de peso moral: 2,84; força moral: 2,18 e responsabilidade moral 1,3.
Lützn et al. 2010	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	Suécia	49 enfermeiros	Cuidados psiquiátricos	Escala revista com 9 itens. Correlações entre stress moral, clima moral e sensibilidade moral Necessidade de reformular o MSQ com 9 itens.
Han et al. 2010	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	Coréia	283 enfermeiros	Hospital	MSQ com 30 itens. Alfa de Cronbach de 0,76. 45,5% da variância total. 5 categorias: cuidados orientados para o paciente (17,4% da variância), responsabilidade profissional (10,5% da variância), conflito (7,2% da variância), significado (5,5% da variância) e benevolência (4,9% da variância).
Hassanpoor et al 2011	<i>International Journal of Medical Students</i> FI: 3.982	Irã	80 enfermeiros	Segurança social	MSQ com 25 itens Alfa de Cronbach de 0,83. Após a intervenção a média de sensibilidade moral na tomada de decisão foi significativamente diferente.

Comrie. 2012	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	Estados Unidos	250 estudantes	-	Alfa de Cronbach de 0,79.
Jaafarpour, Khani. 2012	<i>Journal of Clinical and Diagnostic Research</i> FI: 0.65	Irã	120 enfermeiros	Hospitais	MSQ com 27 itens Alfa de Cronbach de 0,78. Sensibilidade moral foi moderada 112,3 DP= 11,2
Kim et al. 2013	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	Coréia do Sul	303 enfermeiros	Instituto médico terciário e secundário	Alfa de Cronbach de 0,85. Média de sensibilidade moral foi de 5,14 (DP= 0,55).
Park, et al. 2012	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	Coréia	946 estudantes	-	Alfa de Cronbach de 0,79. Média foi de 136.95(DP= 12.00). Houve diferenças significativas entre os calouros e os estudantes mais velhos.
Izadi et al. 2013	<i>IJME</i> FI: 3.982	Irã	-	UTI	Sensibilidade moral foi moderada 70,15 DP= 6,90
Ahn, Yeom. 2014	<i>Int J Nurs Pract</i> FI: 0.46	Coréia	142 estudantes	-	Média de 2,83. Alfa de Cronbach de 0,74.
Baykara, Demir, Yaman. 2015	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	Turquia	50 estudantes	-	A sensibilidade moral aumentou no grupo experimental após o treinamento, mas não estatisticamente significativo.
Sahin, Iyigun, Acikel. 2015	<i>Ethics & Behavior</i> FI: 0.889	Turquia	272 estudantes	-	Alfa de Cronbach de 0,73. Média de 5,03 (DP= 0,43).
Huang et al. 2015 (a)	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	China	360 enfermeiros	Hospital e centros terciários	Alfa de Cronbach de 0,82. Média de 40,22 (DP= 7,08). Variância total explicada 56,4%
Kirilmaz et al. 2015	<i>Int J Health Sci</i> FI: 0.71	Turquia	606 entre médicos e enfermeiros	Hospitais	Alfa de Cronbach de 0,883. Média de SM 102,17 (DP= 10,50). Variância total explicada 58,8%
Borhani et al. 2015	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	Irã	153 enfermeiros	Hospital	Alfa de Cronbach de 0,77. Média de 68,6 (DP= 7,8).
Huang et al., 2015 (b)	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	China	306 enfermeiros	Hospital e centros terciários	Alfa de Cronbach de 0,82. Média de 40,22 (DP= 7,08). Variância total explicada 56,4% 10% expressaram a definição de sensibilidade moral correta. 15% não sabia verbalizar a sua compreensão
Buyuk et al. 2015	<i>Prog Health Sci</i> FI: 3.69	Turquia	160 enfermeiros	Hospital	Média de 90,05 (DP= 2,3).

Escolar-Chua RL. 2016	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	Filipinas	293 estudantes	-	Escala revista com 9 itens. Mostra associação entre intensidade de sofrimento moral e sensibilidade moral.
Tu vesson, Lutzen 2016	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	Suécia	299 estudantes	-	Escala revista com 9 itens. Gênero, idade e ter status parental é de relevância para a sensibilidade moral dos alunos de enfermagem.
Lee, Huang, Huang. 2016	<i>Nursing Ethics</i> FI: 1. 469	Taiwan	234 estudantes	-	Alfa de Cronbach de 0,82. A sensibilidade moral dos estudantes foi significativamente melhorada após a intervenção de várias estratégias de ensino na educação ética.
Noghondar, Tavakoli, Borhan et al. 2016	<i>International Journal of Medical Students</i> FI: 3.982	Irã	110 pessoas entre enfermeiros e estudantes	-	A sensibilidade moral nos enfermeiros foi de 3.27 (DP= 0,35) e nos estudantes de enfermagem foi de 3.33 (DP= 0,36). Não houve diferença significativa entre a média de Sensibilidade moral e as características demográficas.

Destaca-se que em 2006 o questionário de sensibilidade moral foi atualizado e adaptado para utilização com profissionais de diferentes serviços. O questionário foi aplicado a uma amostra de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos em ambiente hospitalar com um número de 278 participantes. O instrumento contou com 9 itens com uma escala *Likert* de 6 pontos, sendo, 1 “total desacordo” e 6 “total acordo”. Os 9 itens selecionados para esse estudo referem-se a: 1- sentir responsabilidade, 2- capacidade de sentir, 3- habilidade de falar, 4- sentir necessidade 5- percepção de estar prestando um cuidado ruim, 6- sofrimento, 7- equilíbrio entre o bem e o mal, 8- sentir-se inadequado, 9- regras e regulamentos. Esses itens foram identificados em 3 categorias: sensação de peso moral (*eigenvalue*= 2.849), força moral (*eigenvalue*=2.184) e responsabilidade moral (*eigenvalue*=1.368). O questionário nessa nova versão apresentou limitações em sua confiabilidade e as correlações encontradas não foram estáveis ao longo do tempo, elas variaram dependendo de como os itens foram divididos (Lutzen et al., 2006).

Um estudo posterior realizado por Lutzen et al. (2010), utilizou a versão curta do questionário com 9 itens, com 6 alternativas de respostas para investigar a associação entre estresse moral, clima moral no trabalho e sensibilidade moral. A amostra

compreendeu 49 enfermeiros de cuidados psiquiátricos. Os itens de sensibilidade moral foram analisados separadamente na análise de regressão, porque não tinham consistência interna. Os resultados apontam para a necessidade de reformular o MSQ com 9 itens. Com base nessa afirmação, para essa investigação será utilizado a versão do questionário MSQ com 30 itens.

Outros estudos realizados em outras áreas da saúde também merecem ser destacados. O estudo de Lutzen, Evertzon e Nordin (1997), realizado com 754 médicos psiquiatras Suecos, utilizou o MSQ com 30 itens e o tornou público. O coeficiente alfa de Cronbach desse estudo foi de 0,64 (Lutzen, Evertzon, Nordin, 1997).

No Brasil um estudo realizado com médicos psiquiatras, buscou comparar estatisticamente os resultados da dimensão da escala de sensibilidade moral com as variáveis (idade, raça, gênero, estado civil, religião, ter feito ou não residência médica, tipo de prática na psiquiatria e tempo de prática profissional) de médicos psiquiatras do Brasil, e para tanto, utilizou o MSQ com 522 médicos. Os resultados demonstram concordância total com as dimensões da Sensibilidade Moral como autonomia, respeito pela integridade e relacionamento interpessoal; concordância parcial na benevolência e respeito às regras, e forte discordância na experiência de conflitos éticos. As variáveis demográficas que tiveram relação estatisticamente significativa com as dimensões e questões da escala foram: idade, cor da pele, gênero, estado civil, religião, residência médica como formação profissional, tempo de experiência profissional e tipo de prática na psiquiatria (Liboni, 2005).

O questionário também foi utilizado com 116 fisioterapeutas de um serviço público de saúde da Finlândia, o qual utilizou o MSQ na versão curta com 9 itens, foram identificadas 3 categorias: sensação de peso moral (*eigenvalue*= 1.799, 20% da variância), força moral (*eigenvalue*=1.035, 12% da variância) que e responsabilidade moral (*eigenvalue*=0.808, 9% da variância), a média de sensibilidade moral foi de 4,23. (Kulju, Suhonen, Leino-Kilpi, 2013).

Milliken (2016) refere que existe evidências de que a sensibilidade moral no cotidiano da enfermagem não esta bem desenvolvida. Estudos sugerem que investigações futuras devem se centrar em realizar mais estudos de validade com amostras e em diferentes serviços de enfermagem (Huang et al., 2015^a; Lutzen, Nordstrom, Evertson, 1995; Kim et al., 2013).

Problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde

A prática de enfermagem é repleta de situações, situações onde o profissional tem que escolher entre duas ou mais alternativas, igualmente desejáveis e para isso é necessário reflexão, discussão e ponderação, considerando os seus valores, princípios éticos e legais, regras ou normas, pois a decisão ética de enfermagem vai interferir na saúde e na qualidade de vida do paciente (Schneider, 2010). Na atenção primária à saúde emergem questões de ordem ética relacionadas principalmente com as questões interpessoais e com a organização do processo de trabalho (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015). A literatura apresenta que os profissionais da APS experienciam na sua prática problemas éticos variados, complexos e significativos, ainda que, vários não sejam reconhecidos como problemas éticos (Zoboli, Fortes, 2004; Zoboli, Soares, 2012; Lillemoen, Pedersen, 2012; Motta, 2012; Siqueira-Batista, 2015).

No âmbito da APS a atuação dos profissionais é caracterizada por uma complexidade sociocultural e os problemas éticos nesse contexto, podem ser entendidos como os aspetos, questões ou implicações éticas, de ocorrência comum ou não, na prática dos serviços (Sugarman, 2000). Problemas éticos são questões concretas e definidas da prática de atendimento, descobertas como conflitivas no âmbito dos valores e deveres éticos, que permitem vários cursos de ação para sua solução, exigindo deliberação e ponderação para se encontrar o melhor caminho de realização, e este precisa ser continuamente avaliado e reproposto. Ou seja, são situações que inquietam, perturbam a consciência dos enfermeiros porque exigem solução e, para isso, apresentam vários encaminhamentos resolutivos, o que requer o exercício da deliberação ética. Portanto, os problemas éticos não podem ser resolvidos com receitas prontas, mas exigem permanente criatividade para abrir o leque possível de soluções, pois a resposta tem que ser de longo alcance, no sentido da excelência ética da prática da atenção à saúde (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015^a). O problema está sempre diante de nós, exigindo uma resposta (Schneider, 2010).

De acordo com Deodato (2014, p.160), constitui um problema ético de enfermagem, “a existência de incerteza quanto à decisão para agir, quando está em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, dos seus direitos, da sua vontade, ou em risco a sua saúde ou o seu bem-estar”, gerando conflitos ou dúvidas sobre quais direitos, valores, princípios e normas escolher na escolha da melhor intervenção de enfermagem. Portanto,

pode-se dizer que o problema ético surge no momento das escolhas das ações a realizar, ou seja, ainda quando as intervenções são planejadas (Deodato, 2014).

O dilema ético, ao contrário dos problemas éticos é visto como uma situação que pode ser reduzida a duas respostas opostas e conflitantes. No dilema ético o enfermeiro encontra-se enfrentando uma situação limite que impõe a escolha entre dois, e somente dois, diferentes cursos de solução. (Zoboli, 2010a). Ter que escolher entre duas situações de dilema ético pode trazer grandes danos ao escolher uma opção, atendendo a determinados valores e deixando totalmente de lado outros valores éticos também considerados importantes (Lima et al., 2009).

Os desafios éticos, por outro lado, são questões macroestruturais de exigência ética para os enfermeiros como realidades a serem discutidas e construídas continuamente na sua prática cotidiana. Nesse sentido, os desafios éticos referem-se, à responsabilidade moral dos profissionais, porque o equacionamento dos desafios define as condições e os parâmetros para os cursos de solução dos problemas éticos. Os desafios exigem planejamento estratégico (Junges, Barbiani, Zoboli, 2015). De acordo com Junges, Barbiani, Zoboli (2015), a APS tem duas características que conformam desafios éticos: os processos de trabalho específicos de uma equipe multiprofissional e a atenção a um território com população adscrita sob responsabilidade clínica e sanitária da equipe multiprofissional.

Atualmente é visto que há uma grande necessidade de enfermeiros que prestem um cuidado eticamente sensível e moralmente aprovado (Utkualp, 2015). Nesse contexto, os tipos de problemas éticos enfrentados pelos enfermeiros podem variar de acordo com o ambiente de atuação onde se inserem, por isso é importante mapear algumas diferenças entre a clínica hospitalar e a da APS. O cuidado hospitalar está baseado em relações hierárquicas de poder, prevendo a submissão do paciente ao tratamento, ao contrário na APS, o paciente preserva sua autonomia, e o profissional precisa levar em consideração a subjetividade do paciente para definir a terapia mais adequada. O tempo da relação entre profissional e paciente no hospital é curta, intensa e artificial, enquanto a APS caracteriza-se por um longo período de tempo, inserido no cotidiano. No hospital o paciente tem seu corpo dividido em especialidades, seguindo o modelo biomédico, e os procedimentos são padronizados e iguais para todos, em contrapartida na APS o paciente é visto como um sujeito complexo que sofre influências externas e internas, apresentando suas demandas e seus desejos e exigindo um tratamento diferenciado (Cunha, 2005; Junges, 2014).

No ambiente hospitalar, há cenários dramáticos “situações limite” onde são comuns temas como eutanásia, distanásia, aborto, reprodução assistida, clonagem, diretivas antecipadas de vontade, terapias gênicas (Zoboli, Fortes, 2004). Estudo realizado em Portugal que analisou os problemas éticos vivenciados pelo enfermeiro em relação ao paciente em situação crítica, dizem respeito à informação ao paciente, ao acompanhamento em fim de vida, à responsabilidade profissional nas intervenções, as questões de consentimento, recusa da proposta terapêutica, dilemas na informação, atuação nos processos de morrer e decisão de não tentar reanimar e respeito pelos direitos humanos em contextos desfavoráveis (Nunes, 2015). No entanto, para a melhoria dos cuidados de saúde, é fundamental que os profissionais tenham consciência, também, dos problemas éticos que ocorrem na APS (Zoboli, Fortes, 2004).

Autores referem que o encontro com o paciente na APS, são mais frequentes em situações de menor urgência - quando se compara a realidade das urgências, Unidade de Terapia Intensiva - e por isso, os problemas éticos se apresentam de maneira mais sutil, o que torna esses problemas menos perceptíveis pelos enfermeiros na APS (Zoboli, Fortes, 2004; Zoboli, Soares, 2012; Motta, 2012; Siqueira- Batista, 2015).

Todas essas diferenças no contexto de atendimento do paciente têm profundas influências para compreender a ética na prática desses serviços, ou seja, não se pode simplesmente transferir as atitudes e os procedimentos da prática hospitalar para o atendimento da APS. Por isso, há necessidade de investigações que permitam implementar a discussão ética ao nível dos cuidados primários à saúde (Zoboli, Fortes, 2004; Junges et. al, 2014). González-de Paz (2014), refere que as características dos pacientes da APS, a grande acessibilidade aos serviços e a relação que se estabelece com os profissionais desses serviços, requer uma análise ética própria de acordo com esta realidade clínica.

Os problemas éticos na APS estão presentes em circunstâncias comuns da prática diária da atenção à saúde e, por vezes, é difícil identificá-los, pois são mais sutis do que as questões que tipicamente cercam as situações extremas. Isso contribui para incrementar a complexidade dos aspetos éticos da enfermagem na APS, alargando a amplitude da gama de valores envolvidos (Zoboli, Fortes, 2004; Laabs, 2007; Laabs, 2005). A enfermagem nos cuidados primários, comparada à prática hospitalar, possui grande autonomia (Laabs, 2005), o que pode, também, influenciar a configuração dos problemas éticos vividos por enfermeiros na APS (Zoboli, Fortes, 2004).

Para lidar com as questões éticas na APS não basta transferir para esse âmbito as atitudes, normas, procedimentos próprios do hospital, pois as diferenças de contexto de atenção à saúde determinam peculiaridades dos problemas éticos. Ou seja, as questões éticas da APS vinculam-se às tentativas de respostas às necessidades em saúde que são configuradas pela subjetividade do paciente e tem de ser acolhidas pelo enfermeiro levando em consideração o contexto sociocultural e econômico a que esses se inserem (Zoboli, Fortes, 2004; Junges, 2014).

A falha em perceber os problemas éticos vividos pelos enfermeiros na APS pode comprometer a qualidade da atenção à saúde prestada nesses serviços, ao impor o risco de rompimento do vínculo estabelecido entre os profissionais e os pacientes (Silva, Zoboli, Borges, 2006). Utkualp (2015) descreve que tomar uma decisão traz consigo a obrigação do profissional assumir a sua responsabilidade pela decisão. Portanto, o conhecimento e a competência devem ser suficientes para tomar decisões éticas prudentes, assumindo todas as responsabilidades por essa decisão.

Cada profissional da APS tem um papel fundamental na construção coletiva do cuidado em saúde, cujo resultado final dependerá da contribuição das diferentes áreas do saber, com vistas a produzir, coletivamente, um cuidado em saúde de ótima qualidade. Entretanto, o trabalho em equipe apresenta algumas limitações, principalmente quanto à responsabilidade coletiva na equipe, pois, os profissionais, usualmente, fragmentam sua prática em atuações isoladas, esquecendo-se que o cuidado na APS é construção coletiva e corresponsável (Martins, Krawulski, 2012).

Os problemas éticos identificados na relação entre equipe de saúde na APS, apresentam questões relacionadas ao processo de trabalho, as relações interprofissionais, as informações e a formação dos enfermeiros (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015^a).

Os problemas éticos na prática de saúde são uma fonte de estresse para os enfermeiros na APS (Oberle, 2000). Quando os enfermeiros não conseguem resolver os problemas éticos que se apresentam no seu cotidiano de trabalho, sentem sua autonomia enfraquecida, pois experienciam uma falta de poder para conseguir resolver o problema (Ubrich, 2003 e 2005).

No que se refere aos problemas éticos no processo de trabalho, o excesso de demanda é reconhecido pelos profissionais da APS como um significativo causador de problemas éticos, pois é fundamental atentar para a singularidade dos pacientes e famílias, priorizando o foco na produção e promoção da saúde integral (Junges et al.,

2012; Silva, Zoboli, Borges, 2006; Silva, 2008). Estudos também apontam um número excessivo de pacientes nos serviços (Corolyn, 2005; Silva, 2006, 2008; Amado, 2010).

No estudo de Utkualp (2015) os enfermeiros afirmaram que um fator que afeta sua autonomia profissional de enfermagem é a carga de trabalho, os enfermeiros referem não ter tempo para tomar decisões relacionadas a prática profissional. Assim, a questão ética central é compreender o paciente em sua singularidade e, ao mesmo tempo, dar conta da crescente busca por atendimento que leva ao limite máximo a capacidade de produção dos serviços e ao esgotamento físico e psíquico dos enfermeiros.

Os profissionais na APS precisam estabelecer relacionamentos cooperativos com troca mútua de saberes e especificidades, pautado pelo diálogo e a atuação interdisciplinar, para dar respostas a crescente complexidade e demanda dos problemas éticos na APS (Junges et al., 2012). Nesse contexto, há de prevalecer o respeito para com o conhecimento específico de cada membro da equipe. Na perspectiva do trabalho coletivo que caracteriza a APS, o desrespeito entre os profissionais da equipe e aos saberes diversos prejudica a qualidade da assistência e compromete sua excelência ética.

O cumprimento de tarefas/metabolismos também foi relatado pelos enfermeiros, gerando um desconforto na prestação de serviços que acaba por se tornar desigual, ou seja, a autonomia do paciente fica comprometida em função do tempo do enfermeiro ser organizado para o cumprimento de tarefas (Rogers, 2004). Em estudo realizado por Tonnessen (2011) com enfermeiras que trabalham em cuidados domiciliares, foi relatado que os pacientes submetem-se a determinadas rotinas de cuidado que os enfermeiros são obrigados a seguir.

Sendo a APS a porta de entrada e coordenadora da assistência no sistema de saúde, essa pode gerar uma sobrecarga de trabalho para as equipes que contam com estruturas, algumas vezes, insuficientes e precárias (Nora, Junges, 2013). Para a resolução dos problemas de saúde, que são de complexidade crescente, os enfermeiros têm que se aproximar dos pacientes e de sua realidade, o que os expõe a uma gama ampla e variada de estressores de diversas ordens, incluindo os psicossociais, que podem levar ao esgotamento emocional e físico. A angústia decorrente da exposição a esses estressores afeta negativamente o desempenho da equipe de saúde e o relacionamento interpessoal dos profissionais (Martins et al., 2014).

Os enfermeiros descrevem a angústia de ter de escolher como distribuir seu tempo, tendo em vista o grande número de programas e políticas existentes na APS que são oferecidos aos pacientes. Os enfermeiros relatam uma angústia moral em torno da sua

incapacidade de fornecer os cuidados que julgam ser necessário ao cliente (Oberle,2000). Estudo realizado por Laabs (2007) demonstrou que a pressão para satisfazer as metas de produtividade foi citada como uma ameaça a integridade moral.

A investigação realizada por Aroskar (2004) nos Estados Unidos, os participantes relataram a preocupação com os aspectos técnicos do cuidado de enfermagem e a perda do que se chama a 'ética do cuidado'. A fragmentação entre saberes e práticas faz-se presente nas situações cotidianas dos serviços de saúde (Lima, 2009).

Quanto as relações interprofissionais, o problema mais destacado refere-se ao desrespeito entre os integrantes da equipe (Zoboli e Fortes, 2004; Laabs 2005; Silva, Zoboli, Borges, 2006; Zoboli, 2010; Amado, 2010; Bouças, 2007; Zoboli, 2009) evidenciando a falta de respeito com o conhecimento específico e a experiência dos enfermeiros (Redman, Fry, 2000). Estudo aponta a falta de cooperação, compromisso e confiança entre os membros da equipe (Zoboli, 2010; Zoboli e Fortes, 2004; Vidal et al, 2014). Aitamma (2010) refere que os problemas mais frequentes são nas relações entre a própria equipe de enfermagem ou entre a equipe e outros profissionais. Estudo de Siqueira-Batista et al, (2015) indicam a falta de entrosamento e companheirismo, de respeito, de comunicação e de colaboração entre a equipe de saúde.

Os estudos de Silva (2006 e 2008) também apresentaram como um problema ético a falta de compromisso dos profissionais que atuam no serviço de saúde. Nesse sentido, Rogers (2004) aponta que a falta de objetivos e compromissos compartilhados entre a equipe pode levar a mal-entendidos, podendo ocorrer a concorrência entre a própria equipe.

É recorrente nos estudos os problemas éticos relacionados com as informações (Nunes, 2015; Fernandes, 2010; Deschefy, 2004) e as potenciais ameaças a privacidade e a confidencialidade das informações (Rogers, 2004; Oberle, 2000; Duncan,1992; Katsuhara, 2005; Zoboli, 2004). Os estudos relatam problemas éticos referentes a transmissão de informações ao paciente (Laabs, 2005; Fernandes, 2010) evidenciando o conflito entre seguir as normas estabelecidas pelo serviço e o sentido de proteção das pessoas, na transmissão da informação (Oberle, 2000; Deschefy, 2004).

A proximidade na relação entre enfermeiro e paciente na APS favorece o fortalecimento da confiança entre estes, os pacientes se sentem acolhidos para manifestarem suas objeções, medos, desejos, preocupações. O cuidado na APS caracteriza-se pelo vínculo e responsabilização dos envolvidos no processo de produção de saúde (profissionais, paciente e gestores) (Rodrigues et al., 2014). É importante que as

equipes da APS tenham consciência e atitudes de respeito à privacidade e confidencialidade das informações dos pacientes, pois os profissionais têm à intimidade da vida do paciente e de sua família, especialmente quando entram nos domicílios para as visitas e os cuidados domiciliares (Silva, Zoboli, Borges, 2006; Vidal et al., 2014).

No que concerne a formação dos enfermeiros para conseguir lidar com os problemas éticos Roger (2004), indica que os enfermeiros têm pouca educação ética na sua formação e que um pequeno grupo identificou oportunidades formais para discussão ética no seu local de trabalho. O estudo realizado por Laabs (2011), refere que os participantes sentiram-se moderadamente ou muito preparados para enfrentar desafios éticos e atribuíram isso a educação antes e após a sua formação em enfermagem.

Os estudos realizados por (Silva, 2006 e 2008; Amado, 2010; Aroskar, 2004; Zoboli, 2010) evidenciaram situações de despreparo dos profissionais para trabalhar na atenção primária. Junges et. al. (2012) também apresentou como um desafio ético a falta de perfil dos profissionais. Um estudo ressalta que uma questão perturbadora é lidar com colegas incompetentes, o que impede o enfermeiro de realizar o seu trabalho em condições ideais, gerando desconforto e sofrimento (Jenkins, Elliott, Harris, 2006). Siqueira-Batista et al. (2015), confirma o distanciamento entre o setor educacional e a prática no contexto da ESF, bem como a falta de treinamento dos profissionais para trabalhar segundo os princípios da APS.

Se entendermos a educação como formadora de competências para lidar com diferentes contextos e situações de vida, ela tem como objetivo primordial tornar os sujeitos protagonistas de seus processos de vida (Junges, 2014). Estabelecer, nos serviços, iniciativas de educação permanente em ética pode despertar a atenção dos enfermeiros para os problemas éticos, levar ao desenvolvimento de competência ética e favorecer a procura do apoio dos comitês de ética para a resolução dos conflitos (Lillemoen, Pedersen, 2012).

No que se refere aos problemas éticos entre as equipes de saúde, a atenção primária tem um desafio posto que se relaciona com a grande quantidade de profissionais de diferentes áreas de atuação, com saberes e práticas distintas, que precisam assumir o compromisso de trabalhar em equipe e prestar uma assistência integral (Lima, et.al., 2009).

A falta de perfil dos profissionais para trabalhar na APS decorre, fortemente, da formação inicial centrada no modelo biomédico, com visão fragmentada do processo saúde-doença (Junges et al., 2012). Há iniciativas em andamento para se formar um novo

perfil de profissional mais sensível para perceber as reais necessidades da população, produzir atenção capaz de gerar satisfação social e excelência técnica, de forma resolutiva. Espera-se a formação de profissionais críticos, reflexivos, criativos e, também, mais capazes de resolver, com prudência, os problemas éticos da prática.

Na literatura encontram-se os problemas éticos vivenciados na relação com os pacientes, que se referem a aspectos da comunicação com o paciente, da autonomia e respeito estabelecido entre enfermeiro e paciente (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015^a).

Um dos problemas éticos mais frequentes com os pacientes, se refere a questão da informação ao paciente (Lillemon, 2012; Zoboli, 2004, 2007, 2010; Desheefy, 2004; Silva, 2006; Fernandes, 2010). Autores referem a importância da informação, comunicação e tomada de decisão compartilhada entre pacientes e profissionais (Lillemon, 2012). Katsuhara (2005) relatou problemas éticos relacionados ao vazamento de informações dos pacientes. Já Amado (2010) apresentou o problema da omissão das informações ao paciente. Vidal et al., (2014), refere que aos “ruídos de comunicação” entre profissionais e pacientes também é causadora de problemas éticos, esta comunicação deve ser realizada por meio de uma abordagem dialógica e emancipatória, promovendo o acolhimento.

Nesse sentido, uma boa comunicação entre enfermeiro e paciente poderia reduzir o afloramento de questões éticas na APS e favorecer a condução respeitosa e eficiente das relações humanas na atenção à saúde. A comunicação terapêutica tem papel humanizador, desde que o profissional esteja disposto, preparado e suficientemente comprometido com seu trabalho para estabelecer limites profissionais e de respeito nessa relação, reconhecendo e compreendendo o paciente como protagonista do cuidado (Broca, Ferreira, 2012).

Estudo realizado por Gonzáles-de-Paz et al. (2015), revela que os pacientes tiveram uma maior adesão ao tratamento na APS, quando o enfermeiro possuía habilidades de comunicação, realizava escuta ativa, era compassivo, sensível às emoções e tentava preservar a confiança na relação com o paciente. A confiança é essencial na relação do cuidado em saúde na APS, pois o envolvimento e responsabilidade do paciente com o seu próprio cuidado melhora (Gonzáles-de-Paz et al., 2015).

A confidencialidade foi descrita como um problema ético pelos estudos de Rogers 2004; Zoboli, 2004; Desheefy et al., 2004; Oberle e Tenove, 2000 e destaca-se a importância de se ter consciência da confidencialidade das informações. Siqueira-Batista et al, (2015) também encontraram problemas éticos relacionados ao sigilo e a

confidencialidade, sendo este o mais citado pelos participantes da pesquisa. O estudo de Deshefy et al. (2004) apontou que brechas na confidencialidade e privacidade podem ocorrer por descuido dos profissionais, por exemplo, ao falar ao telefone, registros de informações sobre os pacientes no computador ou então conversas sobre questões privadas em espaços públicos. É importante que as equipes da APS tenham consciência e atitudes de respeito à privacidade e confidencialidade das informações dos pacientes, pois os profissionais têm à intimidade da vida do paciente e de sua família, especialmente quando entram nos domicílios para as visitas e os cuidados domiciliares (Silva, Zoboli, Borges, 2006; Vidal et al., 2014).

O sigilo, a privacidade e a confidencialidade são condições inerentes ao exercício profissional na área da saúde (Vidal et al., 2014). A relação entre enfermeiro e paciente requer respeito para preservar a intimidade e a identidade do paciente, consubstanciando-se num relacionamento ético que possibilite autonomia profissional e promoção da dignidade no atendimento das necessidades básicas dos pacientes nos serviços de saúde (Dalmolin et al., 2014). O profissional necessita prestar atenção individualizada e pautada no respeito mútuo, na interação, na incorporação e criação de ambientes propícios para desenvolver uma relação ética livre e harmoniosa.

O respeito a autonomia do paciente parece ser um elemento fundamental, e, portanto, uma das dimensões mais lembradas quando fala-se em problemas éticos (Gremmen, 1999; Zoboli, 2007 e 2010; Ubrich, 2003; Oberle, 2000). O estudo de Gremmen (1999) com enfermeiras que realizam visitas domiciliares apontou a necessidade de respeitar a autonomia do paciente, adaptando os cuidados de enfermagem ao modo de vida, minimizando o aspeto intrusivo na casa e na vida dos pacientes. Nesse sentido, Ulrich (2005) descreve que a autonomia é uma pedra angular na prática ética, e que um indivíduo reconhece uma questão como ética quando ele possui um maior grau de preocupação moral.

Um problema ético comumente encontrado nos estudos refere-se a recusa dos pacientes a seguirem as orientações do profissional (Silva, 2006 e 2008; Amado, 2010; Zoboli e Fortes, 2004; Gremmen, 1999), não aceitarem o serviço que lhe é oferecido, quando os profissionais consideram que isso seja o melhor para eles (Gallagher, 2012).

Para resolver as questões de paciente que reclamam a sua autonomia é fundamental que se estabeleçam relações de comunicação efetiva (Zoboli, 2010). O estudo de Duncan (1992), apresenta que existe uma inadequada comunicação entre as

enfermeiras e os pacientes. Estudo demonstrou que conflitos éticos entre a equipe de saúde e familiares foi menos frequente (Aitamaa et al, 2010).

A falta de respeito dos enfermeiros para com o paciente também apareceu como problema ético (Lima et.al. 2009; Zoboli, 2007 e 2010; Silva, 2006 e 2008; Amado, 2010; Zoboli, 2009). Os enfermeiros identificam várias barreiras para a prática da “boa enfermagem” como o atendimento desrespeitoso às pessoas, principalmente no que se refere a demora no atendimento causada pelo excesso de demanda (Laabs, 2005; Silva, Zoboli, Borges, 2006; Silva, 2008; Junges et al. 2012; Amado, 2010).

A relação entre enfermeiros e paciente é uma situação que apresenta uma significativa quantidade de problemas éticos (Oberle e Tenove, 2000), dada a inerente imprevisibilidade dos resultados dessa relação de produção corresponsável de saúde. As questões éticas mais frequentes para os enfermeiros relacionam-se com a pretensão, nem sempre efetivada, de proteger os direitos do paciente, a dignidade humana e respeitar o consentimento informado do paciente.

A APS caracteriza-se pela formação de vínculo e responsabilização do profissional e paciente (Rodrigues et al, 2014), sendo assim, a proximidade na relação favorece a confiança entre esses, sendo que as objeções, medos, desejos e preocupações do paciente serão manifestadas. Estar disponível para dialogar e esclarecer as consequências do curso de ação escolhido pelo paciente é papel do enfermeiro. Os problemas éticos vivenciados nesse âmbito estão marcados pela imprevisibilidade dos resultados inerente as reações humanas na saúde, que tende a ser maior na atenção primária pelas peculiaridades que cercam esse relacionamento (Silva, Zoboli, Borges, 2006). Os problemas éticos nesse âmbito são de alta frequência e baixa intensidade, caracterizando-se por uma sutileza e pela naturalização da violência nas relações interpessoais que dificultam sua percepção pelos profissionais.

A literatura também apresenta os problemas éticos relacionados à gestão dos serviços de saúde, os quais se referem a questões de recursos humanos, financeiros, físicos, influências externas, esfera ambiental e apoio institucional (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015^a).

Entre os problemas éticos relacionados com gestão dos serviços de saúde, destaca-se o número reduzido de funcionários (Aroskar, 2004; Aitaama, 2010). O estudo de Aitaama (2010) apresenta que um cuidado de qualidade depende da cultura organizacional, atitudes e competências e de um número suficiente de recursos humanos. Os recursos humanos sofrem influência da alta rotatividade dos profissionais na APS,

devido aos problemas orçamentários dos serviços que comprometem a administração de pessoal, especialmente, quanto aos contratos de trabalho e remuneração (Junges et al., 2012).

Estudos demonstram que existem constantes trocas entre os membros das equipes, ou seja, uma excessiva rotatividade dos profissionais no que tange os vínculos de trabalhos na APS (Vidal et al, 2014; Junges 2012; Junges et al 2009). Isso gera impactos negativos nos serviços, comprometendo o estabelecimento de vínculos com os pacientes, a eficiência e a qualidade do cuidado na APS (Medeiros et al., 2010). Isso se deve aos problemas que os serviços vivem de orçamento, o que acaba comprometendo a administração de pessoal e levando a burocratização da assistência (Junges, 2012). Estudo de Siqueira- Batista et al, (2015) refere que poucos profissionais permanecem trabalhando na ESF ao longo do tempo e destaca a não fixação dos profissionais na APS.

Problemas também foram percebidos na atenção insuficiente as necessidades dos pacientes (Lillemoen,2012). Estudos indicam a falta de tempo dos enfermeiros para atender as necessidades dos pacientes (Tonnessen 2011; Rogers, 2004; Davis, 2012; Aroskar, 2012; Laabs, 2005, 2007). De acordo com Tonnessen (2011) quando existe falta de tempo, o foco das práticas dos enfermeiros pode ficar restrita a procedimentos e a assistência de saúde essencial. Ou seja, os problemas éticos incluem situações de decisão sobre o que priorizar nos serviços, pois não é possível atender os prazos e as condições organizacionais com a grande demanda de atendimento (Junges, 2011). O enfermeiro vê-se obrigado a eleger prioridades por meio de uma racionalização da situação, pois não consegue realizar todas as ações que gostaria. O enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica.

Destaca-se nos estudos as dificuldades enfrentadas no sistema de referência e contra-referência (Silva, Zoboli, Borges, 2006, Silva, 2008; Amado, 2010; Zoboli, Fortes, 2004; Junges et.al. 2009; Vidal et al, 2014). Para um sistema efetivo de referência e contra referência, que viabilize o encaminhamento mútuo dos pacientes dentro e entre os diferentes pontos de atenção da rede de saúde, precisa existir uma eficaz integração das redes de atenção à saúde. As condições operacionais necessárias ao bom funcionamento do sistema de referência e contra referência entre a APS e os demais níveis de atenção são comprometidas pela falta de apoio logístico, sistema de informações, acesso aos serviços (Serra, Rodrigues, 2010). Siqueira-Batista et al. (2015) refere que existem problemas (bio)éticos relacionados às desigualdades de acesso aos serviços de saúde.

A falta de recursos financeiros também foi identificado como um problema ético (Amado, 2010; Aroskar et al., 2004; Aitaama et al, 2010; Katsuhara, 2005). De acordo com Amado (2010) a dificuldade e falta de recursos financeiros (no sistema de saúde) pode comprometer a realização de exames complementares pelos pacientes. Estudo realizado por Aroskar (2004) demonstrou conflitos entre os interesses financeiros da instituição (contenção de custos) e as necessidades dos pacientes (equipamentos e medicamentos especiais).

A falta de recursos financeiros e humanos é apontada como impeditiva da transição da rotina centrada nos cuidados para o cuidado centrado nos pacientes, sendo, por isso, fonte de problemas éticos (Aroskar et al., 2004; Katsuhara, 2005; Aitaama et al, 2010; Amado, 2010). A falta de recursos financeiros também constitui-se barreira para o desenvolvimento da boa prática profissional (Aitaama et al, 2010). Estudo Utkualp (2015) refere que as condições de trabalho desfavoráveis para os enfermeiros afetam negativamente sua vida privada e também sua vida profissional.

A qualidade dos cuidados também fica prejudicada pelas carências na estrutura física dos serviços e rotinas das unidades de saúde que impedem ou dificultam a preservação da privacidade dos pacientes pelos profissionais (Silva et al., 2006; Silva, 2008; Amado, 2010; Zoboli, Fortes, 2004; Lima et al., 2009; Vidal et al., 2014). As falhas e precariedade na estrutura física do serviço que impossibilitam a privacidade nas conversas geram desmotivação dos profissionais e constrangimentos aos pacientes. (Silva, Zoboli, Borges, 2006; Nora, Junges, 2013; Siqueira- Batista et al, 2015).

Os decisores políticos também foram considerados causadores de problemas éticos nos serviços de saúde (Junges et al., 2012; Rogers, 2004; Vidal et al, 2014). Um estudo identificou que alguns parlamentares usam sua influência para facilitar a assistência aos pacientes que estão descontentes com o sistema de saúde, ainda que possam trazer benefícios para os serviços ao atrair publicidade e recursos para demandas de baixa prioridade (Rogers, 2004). De um modo ou outro, a interferência dos políticos locais no funcionamento dos serviços busca beneficiar sua clientela política (Junges et al., 2012).

Vidal et al (2014) refere problemas éticos vinculados à esfera ambiental, pois os componentes ambientais determinam o adoecimento da população, e, portanto, mais atenção deveria ser dada as ações de cuidado com o meio ambiente. A interdependência entre a saúde e o meio ambiente é fundamental para enfrentar - com ações articuladas- os

determinantes sociais e os danos ambientais que afetam a vida das pessoas no sentido de melhorar a qualidade de vida (Junges, Barbiani, 2013).

Estudos (Silva et al., 2006; Lima et al., 2009) descreveram a falta de apoio estrutural para discutir e resolver os problemas éticos nos serviços de saúde. As conversas informais entre colegas costumam ser o primeiro caminho que os profissionais procuram para resolver os problemas éticos que encontram (Laabs, 2011). Entretanto, Lillemoen, Pedersen (2012), referem que não basta reunir os profissionais e oferecer tempo para a discussão, é fundamental que as discussões aproximem a teoria da prática, oferecendo soluções exequíveis. As reuniões têm de, preferentemente, ocorrer no horário de trabalho e provocar o envolvimento de todos os membros da equipe. Estudo refere que o apoio as atividades éticas é fundamental para que as iniciativas de suporte ético tenham sucesso, e que o apoio dos gestores/gerentes/chefes de departamento na própria instituição é mais decisivo do que ter apoio a nível municipal (Magelssen et al., 2016).

É fundamental que os enfermeiros compreendam a cultura organizacional e analisem institucionalmente a circulação do poder na equipe e as tensões oriundas do cotidiano de trabalho, com vistas à criação de ambiente participativo de discussão e pactuação que alicerce processos de cogestão responsável. Para que isso aconteça são essenciais reuniões semanais da equipe de APS e a democratização da gestão (Campos, 2005).

De acordo com Campos (2000) é indispensável que cada profissional da equipe se sinta sujeito ativo do processo comum de trabalho para a atenção centrada no paciente, superando as hierarquias profissionais e ampliando a horizontalidade ao nível multiprofissional essencial ao trabalho coletivo característico da APS. Os profissionais não deveriam se ver como meros executores de procedimentos e protocolos. Portanto, o foco da intervenção tem de ser orientado pelas necessidades em saúde da população adscrita e não pelos núcleos de saberes profissionais ou disciplinares.

Como políticas de apoio que auxiliam a resolução de problemas éticos evidenciou-se presença de supervisor, colega de trabalho ou profissional *expert* para aconselhamento e consulta a um comitê de ética (Duncan, 1992; Gremmen, 1999; Laabs, 2011; Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015). Nesse sentido, reconhecer os recursos de apoio que os enfermeiros acionam no enfrentamento das situações eticamente problemáticas podem contribuir para a solução dos problemas éticos que surgem no cotidiano dos serviços, através dos recursos de formação contínua no trabalho, o acompanhamento da prática e o desempenho profissional. A educação ética para os profissionais é vital, a fim

de proporcionar os instrumentos necessários para lidar, prudente e responsavelmente, com os conflitos de valores e deveres, ou seja, os problemas éticos (Lillemoen, Pedersen, 2012).

A educação ética pode ajudar os profissionais a definir seus próprios valores e desenvolver as ferramentas e habilidades necessárias para lidar com os problemas éticos do cotidiano (Zoboli, Soares, 2012). Estudo realizado com estudantes da graduação em enfermagem consideram que a disciplina de ética os enriqueceu como pessoas e que a formação ética precisaria acompanhar todos os anos do curso (Rocha, 2003). O estudo de Zoboli e Soares (2012), defende a formação ética inicial e permanente dos profissionais como essencial para a excelência na assistência. A formação deveria alertar os alunos para os problemas éticos, capacitando-os para enfrentar os desafios nos diferentes contextos em que poderão atuar (Zoboli, Soares, 2012; Ulrich, Soeken, 2005; Fernandes, 2010). Zoboli e Soares (2012), referem que o modelo de deliberação baseado na problematização auxilia na resolução de problemas éticos.

Os enfermeiros na APS reconhecem que precisam de apoio para o enfrentamento dos problemas éticos que vivem em seu cotidiano de trabalho. Assim, é essencial para o enfermeiro da APS o aprofundamento do conhecimento ético e das discussões o compartilhamento sistemático de experiências, a capacitação em estratégias para lidar de forma prudente e responsável, com os conflitos éticos (Laabs, 2011). É necessário fomentar nos enfermeiros o desenvolvimento da competência ética para que possam conduzir proficientemente a resolução dos problemas éticos, sempre na escuta e em diálogo permanente com o paciente (Amado, 2010).

As iniciativas de educação continuada e intervenções para a formação ética permanente dos profissionais só serão efetivas se a dimensão ética dos serviços também for desenvolvida, desde o planejamento até a implementação das ações, programas e políticas institucionais. É fundamental que os serviços assumam a condução e a reflexão dos problemas éticos, pois intervenções pontuais e de curta duração terão funcionamento limitado (Jenkins, Elliott, Harris, 2006).

De acordo com Zoboli (2009) as peculiaridades na assistência da atenção primária geram uma sutileza nos problemas éticos, causando muitas vezes dificuldades para distinguir os conflitos morais que surgem na relação com o paciente e entre os profissionais da equipe. Nesse sentido, a enfermagem na atenção primária a saúde é caracterizada por relacionamentos de longo prazo com o paciente e por episódios repetidos de atendimentos, por ocupar-se na maioria das vezes com doenças crônicas.

Os problemas éticos ocorrem tanto na atenção primária quanto no hospital, embora essas duas atenções precisem ser humanizadas, as mesmas sempre terão suas peculiaridades (Vidal et. al., 2014; Zoboli, 2009). Nesse sentido, o olhar ético que será adequado para o ambiente hospitalar, talvez não seja adequado para a atenção primária à saúde.

Tomada de decisão ética e deliberação moral em enfermagem

Após verificarmos uma ampla gama de problemas éticos que ocorrem na APS, uma etapa subsequente que segue é a tomada de decisão ética. A sensibilidade moral permite que o enfermeiro identifique o problema ético na sua prática, para posteriormente poder tomar uma decisão ética. O que marca o início da construção da decisão ética de enfermagem é o enfermeiro se interrogar como agir perante uma situação concreta no âmbito de uma relação com o paciente e/ou familiares, tendo sensibilidade para saber o que é melhor para o paciente naquele contexto específico (Deodato, 2014).

Nesse sentido, os enfermeiros são constantemente confrontados com a tomada de decisão ética. Desenvolver habilidade para a tomada de decisão é essencial para a excelência da prática profissional e para a qualidade dos serviços de saúde (Zoboli, 2013). Ter uma atitude ética indica uma motivação e empenho na prática, e uma capacidade de responder aos pacientes, por isso é considerada um aspecto importante da comunicação humana (Moosavi, Borhani, Mohsenpour, 2016).

Para tomar decisões éticas os enfermeiros dispõem de uma ampla gama de elementos que influenciam e determinam suas ações. São elementos de natureza multidimensional como elementos éticos, científicos, profissionais, deontológicos, culturais, sociais e jurídico, os quais conferem uma grande complexidade para a tomada de decisão ética (Deodato, 2014). Ter uma atitude ética é mais complicado do que simplesmente respeitar as normas e os códigos de ética, isso porque as regras e os regulamentos por si só não dão conta de responder todos os problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros nos serviços de saúde (Moosavi, Borhani, Mohsenpour, 2016).

A tomada de decisão ética é um dos principais requisitos para um profissional de excelência e essa capacidade esta inter-relacionada com a competência e a autonomia profissional (Cerit, Dinc, 2013). O bem-estar e a segurança do paciente depende em grande medida, das decisões éticas que o profissional faz e essa decisão pode ser complexa.

A literatura apresenta fatores externos que contribuem para a tomada de decisão ética de enfermagem, são fatores: organizacionais, sociais e legais. Esses fatores podem afetar a percepção da existência de problemas éticos, as alternativas de solução e suas consequências (Nora et al., 2016). No que se refere ao contexto organizacional os enfermeiros vivenciam tensões entre os valores da instituição onde trabalham e os valores profissionais de enfermagem o que faz com que os profissionais se deparem muitas vezes com situações contraditórias (Jones, 1991; Toren, Wagner, 2010). Um exemplo é a instituição buscar a produtividade, eficácia e eficiência dos cuidados, e por outro lado, os profissionais visam atender os pacientes com qualidade, respeito, a fim de garantir a autonomia do paciente entre outras demandas, o que pode demandar mais tempo nos atendimentos de enfermagem, o que poderia comprometer a produtividade (Toren, Wagner, 2010).

As adversidades vivenciadas pelos profissionais nos serviços como a diminuição do número de funcionários, sobrecarga de trabalho acabam por ter efeitos sobre a qualidade do cuidado, um ambiente com essas condições podem levar o profissional ao sofrimento moral, burnout, aumento da rotatividade de profissionais e diminuição na qualidade do atendimento (Vanderheide, Moss, Lee, 2013).

Estudo realizado por (Higuchi, Christensen, Terpstra, 2002) no âmbito da atenção domiciliar destacou que a coordenação dos cuidados aos pacientes requer trabalhar com limitações no orçamento e com dificuldades em restabelecer relações efetivas de trabalho com outros colegas. Os enfermeiros algumas vezes trabalham com limitações tecnológicas e com falhas na comunicação com os demais profissionais, o que acaba por comprometer o processo de trabalho (Higuchi, Christensen, Terpstra, 2002; Berggren, Severinsson, 2006; Zoboli, 2013).

No que se refere aos fatores de ordem social os familiares exercem importante influência no cuidado ao paciente e esses precisam ser considerados ao tomar as decisões sobre o cuidado, favorecendo uma relação de confiança entre enfermeiro, paciente e familiares (Berggren, Bégat, Severinsson, 2002; Higuchi, Christensen, Terpstra, 2002; Zoboli, 2013). Ao compreender o contexto social e os valores do paciente o enfermeiro estabelece um caminho confortável para participar na tomada de decisão e até mesmo na construção da sua própria decisão (Zoboli, 2013). A cultura de todos os envolvidos influencia a decisão ética, a qual resulta da interação entre esses sujeitos (Greipp, 1992).

Os estudos relatam que os valores, princípios e responsabilidades são relevantes para a tomada de decisão em enfermagem (Doane et al., 2004; Basso-Musso, 2012;

Greipp, 1992; Holt, Convey, 2012; Lanik, Webb, 1989). Os princípios éticos tradicionais da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça foram descritos como os principais norteadores da tomada de decisão ética (Berggren, Severinsson, 2003; Basso-Musso, 2012; Toren, Wagner, 2010).

As normas, procedimentos e orientações nas instituições são úteis e relevantes para a enfermagem, pois fornecem estrutura para a prática, no entanto, essas normas não podem dificultar a aplicação das decisões éticas. Os enfermeiros precisam considerar seu código de ética a fim de racionalizar as suas ações e decisões éticas, ou seja, o código de ética é vital para a enfermagem, pois fornece uma forma necessária para o autocontrole dos que pertencem a profissão (Kim, Kang, Ahn, 2013).

A prática dos serviços de saúde exige do enfermeiro mais do que seguir as regras éticas. A prática requer que os enfermeiros tenham consciência moral, seguindo o melhor curso de ação para a resolução dos problemas éticos (Higuchi, Christensen, Terpstra, 2002).

Os fatores individuais da tomada de decisão ética em enfermagem também estão descritos na literatura. Destaca-se as experiências pessoais, o conhecimento e a comunicação como elementos que influenciam a tomada de decisão ética de enfermagem (Dalla Nora et al., 2016).

Estudos destacam a importância de pedir o consentimento ao paciente, para que o mesmo esteja informado sobre sua própria saúde e possa tomar as suas decisões (Zoboli, 2013; Berggren, Bégat, Severinsson, 2002; Higuchi, Christensen, Terpstra, 2002; Berggren, Severinsson, 2006). A autonomia é baseada no princípio de que todos os seres humanos são únicos e capazes de tomar decisões (Moosavi, Borhani, Mohsenpour, 2016). O enfermeiro necessita assumir a responsabilidade da tomada de decisão em conjunto com os pacientes, familiares e membros da equipe, promovendo decisões eticamente responsáveis (Berggren, Bégat, Severinsson, 2002). O estabelecimento de uma relação terapêutica paciente-centrada, possibilita criar uma relação baseada na confiança mútua e no respeito (Higuchi, Christensen, Terpstra, 2002).

Os enfermeiros são profissionais que trabalham mais próximos ao paciente, especialmente pela especificidade seu processo de trabalho, estes, vivem mais perto e com mais intensidade os problemas relativos a relação profissional-paciente. Portanto, é espectável que os enfermeiros tendam a relatar mais experiências desses problemas éticos, quando comparados a outros profissionais da equipe (Lillemon, Pedersen, 2013).

A decisão ética em enfermagem também envolve a participação de outros membros da equipe, proporcionando que outros profissionais além do responsável pela decisão sejam convidados a enriquecer com os seus conhecimentos e experiências a construção do melhor curso de solução para o problema ético (Deodato, 2014). Quanto mais perspectivas diferentes o enfermeiro integrar, mais provável que a decisão seja prudente e razoável. O apoio dos membros da equipe é um mecanismo fundamental para enfrentar os problemas éticos para além dos familiares e amigos (Schluter, Winch, Holzhauser, 2008).

A sensibilidade moral desempenha um papel importante no processo de tomada de decisão, pois relaciona-se com a capacidade do enfermeiro reconhecer os aspetos moralmente relevantes de uma situação (Vanderheide, Moss, Lee, 2013). Esse reconhecimento permite a interpretação adequada das necessidades do paciente. O enfermeiro na construção da decisão ética precisa avaliar o problema ético em toda a sua complexidade e incluir o paciente nesse processo.

A dignidade humana e o respeito foram valores identificados pelos enfermeiros ao se respeitar esses valores todos os demais por consequência também serão (Shahriari M, Mohammaddi, Abbaszadeh, 2013). Ou seja, as crenças dos pacientes serão respeitadas, existirá privacidade nos atendimentos de saúde, será estabelecido uma efetiva comunicação e as necessidades dos pacientes serão atendidas.

Os enfermeiros na APS são constantemente confrontados com a necessidade de tomar decisões éticas, e essa decisão não pode ser entendida como uma escolha banal, que requer pouco conhecimento, capacidade ou atenção. O enfermeiro ao tomar sua decisão, precisa ter sensibilidade moral acentuada, saber ético, experiência de vida, virtudes, informação e um grande compromisso pessoal de fazer o que “está certo” (Ramos et al., 2015). Moosavi, Borhani, Mohsenpour (2016), referem que uma atitude ética pode desempenhar um papel significativo na construção de um sentido de responsabilidade, sensibilidade, altruísmo, respeito e compromisso com o paciente e familiares, colaborando para determinar o desempenho ético e a qualidade da assistência ao paciente. Estudo refere que os cinco valores essenciais para a profissão de enfermagem são: 1- altruísmo, 2- a autonomia, 3- o respeito pelos outros, 4- honestidade e conduta em conformidade com as normas e códigos éticos estabelecidos e 5- justiça social (Fahrenwald, 2005).

É fundamental que os enfermeiros desenvolvam habilidades e competência ética para saber manejar as incertezas e reduzir a angústia que o processo de tomada de decisão

provoca. Tomar decisões prudentes requer questionar a incerteza, conhecer as circunstâncias do caso ético e prever as possíveis consequências (Gracia, 2003).

Os enfermeiros em seu cotidiano vivenciam problemas éticos os quais levam a discussão e à tomada de decisão a partir de uma análise da situação, que envolve diferentes fatores como apresentado anteriormente. Na bioética existem modelos clínicos que auxiliam na tomada de decisão, pois possibilitam um estudo relacional, sistemático e objetivo dos problemas éticos que ocorrem no cuidado ao paciente (Schneider, 2010).

Esses modelos foram elaborados por bioeticistas e podem auxiliar o enfermeiro e outros profissionais a visualizar um ponto de partida para uma metodologia de discussão de casos éticos (Schneider, 2010). Diego Gracia, bioeticista espanhol, desenvolveu um método de deliberação moral embasado no método clínico (Gracia, 2001^b). Elma Zoboli, enfermeira, refinou esse método e abordou a deliberação moral no contexto da Atenção Básica (Zoboli, 2010).

Em situações em que o enfermeiro não sabe o que fazer, fica perplexo, sem conseguir identificar as saídas morais. A deliberação moral pode auxiliar nessa identificação das saídas morais, de uma forma mais responsável e prudente. Frente a um problema ético, muitas vezes o enfermeiro ao fazer a análises dos casos, busca identificar somente as saídas positivas e as negativas, é preciso ampliar esse leque de opções, perceber e avaliar o que está envolvido na situação para conseguir decidir pela saída que lese menos esses dois extremos (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015^b).

Os conflitos de valores são sempre formados por dois valores que são positivos, e que muitas vezes podem ser contrários, os quais precisam ser conciliados, eles só estão contrários naquela situação/caso específico. Para avaliar essa situação um procedimento concreto e objetivo é o da deliberação. A deliberação não é somente um método, um procedimento, mas também uma pedagogia para o autoconhecimento, autoanálise e tolerância (Gracia, 2001^b; Gracia, 2003, Zoboli, 2010).

O processo de deliberação é um modo de pensar sobre as situações de incertezas, avaliando os princípios e os valores envolvidos, as circunstâncias, e as consequências, fazendo a gestão responsável e prudente dos valores que estão relacionados no caso, ou seja, avaliar os valores que estão relacionados a saúde e a doença e chegar uma melhor alternativa ética para a condução do caso (Gracia, 2001^a). Mesmo após a deliberação ter ocorrido é possível que duas pessoas possam chegar a conclusões diferentes, podendo escolher cursos de ações diferentes, isso porque a escolha prudente admite sempre mais de uma solução (Gracia, 2001^b).

A deliberação ocorre para solucionar uma situação de incerteza, assim para o enfermeiro tomar uma decisão prudente ele tem que ter experiência prática. Dessa forma, o profissional terá menos angústia e poderá tomar as melhores decisões, ou seja, ser prudente não é uma questão de conhecimento, mas sim de experiência prática. Em ética somente consegue tomar decisões prudentes quem sabe questionar a incerteza, conhecendo as circunstâncias e prevendo as consequências. A prudência é expressa como a capacidade de valorar o que está envolvido no conflito ético, chegando a decisões razoáveis. Esse processo implica uma construção coletiva, o que colabora para diminuir a incerteza dos enfermeiros na tomada de decisão ética (Gracia, 2003)

A deliberação nesse sentido é a “decantação” das possíveis soluções, ou cursos de ação para o conflito moral, identificando a questão ética que esta presente no caso. A ética envolve três aspetos da realidade: os fatos, orientado pela lógica cognitiva; a valoração, decorrente da estima ou preferências e os deveres, que são a obrigação moral de concretizar os valores na situação. O encadeamento desses aspetos envolvidos nos problemas éticos levam aos juízos morais (Zoboli, 2012^a e 2013). Por isso, é possível dizer que o exercício da deliberação exige maturidade psicológica (Gracia, 2001^b).

No processo de deliberação analisa-se as circunstâncias do caso, considera-se as possíveis consequências das várias possíveis soluções ou curso de ações, observa-se sua coerência e propriedade e escolhe-se o curso de ação considerado ótimo, que é considerada a solução para o caso. A deliberação vai interpretar fatos e dados e suas conexões de sentido nos valores, porque os valores sem os fatos são vazios, ou seja, se olhamos os dados sem uma conexão de sentido com os valores eles não dizem nada. Nesse contexto, a saúde é ao mesmo tempo fato e valor (Zoboli, 2013).

A deliberação permite realizar as considerações dos valores e deveres em um fato concreto (caso) para tomar uma decisão que será o caminho razoável, prudente e passível de realização. Essa ação, que será o curso de ação ótimo, decorre de um processo sistematizado e contextualizado para análise dos eventos da vida (Gracia, 2001^a). Nesse sentido, a deliberação aplicada ao agir ético do enfermeiro, possibilitará agir de maneira mais responsável e prudente. Ou seja, serão manejadas as possibilidades, as probabilidades nas incertezas dos casos concretos, para encontrar uma solução razoável que realize ao máximo os valores ou que os lese menos (Zoboli, 2012^a).

A deliberação ética é uma abordagem apropriada para os problemas éticos nos cuidados de saúde prestados por equipes multidisciplinares, porque possibilita conhecer as diversas experiências e perspectivas dos envolvidos no processo (Dalla Nora, Zoboli,

Vieira, 2015^b). Assim, a deliberação coletiva pode auxiliar o enfermeiro a reconhecer e perceber os cursos de ação possíveis. Entretanto, é o próprio profissional que tem de enfrentar o caso, na prática, e tomar as decisões, já que a deliberação realizada por um grupo de profissionais não isenta quem vivência o problema ético da responsabilidade de tomar decisões. Por isso, as decisões éticas são consideradas intransferíveis (Zoboli, 2012^a).

A deliberação pode ser de dois tipos: a clínica e a ética (Gracia, 2001^a). A deliberação clínica é a que o profissional de saúde realiza em sua prática cotidiana, ao atender o paciente. A deliberação ética consiste na análise dos problemas éticos cada vez que o profissional presta atendimento a um paciente. A segunda não é tão fácil de realizar, pois exige que os problemas éticos sejam analisados em toda a sua complexidade. Ambas podem se dar no âmbito individual ou coletivo (Gracia, 2001^a, 2003). No âmbito coletivo, o profissional delibera com os membros da equipe, paciente ou familiar para tomar sua decisão; já no âmbito individual, o profissional delibera sozinho quando precisa tomar decisões com base em seu próprio conhecimento e experiência (Gracia, 2001^b). Todavia, a opinião dos familiares e pacientes deve ser levada em consideração em qualquer etapa do processo de deliberação.

A ética não busca encontrar o certo e o errado, ela quer encontrar o melhor, o excelente para cada caso específico. O caminho da excelência é o espaço de prudência em que se abre um leque de alternativas. Esse leque de possibilidade vai permitir com que se tenha mais responsabilidade no agir ético do enfermeiro (Gracia, 2001). Gracia (2001^b) afirma que os cursos de ação são sempre 5 ou mais, e que quando são identificados menos é porque ocorreu alguma falha no processo de análise.

O itinerário do processo deliberativo proposto por Diego Gracia (2003) inclui: a deliberação sobre os fatos, sobre os valores, os deveres e responsabilidades. Esse itinerário está descrito no (Quadro 3) e apresenta 10 etapas.

Quadro 3: Etapas e passos do procedimento deliberativo proposto por Diego Gracia (2003)

Deliberação sobre os fatos	1- apresentação do caso pela pessoa responsável de tomar a decisão;
	2- esclarecimento dos fatos do caso;
Deliberação sobre valores	3- identificação dos problemas éticos;
	4- identificação do problema ético fundamental;

	5- determinação dos valores em conflito;
Deliberação sobre os deveres	6- identificação dos cursos extremos de ação;
	7- identificação dos cursos intermédios;
	8- análise do curso de ação ótimo;
Deliberação sobre as responsabilidades	9- aplicação das provas de consistência (legalidade, publicidade e teste de tempo);
	10- decisão final.

Fonte: (Zoboli, 2010, p. 181).

A deliberação sobre os fatos consiste na apresentação do caso, a pessoa responsável pelo caso apresenta-o a um comitê de ética, contando a história clínica com ênfase nos aspectos éticos nessa fase o foco não está no problema clínico, mas sim no problema moral (Zoboli, 2012a). Para o esclarecimento dos fatos, após a apresentação do caso abre-se espaço para que os participantes da sessão também tirem suas dúvidas com quem apresentou o caso. O objetivo dessa etapa é entender o caso o mais claramente possível, a fim de reduzir ao máximo as áreas de incertezas. Essa etapa é crucial para as demais da deliberação, pois se o caso não for bem entendido, os erros dessa etapa arrastaram-se para as demais e comprometem a prudência da decisão (Zoboli, 2012^a).

A deliberação sobre os valores envolve a identificação dos problemas éticos, nesse momento os membros da comissão analisam os problemas morais que percebem no caso. A pergunta deve ser formulada de forma clara, precisa a fim de evitar ambiguidades. A “pergunta-problema” tem de ser feita segundo a realidade do caso e não de forma genérica e/ou padronizada, ou seja, deve envolver as peculiaridades e circunstâncias do caso. Nem todas as perguntas formuladas expressaram problemas éticos, ou seja, algumas podem não conter juízo e valores (Zoboli, 2012^a; 2013).

Ainda na deliberação sobre os valores temos a indicação do problema ético fundamental, por ser impossível analisar todos os problemas éticos listados, dentre eles, elege-se um para ser alvo de deliberação, usualmente quem indica é a pessoa que vivenciou o caso, pois compreende-se que foi ela que reconheceu o caso como problema ético (Zoboli, 2013).

A seguir, deve-se proceder a identificação dos valores em conflito, para tanto, é preciso verificar se a pergunta escolhida como “problema moral fundamental” representa realmente um conflito de valores, caso seja, prossegue-se com a deliberação. Um conflito mal definido compromete a sequência do processo deliberativo, pois perde-se a essência do caso (Zoboli, 2012^a; 2013).

Na deliberação sobre os deveres é fundamental se identifique os cursos de ação extremos. O curso de ação refere-se a cada uma das alternativas de solução para o caso. Os valores em conflito são dispostos em dois polos opostos e cada um deles corresponde a um curso extremo, que deve ser sempre evitado, pois a mente humana tende a identificar naturalmente duas vias de solução para os problemas éticos (Zoboli, 2012^a; 2013).

Também é necessário reconhecer os recursos de ação intermédios, a partir das diversas possibilidades da realidade, apontam-se os cursos de ações que se movem entre os polos extremos, é nesse âmbito que se encontra o curso de ação intermédio. (Zoboli, 2013; Gracia, 2001^b). Os extremos são sempre, e em qualquer situação, soluções extraordinárias, de exceção.

É fundamental identificar o curso de ação moralmente ótimo, ou seja, dentre o curso intermédio, escolhe-se o que realiza ao máximo, ou prejudica o menos possível todos os valores envolvidos no conflito. O “curso de ação ótimo”, será sempre a alternativa mais prudente e responsável para solucionar o problema ético. Um problema ético pode não ter solução, seja intermédia ou extrema, mas isso só poderá ser percebido após o processo de deliberação ter ocorrido (Zoboli, 2012^a; 2013). Para Gracia (2001^a), a maior dificuldade encontra-se nessa etapa, quando é necessário deliberar sobre o melhor curso de ação para o problema moral que se apresenta no caso em análise. Como referido anteriormente, os cursos extremos de ação impedem de ver e ponderar os cursos intermediários.

Na deliberação sobre as responsabilidades é fundamental ocorrer a aplicação das provas de consistência, ou seja, após a escolha do “curso de ação ótimo” precisamos submetê-lo à aprovação de sua consistência, isso faz-se por meio das provas de legalidade (essa decisão é legal?), publicidade (estaria disposto a defender publicamente o curso de ação escolhido) e temporalidade (tomaria à mesma decisão se tivesse mais tempo para decidir?). A decisão mais prudente é aquela que responde a esses 3 questionamentos (Gracia, 2003).

A decisão final cabe a que apresentou o caso, quem decide, são sempre os envolvidos no caso e não o comitê de bioética consultada, a comissão apenas auxilia na identificação dos caminhos prudentes para solucionar o problema ético. A decisão é sempre de quem descobriu o caso como um problema moral (Zoboli, 2012^a; 2013).

Portanto, a deliberação pode ser considerada um método adequado para ser utilizado pelos profissionais nos diferentes tipos de serviços de saúde, pois permite que se

tomem decisões éticas de forma sistematizada, por meio da abordagem abrangente e aprofundada dos aspectos éticos envolvidos no caso a ser resolvido (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015).

Vale destacar, uma experiência positiva que avaliou uma atividade de suporte ético clínico nos serviços de Atenção Primária à Saúde (em mais de 200 municípios) da Suécia (Magelssen et al, 2016). Os entrevistados indicaram que o suporte ético foi muito significativo para a prática profissional, pois proporcionou uma melhoria na qualidade no serviço e da relação com o paciente e familiares, houve conscientização e conhecimento sobre os problemas éticos da prática e melhor cooperação no local de trabalho. Estudo refere que é importante implementar atividades de suporte ético na clínica nos serviços de saúde e assistência a comunidade sistematicamente e em grande escala. Para ter sucesso o suporte ético na clínica precisa contar com o apoio das partes interessadas na instituição (trabalhadores, gestores e pacientes), deve ser fornecido orçamento adequado e tempo suficiente para as atividades de ética, os facilitadores devem receber acompanhamento e formação suficiente em métodos de deliberação ética e tópicos relevantes em ética (Magelssen et al., 2016). De acordo com estudo recente, implementar sessões de reflexão de casos de ética em equipes de saúde pode proporcionar uma oportunidade para os profissionais compartilhar e lidar com questões éticas que eles experimentaram (Bartholdson, 2017).

O estudo de Junges, Barbiani, Zoboli (2015), refere que na APS não se pode cuidar do paciente sem ter um cuidado com o seu coletivo, ou seja, é fundamental detetar as necessidades em saúde do contexto de atendimento. Para esses autores, a efetividade da deliberação moral no âmbito da APS, precisa incorporar, em seus cursos de ação, os processos de planeamento estratégico em interação com a macrogestão e a vigilância em saúde (Junges, Barbiani, Zoboli, 2015). Portanto, os profissionais da APS precisam incorporar diferentes dimensões da realidade para a operação dos melhores cursos de ação.

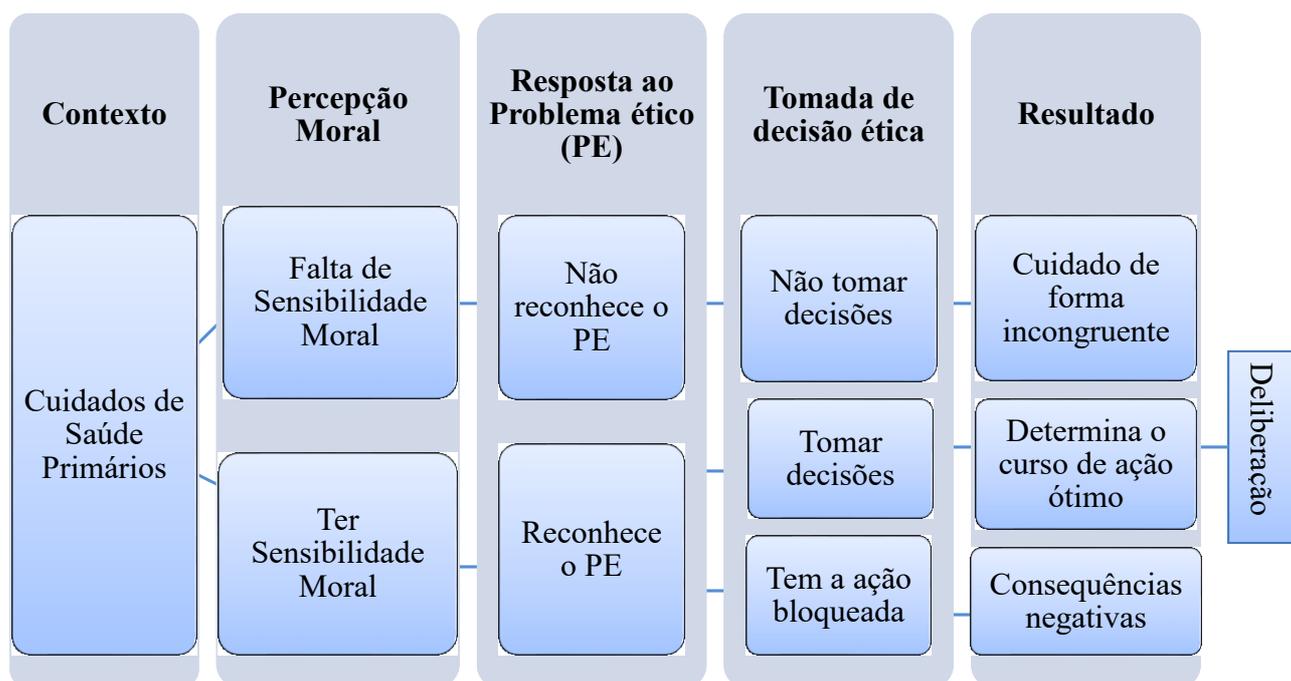
Síntese

O modelo conceitual adotado neste estudo (Figura 1) primeiro examina o contexto do ambiente de trabalho do enfermeiro, com ênfase na responsabilidade profissional do enfermeiro. A literatura refere que os enfermeiros na APS vivenciam inúmeros problemas éticos em sua prática diária (Siqueira-Batista et al., 2015; Lillemoen, Pedersen, 2012; Motta, 2012; Zoboli, Soares, 2012; Zoboli, Fortes, 2004; (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015^a). O contexto é seguido da percepção na qual a sensibilidade moral esta presente ou não. Se a sensibilidade moral não estiver presente, o enfermeiro não reconhece os problemas éticos da sua prática (Ersoy, Goz, 2001). A resposta do enfermeiro poderá ser não tomar decisão/não ter ação/ficar indiferente ou realizar um atendimento baseado em rotinas, o que vai gerar cuidados incongruentes com os objetivos profissionais e as necessidades do paciente. Ou mesmo que o enfermeiro faça uma ação que leve a cuidar das necessidades do paciente, sem sensibilidade moral, isso não ocorrerá de forma global (Milliken, 2016).

Por outro lado, quando a sensibilidade moral está presente o enfermeiro têm consciência dos problemas éticos da sua prática, ou seja, ele reconhece os problemas éticos e toma decisões, determinando o melhor curso de ação para cada caso ético de forma prudente e responsável. Uma metodologia que contribui para essa tomada de decisão ética na APS é a deliberação moral proposta pelo autor Diego Gracia (Gracia, 2001^a).

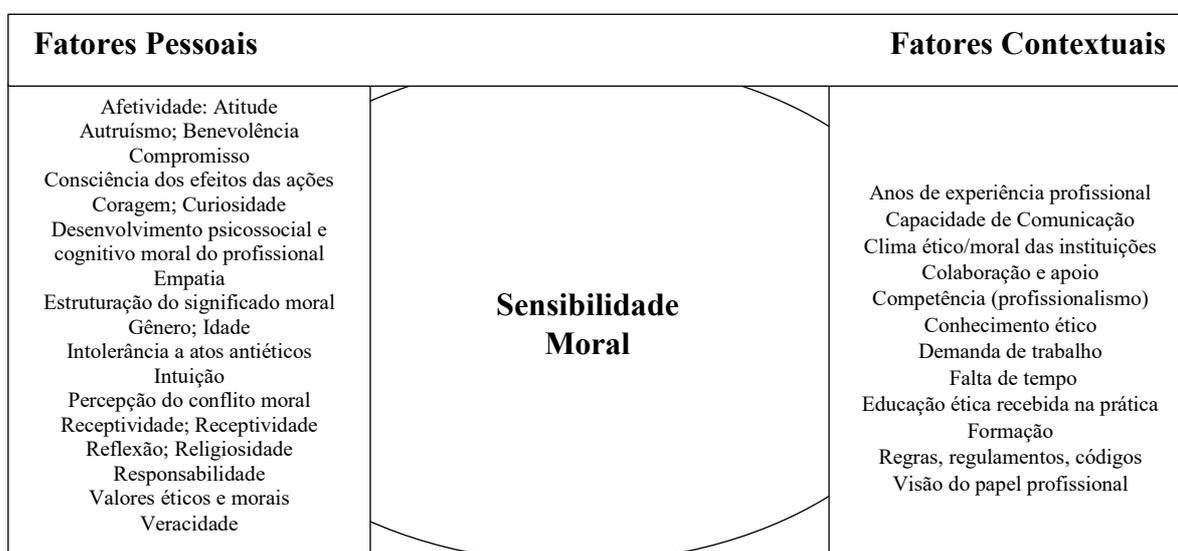
A presença de sensibilidade moral é fundamental para se ter uma ação ética, principalmente quando clima moral da instituição não é adequado (Lutzen et al, 2010). O enfermeiro que tem sensibilidade moral, mas tem a sua ação bloqueada (por algum obstáculo pessoal ou organizacional, seja, falta de equipamentos, materiais, diferença de valores, etc.), pode ter consequências negativas (deixar o seu ambiente de trabalho, a profissão, vivenciar sofrimento moral, entre outros) (Milliken, 2016; Waever, Morse, Mitcham, 2008; Lutzen et al., 2003).

Figura 1. Modelo Conceitual de Sensibilidade Moral



Portanto, para esse estudo a sensibilidade moral na APS é definida como a compreensão contextual e intuitiva da situação de vulnerabilidade de um paciente, com uma tomada de consciência das implicações morais das decisões que são tomadas em nome do paciente (Lutzen et. al, 2010). O que corrobora com a ideia de que a sensibilidade moral é uma capacidade ou habilidade para reconhecer um problema ético (Milliken, 2016; Ersoy, Groz, 2001). Por fim, a sensibilidade moral dos enfermeiros na prática é influenciada por diferentes fatores (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2017^a) como os apresentados na figura 2.

Figura 2- Fatores que influenciam a Sensibilidade Moral



CAPÍTULO III- MÉTODO

MÉTODO

Nesta sessão será apresentado o caminho metodológico que se utilizou para recolha e tratamento dos dados, com vistas a atingir os objetivos estabelecidos.

Tipo de estudo

Para atingir os objetivos estabelecidos e compreender o fenômeno em estudo, foi realizado um estudo quantitativo, transversal, observacional, correlacional e de duas amostras independentes. A escolha metodológica foi considerada adequada uma vez que se pretende recolher os dados em um único período temporal, sendo que a principal vantagem desse tipo de estudo é a economia e a facilidade de controle. A investigação é observacional, pois resume o estado do fenômeno em estudo. É correlacional descritivo, porque busca descrever relações entre as variáveis sem, entretanto, inferir conexões causais (Polit, Beck, 2011).

As tarefas em Portugal estão vinculadas ao projeto de investigação intitulado: “O dever ser ético e os problemas cotidianos da prática clínica” (D2B), desenvolvido em cooperação com outros investigadores do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) da Universidade Católica Portuguesa, sob coordenação da professora doutora Margarida M Vieira. As tarefas do Brasil estão vinculadas ao projeto intitulado “Sensibilidade Moral e Sofrimento Moral dos Enfermeiros Brasileiros” que tem como instituição proponente a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob coordenação da professora doutora Elma Zoboli.

No quadro 4, apresenta-se de forma resumida as tarefas deste estudo. A tarefa 1 consiste na tradução e adaptação do questionário de sensibilidade moral para o Português de Portugal e do Brasil. A tarefa 2 consiste na validação do questionário de Sensibilidade Moral com os enfermeiros Portugueses e Brasileiros. A tarefa 3 consiste na caracterização dos fatores associados ao nível de sensibilidade moral dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários em Portugal e no Brasil. Cada uma dessas tarefas será posteriormente especificada quanto a sua metodologia e resultados.

Quadro 4- Apresentação do desenho do estudo

Sensibilidade moral dos enfermeiros face aos problemas éticos na atenção primária à saúde					
Tarefa	Finalidade	Técnica	Recolha de dados	Fonte de dados	Análise dos dados
1	Traduzir e adaptar o MSQ* para o português de Portugal e do Brasil	Análise de peritos	MSQ* traduzido para o Português de Portugal e do Brasil	Comitê de especialista (Portugal e Brasil)	Quantitativa e qualitativa
2	Realizar a validação do MSQ* em Portugal e no Brasil	Estatística Descritiva	MSQ*	Enfermeiros (Portugal e Brasil)	Quantitativa
3	Caracterizar os fatores associados ao nível de sensibilidade moral	Estatística Inferencial	MSQ*	Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (Portugal e Brasil)	Quantitativa

*Questionário de Sensibilidade Moral

Tarefa 1- Tradução e adaptação do Questionário de Sensibilidade Moral para o Português de Portugal e do Brasil.

O instrumento mais utilizado para avaliar a sensibilidade moral é o *Moral Sensitivity Questionnaire*, este apresenta 30 itens com uma escala do tipo Likert com 7 opções de resposta, sendo 1 “completamente de acordo” e 7 “Completamente em desacordo” (Lützén et al., 1997).

A tradução e adaptação do questionário de sensibilidade moral para o português seguiu um protocolo de tradução e adaptação amplamente utilizado proposto por Guillemin, Bombardier, Beaton (1993). Seguiram-se as etapas da tradução, avaliação de comitê de especialistas e retro-tradução.

Na primeira etapa foi realizado o contato por meio eletrônico com a autora do estudo original (Lützén et al., 1997), que autorizou a tradução e a adaptação (Apêndice A). Em todas as etapas, foi mantido contato com a autora original da escala. A colheita e análise dos dados ocorreram entre os meses de setembro e outubro de 2015 em Portugal e novembro e dezembro de 2015 no Brasil.

Na segunda etapa, a tradução dos 30 itens do questionário de sensibilidade moral do inglês para o português foi realizado por dois tradutores independentes e qualificados. Em Portugal um tradutor era linguista profissional, graduado em letras, com especialização em inglês e com experiência na área, o outro tradutor era mestre em enfermagem, proficiente em inglês e com experiência na área da ética. No Brasil, os dois tradutores eram linguistas profissionais, um graduado em letras, com especialização em inglês e com experiência na área, o outro é tradutor da empresa ABtraduções amplamente conhecida no Brasil. Cada tradutor recebeu um documento com o questionário original em inglês contendo instruções para realização do seu trabalho. Foi solicitado ênfase na tradução semântica (equivalência semântica).

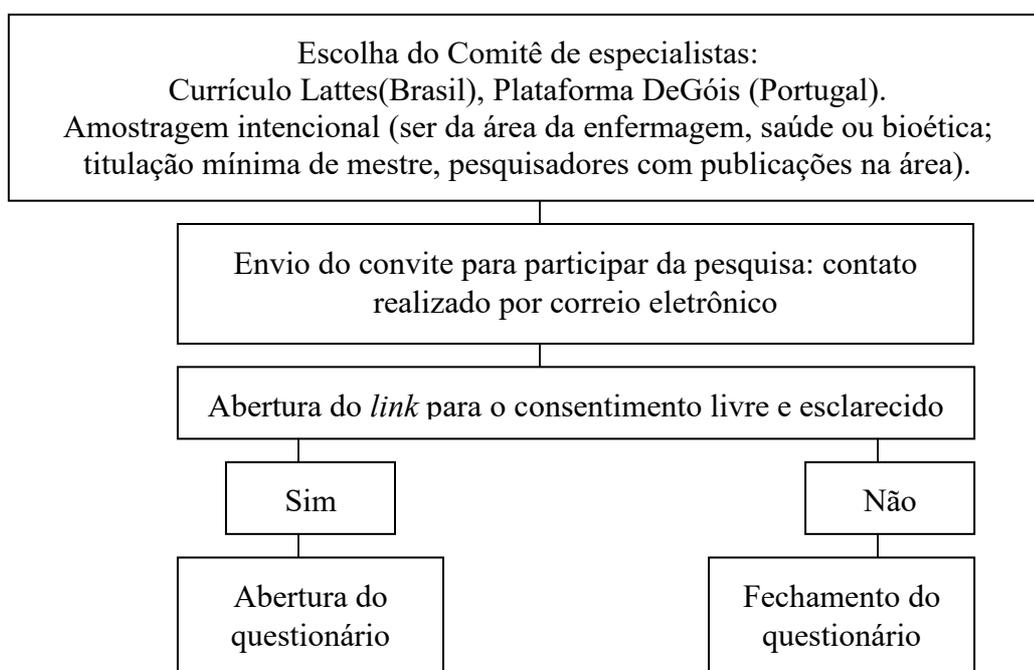
No processo de tradução, foram observados três aspectos: 1-Equivalência semântica, com a avaliação da equivalência gramatical e de vocabulário, ou seja, as palavras que não possuíam uma tradução literal com significado semelhante foram traduzidas para os termos em português que apresentavam equivalência de significado. 2- Equivalência idiomática, a tradução de certas expressões idiomáticas que não podem ser feitas de forma literal, devem equivaler no seu sentido. 3-Equivalência cultural, coerência entre os termos utilizados e as experiências vividas pelos profissionais à qual se destina, dentro do seu contexto cultural. 4- Equivalência conceitual, muitos itens

utilizados nos instrumentos podem equivaler-se semanticamente, sem, contudo, apresentar equivalência de conceito. Os termos podem representar conceitos diferentes em contextos específicos. Essa equivalência conceitual foi confirmada na etapa em que a tradução foi revisada pelo comitê de especialistas.

Na terceira etapa foi constituído o Comitê de Especialistas, para essa etapa foram selecionados os profissionais que apresentassem os seguintes requisitos: a) ser da área da enfermagem, saúde ou bioética; b) ter titulação mínima de mestre; c) ser pesquisador de temas relacionados as questões éticas, com publicação na área, área (Guillemin, Bombardier, Beaton, 1993). Para o levantamento dos especialistas foram estabelecidas duas estratégias: utilização do recurso de busca pelo currículo lattes no Brasil e Plataforma DeGóis em Portugal e pessoas do universo relacional dos pesquisadores (Figura 1).

Os especialistas receberam uma carta convite (Apêndice B), no correio eletrônico registrado nas plataformas, esse convite esclarecia os objetivos da investigação. Ao final do e-mail havia um link de acesso ao questionário, elaborado no Google Docs. O primeiro item do questionário era o consentimento livre e esclarecido, no qual o perito concordava ou não em participar da pesquisa. No caso de não concordância o instrumento era encerrado automaticamente (Figura 3).

Figura 3- Fluxograma da coleta de dados



No Apêndice C, apresenta-se o instrumento em formato Google Docs que foi enviado ao comitê de especialista de Portugal. Para o comitê de especialistas do Brasil o instrumento enviado seguiu o mesmo padrão de apresentação, porém, sofreu modificações na apresentação das traduções, conforme tradução realizada pelos linguistas brasileiros.

Foi solicitado ao comitê de especialistas que selecionassem uma das duas traduções em português apresentadas; analisassem o conteúdo do instrumento; modificassem ou excluíssem os itens inadequados ao questionário, e, se desejassem, propusessem nova redação para os itens. Nessa etapa, foi realizada a testada da compreensibilidade e clareza de cada um dos 30 itens do MSQ.

Em Portugal, foi realizado o contato com 5 especialistas, sendo que todos responderam ao questionário. O comitê foi formado por: uma professora enfermeira, doutora em Enfermagem, dois professores enfermeiros doutores em Enfermagem, uma enfermeira, doutora em Enfermagem e uma enfermeira, doutora em filosofia.

No Brasil, foi realizado o contato com 10 especialistas, sendo que destes, apenas 7 responderam ao questionário. Dos 7 especialistas, um era professor, doutor e bioeticista, uma professora doutora em bioética; duas professoras doutoras em enfermagem; uma doutoranda em enfermagem e dois professores doutores em medicina.

Após a devolução *online* do questionário preenchido pelos especialistas, as respostas foram tabuladas, os comentários e as sugestões ordenados em um quadro para análise, conforme quadro 5.

Versão Original	Tradução 1	nº	Tradução 2	nº	Item adequado	Sugestão	Versão final
------------------------	-------------------	-----------	-------------------	-----------	----------------------	-----------------	---------------------

Quadro 5- Instrumento utilizado para análise dos dados, Porto, Portugal.

Na coluna 1, descreviam-se os itens do questionário original em inglês (Lutzen et al, 1997). Na segunda coluna, apresentava-se a redação do tradutor 1 e na terceira coluna, o número de especialistas que optou por esta tradução. A quarta coluna continha a tradução realizada pelo tradutor 2 e na quinta coluna registrava-se o número de especialistas que optou por esta redação. A sexta coluna apresentava o número de especialistas que considerou o item adequado para o MSQ nas versões para Português de Portugal e do Brasil. Na sétima coluna, apresentava-se as sugestões de reescrita dos

itens feita pelos especialistas e a última coluna trazia a versão final do item para o português dos dois países.

Os investigadores responsáveis analisaram as respostas dos especialistas e concluíram que os itens com mais de 51% de concordância seriam selecionados (Keeney, Hasson, McKenna, 2006). Quando houve sugestão de adaptação essas foram consideradas desde que não alterassem o sentido do item. O empate ocorreu quando um dos especialistas fez a sugestão de adaptação e não votou em uma das duas traduções sugeridas, nesses casos, os investigadores optavam pelo item que estava mais semelhante a sugestão. No Apêndice D, apresenta-se o resumo do processo de tradução e adaptação do MSQ para o português de Portugal e do Brasil.

Na quarta etapa, a versão em Português foi enviada para outro tradutor, linguista profissional, para a realização da tradução da versão em português para a língua inglesa (retro-tradução). Nessa etapa, o tradutor deveria dar ênfase na equivalência conceitual e cultural (Apêndice E).

Na quinta etapa, as versões (original, tradução e tradução reversa) foram comparadas pelos investigadores desse estudo e as discrepâncias foram ajustadas dando origem a versão final. A versão em inglês foi enviada a autora do questionário original, a qual concordou com a tradução e adaptação realizada para o português (Apêndice F). Após a concordância da autora do estudo original, ficou estruturado o questionário de sensibilidade moral em português de Portugal e do Brasil com 28 itens.

Tarefa 2 e 3- Validação do Questionário de Sensibilidade Moral no Brasil e Portugal e caracterização dos fatores associados ao nível de sensibilidade moral

Cenário do estudo

O cenário de investigação escolhido para ser comparado a Portugal foi o Rio Grande do Sul, Brasil, em função do tamanho, das características populacionais, dos recursos disponíveis e devido a facilidade de acesso as instituições, tendo em vista que a candidata possui residência nesse Estado.

A população portuguesa compreendia, em 2013, cerca de 10.562.178 habitantes (Portugal, 2013) enquanto no Rio Grande do Sul, a população somava um total de 10.695.532 habitantes (IBGE, 2016). Com relação ao número de enfermeiros, Portugal contava com 69.682 profissionais em 2016 (Ordem dos Enfermeiros, 2016). O Rio Grande do Sul apresenta registros de 23.251 enfermeiros, ao passo que o número de técnicos em enfermagem é de 80.514 e dos auxiliares de enfermagem é de 15.715. Totalizando 119.480 profissionais de enfermagem no Rio Grande do Sul (COFEN, 2017).

A razão é de 6,2 enfermeiros para cada mil habitantes em Portugal no ano de 2015 (Instituto Nacional de Estatística, 2015). E de 2,10 enfermeiros para cada mil habitantes no Rio Grande do Sul, no entanto, ao considerarmos os profissionais de nível médio/técnico, este coeficiente sobe para uma relação de 13,12 profissionais de enfermagem por mil habitantes no Rio Grande do Sul (Luz, 2010). A população total de enfermeiros em Portugal que trabalham em centros de saúde (7.470) (Ordem dos Enfermeiros, 2016) e na APS do Rio Grande do Sul (4.300) (Coren/RS, 2016). Apesar dos dois cenários contar com populações diferentes, para essa investigação pretende-se o mesmo tamanho de amostra nos dois cenários.

Desenho

O contato com representantes do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul foi realizado via *online*, em março de 2015. Sendo realizado o pedido formal de apoio em agosto de 2015, com o envio da cópia do projeto, o documento de aprovação do comitê de ética em pesquisa e o *link* do questionário. Em Portugal, o convite para participação da pesquisa foi realizado via correio eletrônico, em email

enviado pela da direção do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

População de estudo

A população alvo do estudo é composta por enfermeiros do Rio Grande do Sul, Brasil e de Portugal.

Processo Amostral

A amostra no Brasil foi constituída por enfermeiros inscritos no Conselho Regional de Enfermagem no Rio Grande do Sul (COREN/RS). O *link* do instrumento foi divulgado de forma eletrônica pelo COREN-RS. A amostra utilizou a técnica de amostragem não aleatória por conveniência (Polit, Beck, 2011).

A divulgação do estudo no Brasil, foi realizada utilizando as redes sociais, as quais tem aumentado e têm se tonado um fenômeno comum nos últimos anos (Kakushi, Évora, 2016). A rede social *Facebook* por meio das páginas: Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul; Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul colaboraram na divulgação compartilhando o *link* do instrumento. Também foi realizado convite a grupos específicos nas redes sociais. Da mesma forma, convites com o *link* do instrumento foram enviados via correio eletrônico pela investigadora para sua rede de contatos. Flyers de divulgação foram impressos e distribuídos em secretarias de saúde e universidades. Foi utilizado todas as estratégias de divulgação possíveis, para que o *link* de acesso da pesquisa chegasse ao maior número de enfermeiros do Rio Grande do Sul. Como o instrumento foi divulgado de forma eletrônica não foi possível calcular a taxa de resposta.

Em Portugal, foi constituída uma amostra de conveniência (Polit, Beck, 2011), pedindo a colaboração via correio eletrônico a 1.279 enfermeiro, que frequentaram a licenciatura ou o mestrado na Universidade Católica Portuguesa nos últimos 10 anos. Foram incluídas na amostra as primeiras 331 respostas válidas (depois de excluídos os que se encontravam a trabalhar no estrangeiro sem nunca terem atuado em Portugal (9%). O reenvio do convite por email foi feito após 15 dias.

De acordo com estudos, para a realização da análise fatorial o tamanho da amostra deve ser no mínimo cinco vezes maior do que o número de itens presente no instrumento (Pestana, Gageiro, 2005; Hair et al, 2005). Portanto, como o MSQ possui

28 itens na sua versão Portuguesa e Brasileira, o tamanho da amostra para a análise fatorial precisava ser de no mínimo 140 enfermeiros com informações válidas em todos os itens.

Portanto, para a tarefa 2 da validação do MSQ para os enfermeiros do Brasil e de Portugal o critério de inclusão foi: ser enfermeiro e atuar em serviços de cuidados de saúde primários, no âmbito hospitalar e/ou ensino. Para a caracterização dos fatores associados ao nível de sensibilidade moral dos enfermeiros da APS (Tarefa 3), o critério de inclusão foi: ser enfermeiro e atuar em serviços de cuidados de saúde primários. Dessa forma, foram excluídos os enfermeiros que atuam exclusivamente em âmbito hospitalar e/ou no ensino.

Instrumento

A recolha de dados ocorreu por meio de um questionário, pois constitui o meio mais rápido e barato de obtenção de informações, além de não exigir treinamento de pessoal e garantir o anonimato (Gil, 2002).

O instrumento *online* foi composto por dois blocos de questões: 1- O primeiro bloco continha questões para determinar o gênero, idade, situação conjugal, nível de educação dos enfermeiros, se teve formação em ética/bioética na graduação, se realizou alguma formação em ética/bioética no último ano, se precisou de aconselhamento para problemas éticos na sua prática profissional, anos de profissão, tempo de atuação no local de trabalho principal, atividade principal na enfermagem, número de vínculos empregatícios, local do vínculo empregatício principal, qual o tipo de vínculo na atividade principal e o rendimento mensal. 2- O segundo bloco foi composto pelo questionário de sensibilidade moral traduzido e adaptado para o português do Brasil, o qual contém 28 itens com uma escala do tipo *Likert* com 7 opções de resposta, sendo 1 “discordo totalmente” e 7 “concordo totalmente” (Apêndice G).

Recolha e análise dos dados

Os dados foram recolhidos no Brasil entre os meses de março e julho de 2016, durante a pesquisa de campo realizada pela investigadora relativo a dupla-titulação do doutoramento em Enfermagem na Escola de Enfermagem na Universidade de São Paulo. Em Portugal, os dados foram recolhidos entre os meses de abril e maio de 2017.

A análise dos dados no Brasil foi realizada entre julho e outubro de 2016. Em Portugal, a análise ocorreu em maio de 2017, ambas por meio do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22 for Windows*.

Para a tarefa 2, que realizou a validação do MSQ utilizou-se a análise fatorial exploratória, realizada através da análise de componentes principais, com rotação varimax. Itens com carga fatorial acima de 0.40 foram considerados (Pasquali, 1999). Para avaliar a adequação dos dados à análise fatorial, utilizou-se o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett $p < 0,001$. O valor de KMO acima de 0.9 é considerado com uma excelente adequação dos dados para análise fatorial, entre 0,7 e 0,9 indica uma adequação boa e menos de 0,5 indica inadequação dos dados. O alfa de Cronbach geral foi calculado para conhecer a consistência interna (precisão) da estrutura fatorial resultante, demandando que este seja de pelo menos 0,70 para que o instrumento possa ser considerado psicometricamente adequado (Pasquali, 1999). Somente os itens com cargas fatoriais acima de 0,4 foram utilizados na análise fatorial (Huang et al, 2016^a).

Para a análise descritiva características gerais dos enfermeiros foi calculado as frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão. Para a análise descritiva do MSQ foi utilizado as médias e desvios-padrão.

Para a tarefa 3 a correlação de Pearson foi utilizada para avaliar o grau de associação entre variáveis contínuas. Para análise das associações entre variáveis nominais e/ou categóricas foi utilizado o Teste do Qui-Quadrado, aceitando um nível de significância $p < 0,05$, O teste t de student para amostras independentes foi usado na comparação de médias entre dois grupos. O pressuposto de homogeneidade de variância foi avaliado pelo teste de Levene.

Considerações Éticas e Formais

Esse estudo é desenvolvido no âmbito do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa e no âmbito do convênio de Dupla titulação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Para facilitar a etapa da investigação Brasileira, foi submetido na plataforma Brasil, para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, um único projeto, o qual abrangeu o objetivo das duas investigações que foram desenvolvida pelas alunas Rafaela Schaefer e Carlise Rigon Dalla Nora durante a etapa da dupla-titulação (Apêndice H).

Para a fase exploratória, a Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido para Portugal foi avaliado e teve o parecer pelo *Ethics Lab* da Universidade Católica Portuguesa. Para o Brasil, a Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e aprovada em 11 de agosto de 2015, sob parecer nº 1.180.518 (Apêndice H).

As declarações são compostas por uma breve identificação da investigadora e da investigação, o título do estudo, os objetivos, o tipo de estudo, as garantias para a preservação do seu anonimato e a sua liberdade de participação e retirada da investigação, informações para contato e a aprovação do comitê de ética pertinente.

A investigação não ofereceu riscos previsíveis para os enfermeiros participantes. Ficou assegurado o direito de desistência dos participantes em qualquer momento sem qualquer consequência para eles. Os contatos da pesquisadora ficam disponíveis para casos de dúvidas ou para conhecimento posterior dos resultados. Os dados serão utilizados apenas para fins investigativos e todas as diretrizes e normas regulamentadoras para investigação em saúde foram observadas.

CAPÍTULO IV- RESULTADOS

Tarefa 1- Processo de tradução e adaptação do Questionário de Sensibilidade Moral no Brasil e Portugal

Nessa sessão, apresenta-se os itens que foram modificados pelo comitê de especialistas. A fundamentação das opções realizadas estão referidas mais especificamente na discussão dos resultados.

Durante a etapa da tradução e adaptação do questionário para o português, foi possível verificar a viabilidade de aplicação do MSQ no contexto dos enfermeiros Portugueses e Brasileiros. Algumas adaptações foram necessárias para que os itens do questionário ficassem claros e de fácil compreensibilidade. Nesse sentido, dos 30 itens apresentados aos especialistas, 20 tiveram sugestão de adaptação nos dois questionários, todas as sugestões dos especialistas estão descritas no apêndice D (Apêndice D). Dos 30 itens do MSQ original, dois foram excluídos, pois não fazem sentido para esse estudo. Esses itens se referem ao atendimento a pacientes que são tratados ao abrigo da lei de saúde mental. Portanto, o MSQ nessa etapa permaneceu com 28 itens. O quadro 6 apresenta a versão final do MSQ após a tradução e adaptação.

Quadro 6- Questionário de Sensibilidade Moral (MSQ) traduzido e adaptado para o Português de Portugal e do Brasil.

MSQ* - versão Portugal	MSQ* - versão Brasil
1. É da minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade.	1. É minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade.
2. O meu trabalho não teria sentido se eu não visse melhoria nos meus pacientes.	2. O meu trabalho não teria sentido se eu nunca visse melhoria nos meus pacientes.
3. É importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faça.	3. É importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faça.
4. Quando eu preciso de tomar uma decisão contra a vontade do paciente, faço-o de acordo com a minha opinião sobre o que é a melhor prática.	4. Quando eu preciso tomar uma decisão contra a vontade do paciente, eu faço de acordo com a minha opinião sobre o que é o bom cuidado.
5. Se eu perdesse a confiança do paciente, sentiria que o meu trabalho não teria sentido.	5. Se eu perdesse a confiança do paciente, sentiria que o meu trabalho não teria sentido.
6. Quando tenho de tomar decisões difíceis para o paciente, é importante ser sempre honesto com ele(a).	6. Quando eu tenho que tomar decisões difíceis para o paciente, é importante sempre ser honesto com ele (a).
7. Acredito que uma boa prática de enfermagem inclui o respeito pela	7. Acredito que a boa assistência de enfermagem inclui o respeito pela

decisão do paciente.	decisão do paciente.
8. Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer para ele(a).	8. Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer para ele(a).
9. Eu sou muitas vezes confrontado por situações em que experiencio conflitos no modo como abordar o paciente.	9. Eu sou muitas vezes confrontado com situações em que me deparo com conflitos sobre como abordar o paciente.
10. Acredito que é importante ter princípios firmes para cuidar de certos pacientes.	10. Acredito que é importante ter princípios firmes para cuidar de certos pacientes.
11. Muitas vezes enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para um paciente em particular.	11. Muitas vezes eu enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para um paciente em particular.
12. Se sou desconhecedor da história de um paciente, sigo as regras disponíveis.	12. Se eu não estiver familiarizado com o histórico do caso de um paciente, sigo as regras disponíveis.
13. O mais importante na minha prática de enfermagem é a minha relação com os pacientes.	13. O mais importante na minha prática de enfermagem é o meu relacionamento com os pacientes.
14. Muitas vezes encaro situações nas quais tenho dificuldade em permitir que o paciente tome a sua própria decisão.	14. Muitas vezes enfrento situações em que tenho dificuldade em permitir que o paciente tome a sua própria decisão.
15. Baseio sempre as minhas ações no conhecimento de enfermagem de qual é o melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste.	15. Baseio sempre minhas ações no conhecimento de enfermagem de qual é o melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste.
16. Penso que o bom cuidado de enfermagem, muitas vezes inclui a tomada de decisões pelo paciente.	16. Eu acredito que o bom atendimento de enfermagem, muitas vezes, inclui tomar a decisão pelo paciente.
17. Quando estou inseguro, confio maioritariamente no conhecimento dos médicos acerca dos pacientes.	17. Quando estou inseguro, confio principalmente no conhecimento dos médicos acerca dos pacientes.
18. Acima de tudo, são as reações dos pacientes que me mostram que eu tomei a decisão certa.	18. Acima de tudo, são as reações dos pacientes que me mostram que eu tomei a decisão certa.
19. Frequentemente penso acerca dos meus valores e normas que podem influenciar as minhas ações.	19. Frequentemente penso acerca dos meus valores e normas que podem influenciar as minhas reações.
20. A minha experiência é mais útil do que a teoria nas situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.	20. A minha experiência é mais útil do que a teoria nas situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.
21. Acredito que o bom cuidado de enfermagem inclui a participação do paciente mesmo daqueles com graves alterações mentais.	21. Acredito que o bom atendimento de enfermagem inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com transtornos mentais graves.
22. Deparo-me muitas vezes com situações difíceis, quando tenho de tomar decisões sem a participação do paciente.	22. Muitas vezes me deparo com situações difíceis, onde tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.
23. Considero difícil prestar um bom cuidado de enfermagem contra a vontade do paciente.	23. Considero difícil prestar um bom atendimento de enfermagem contra a vontade do paciente.

24. Por vezes há boas razões para ameaçar o paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada.	24. As vezes há boas razões para ameaçar um paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada.
25. Nas situações em que é difícil saber o que é certo, consulto os meus colegas acerca do que devo fazer.	25. Nas situações em que é difícil saber o que é certo, consulto os meus colegas sobre o que devo fazer.
26. Eu confio essencialmente na minha intuição quando tenho que tomar uma decisão difícil para um paciente.	26. Eu confio principalmente na minha intuição quando tenho que tomar uma decisão difícil para um paciente.
27. Como enfermeiro eu devo sempre saber como cada um dos meus paciente deve ser respeitosamente abordado.	27. Como um enfermeiro, devo sempre saber como cada um dos meus pacientes deve ser respeitosamente abordado.
28. Eu encontro sentido na minha atividade, mesmo quando não consigo ajudar um paciente a ter consciência da sua doença.	28. Eu encontro sentido na minha atividade, mesmo quando não consigo ajudar um paciente a ter consciência de sua doença.

*MSQ- *Moral Sensitivity Questionnaire*

Tarefa 2- Validação do Questionário de Sensibilidade Moral no Brasil e Portugal

Validação do Questionário de Sensibilidade Moral versão Brasil

Nessa sessão será apresentado inicialmente os resultados da investigação realizada no Brasil durante o período de março a julho de 2016, durante a dupla titulação realizada na EEUSP. Apresenta-se a validação do Questionário de Sensibilidade moral versão Brasil (MSQ-B) com enfermeiros dos serviços de saúde do Rio Grande do Sul, posteriormente apresenta-se a análise descritiva e os fatores associados ao nível de sensibilidade moral nos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul.

Dos 316 enfermeiros que participaram do estudo, 89,5% eram do gênero feminino, 60,8% eram casados(as)/união estável e com média de idade de 36,6 anos DP (9,11). Quando questionados sobre ter recebido formação em ética ou bioética durante a graduação a maioria 87,3% refere que recebeu. Esse dado associado com a realização de alguma formação em ética/bioética no último ano (16,8%) e à formação na pós-graduação, indica o predomínio de enfermeiros que têm certo grau de qualificação acadêmica. Sendo que a maioria (73,4%) eram especialistas e 33,2% mestres. Mais da metade (55,7%) refere que precisou de aconselhamento para problemas éticos na sua prática profissional (Tabela 1).

O tempo médio de atuação como enfermeiro foi de 10,1 anos DP (8,29). Mais da metade (56,3%) dos enfermeiros são da área hospitalar, 31,6% da Atenção Primária à Saúde, 2,8% do ensino e 7,5% de outros serviços. Quanto ao local do vínculo dos enfermeiros, os principais citados foram: 30,5% de Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família; 20,8% de Unidades de internação (médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, outras especialidades), 12,8% Unidade de urgência, emergência e serviços de atendimento móvel, 6,7% Serviços/ Unidades de Atendimento Especializados (Reabilitação, oncologia, nefrologia, Hemodinâmica, outros), 5,7% Serviços de apoio (incluindo central de materiais esterilizados (CME), serviços de controle de infecção hospitalar (CCIH) e outros) e 23,6% outros serviços. 80,3% dos enfermeiros tem apenas um vínculo empregatício e 84,1% dos enfermeiros atuam a mais de um ano no local de trabalho principal (Tabela1) (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2017^c).

Tabela 1- Características dos enfermeiros do Rio Grande do Sul (n= 316)

		N	%	Média	DP*
Gênero	Feminino	283	89,5		
	Masculino	33	10,4		
Idade				36,6	9,11
Estado Civil	casado(a)/união estável	192	60,8		
	solteiro(a)	104	32,9		
	separado(a)/divorciado(a)	17	5,4		
	viúvo(a)	2	0,6		
Formação	Especialização	232	73,4		
	Mestrado	105	33,2		
	Residência	35	11,1		
	Doutorado	24	7,6		
	Pós-Doutorado	2	0,6		
Formação em ética ou bioética durante a graduação	Sim	276	87,3		
	Não	39	12,3		
Realizou alguma formação em ética ou bioética no último ano	Não	263	83,2		
	Sim	53	16,8		
Precisou de aconselhamento para problemas éticos na sua prática profissional	Sim	176	55,7		
	Não	140	44,3		
Há quanto tempo trabalha como enfermeiro				10,1	8,29
Tempo de atuação nesse local de trabalho principal	mais de um ano		259	84,1	
	menos de 1 ano		49	15,9	
Área de atividade principal	Hospital	178	56,3		
	APS	100	31,6		
	Ensino	9	2,84		
	outro	24	7,59		
O seu rendimento mensal total decorrente da prática de enfermagem em relação ao salário mínimo brasileiro (R\$788,00) é:	de 1 a 3 salários	26	8,3		
	mais de 10 salários	39	12,5		
	mais de 3 a 5 salários	80	25,6		
	mais de 5 a 7 salários	95	30,4		
	mais de 7 a 10 salários	72	23,1		

Local do vínculo principal na enfermagem	Unidade Básica de Saúde	91	30,5
	Unidades de internação	62	20,8
	Unidade de urgência	38	12,8
	Serviços especializados	20	6,7
	Serviços de apoio	17	5,7
	Outros	70	23,6
Possui quantos vínculos empregatícios	1	249	80,3
	2	57	18,4
	3 ou mais	4	1,3

*Desvio padrão

O Questionário de Sensibilidade Moral versão Brasil (MSQ-B) apresentou uma alta consistência interna ($\alpha = 0,82$). A média de sensibilidade moral dos enfermeiros foi de 4,4 de 7. Neste estudo, as pontuações mais altas indicam maior sensibilidade moral dos enfermeiros. Dentre os 27 itens, o item 1- “É minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade” (5,7), o item 6 - “Quando eu tenho que tomar decisões difíceis para o paciente, é importante sempre ser honesto com ele (a)” (5,7) e o item 7- “Acredito que a boa assistência de enfermagem inclui o respeito pela decisão do paciente” (5,6), apresentaram maiores pontuações para a sensibilidade moral (Tabela 2) (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2017^c).

Por outro lado, os itens 24 - “As vezes há boas razões para ameaçar um paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada” (2,5) e 8 - “Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer para ele(a)” (2,8), foram os itens que indicaram menor pontuação para a sensibilidade moral dos enfermeiros (Tabela 2).

A validade do MSQ-B foi determinada pela análise fatorial exploratória. Com o intuito de avaliar a estrutura geral dos dados, a análise foi aberta, ou seja, sem delimitar previamente a quantidade de fatores. O resultado desta análise resultou em 5 fatores, sendo que, o último fator agrupava somente três itens (12,18, 20). A variância total explicada nessa primeira análise foi de 58,6%.

Após a verificação da adequação dos dados para a sequência da análise, foi retirado o item 12 “Se eu não estiver familiarizado com o histórico do caso de um paciente, sigo as regras disponíveis”, com carga fatorial de 0,38 e foi prefixado uma análise com quatro fatores. O item 12 foi retirado pois não atingia a carga fatorial

mínima de 0,4. Nesta segunda análise, a variância total explicada foi de 55,8% (Tabela 2) (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2017^c).

Os resultados da análise fatorial revelam 27 itens distribuídos em quatro dimensões diferentes da sensibilidade moral dos enfermeiros. Estes foram responsáveis por explicar 55,8% da variância total (Tabela 2). A primeira dimensão foi constituída por quatorze itens (1, 6, 7, 8, 10, 13, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 27 e 28) e nomeada de “orientação interpessoal”, essa dimensão explica a maior percentagem de variância 32,0% ($\alpha=0,80$). A segunda dimensão composta por seis itens (4, 15, 16, 17, 20 e 26) e foi descrita como “conhecimento profissional”, responsável por 13,5% da variância ($\alpha=0,71$). A terceira dimensão foi composta por quatro itens (9, 11, 14 e 22) que correspondem a dimensão “conflito moral”, representando 5,3% da variância ($\alpha=0,65$). A quarta dimensão é composta por três itens (2, 3, 5) que se referem ao “significado moral”, esta dimensão respondeu por 4,9% da variância ($\alpha=0,70$) (Tabela 2) (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2017^c).

Tabela 2. Questionário de Sensibilidade Moral versão Brasil (MSQ-B) (n=316)

Item (n=27)	Fatores*				Média	DP*
	1	2	3	4		
6. Quando eu tenho que tomar decisões difíceis para o paciente, é importante sempre ser honesto com ele (a).	0,896				5,7	2,3
7. Acredito que a boa assistência de enfermagem inclui o respeito pela decisão do paciente.	0,893				5,6	2,2
1. É minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade.	0,872				5,7	2,2
27. Como um enfermeiro, devo sempre saber como cada um dos meus pacientes deve ser respeitosamente abordado.	0,862				5,4	2,1
28. Eu encontro sentido na minha atividade, mesmo quando não consigo ajudar um paciente a ter consciência de sua doença.	0,784				5,0	2,1
24. As vezes há boas razões para ameaçar um paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada.	-0,764				2,5	2,2
19. Frequentemente penso acerca dos meus valores e normas que podem influenciar as minhas reações.	0,728				5,1	2,0
25. Nas situações em que é difícil saber o que é certo, consulto os meus colegas sobre o que devo fazer	0,649				4,8	1,9
23. Considero difícil prestar um bom atendimento de enfermagem contra a vontade do paciente.	0,617				5,1	2,1
8. Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer para ele(a).	-0,608				2,8	2,0
10. Acredito que é importante ter princípios firmes para cuidar de certos pacientes	0,572				4,8	2,0
21. Acredito que o bom atendimento de enfermagem inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com transtornos mentais graves.	0,508				4,7	2,0
13. O mais importante na minha prática de enfermagem é o meu relacionamento com os pacientes.	0,489				4,6	1,7
18. Acima de tudo, são as reações dos pacientes que me mostram que eu tomei a decisão certa	0,436				4,4	1,8
16. Eu acredito que o bom atendimento de enfermagem, muitas vezes, inclui tomar a decisão pelo paciente.		0,697			3,6	1,9
15. Baseio sempre minhas ações no conhecimento de enfermagem de qual é o melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste.		0,691			3,9	1,8

17. Quando estou inseguro, confio principalmente no conhecimento dos médicos acerca dos pacientes.	0,626	3,7	1,7	
4. Quando eu preciso tomar uma decisão contra a vontade do paciente, eu faço de acordo com a minha opinião sobre o que é o bom cuidado.	0,578	3,6	1,9	
26. Eu confio principalmente na minha intuição quando tenho que tomar uma decisão difícil para um paciente.	0,569	3,7	1,8	
20. A minha experiência é mais útil do que a teoria nas situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.	0,499	4,1	1,8	
11. Muitas vezes eu enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para um paciente em particular.	0,777	4,4	1,9	
9. Eu sou muitas vezes confrontado com situações em que me deparo com conflitos sobre como abordar o paciente.	0,678	4,4	2,0	
22. Muitas vezes me deparo com situações difíceis, onde tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.	0,620	4,3	2,0	
14. Muitas vezes enfrento situações em que tenho dificuldade em permitir que o paciente tome a sua própria decisão.	0,525	3,8	1,8	
3. É importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faça.	0,715	4,5	1,9	
5. Se eu perdesse a confiança do paciente, sentiria que o meu trabalho não teria sentido.	0,625	4,7	2,0	
2. O meu trabalho não teria sentido se eu nunca visse melhoria nos meus pacientes.	0,541	5,1	2,2	
Coefficiente de Alfa de Cronbach	0,809	0,711	0,654	0,709
% Variância	32,0%	13,5%	5,3%	4,9%
% Variância Cumulativa	32,0%	45,5%	50,8%	55,8%

*Fatores: 1- orientação interpessoal; 2- conhecimento profissional; 3- conflito moral; 4- significado moral

Fonte: (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2017^c).

Validação do Questionário de Sensibilidade Moral versão Portugal

Nessa sessão será apresentado inicialmente os resultados da tarefa 2 da investigação realizada em Portugal durante o período de abril e maio de 2017. Apresenta-se a validação do Questionário de Sensibilidade Moral versão Portugal (MSQ-P) com enfermeiros dos serviços de saúde de Portugal.

Dos 331 enfermeiros que participaram do estudo, 84% eram do género feminino, 58,7% eram casados(as)/união estável e com média de idade de 33,6 anos DP (6,8). Quanto a formação 56,9% enfermeiros possuíam mestrado, (31,8%) eram especialistas e 22,8 % possuíam pós-graduação, 1,3% tinham doutoramento. (90,9%) refere que não realizou formação em ética ou bioética no último ano. (65,9%) dos enfermeiros nunca precisou de aconselhamento para problemas éticos (Tabela 3).

O tempo médio de atuação como enfermeiro foi de 9,9 anos DP (6,9). 89,7% dos enfermeiros atuam a mais de um ano no local de trabalho principal. Quanto ao local do vínculo dos enfermeiros a maioria 67,6% trabalhava no hospital, 17,9% em Cuidados de Saúde Primários e 14,4% em outro local. O tipo de contrato no local de trabalho era sem termo (74,4%). O Rendimento mensal em relação ao salário base da enfermagem em Portugal (57,1%) foi superior a (€ 1.020,06) (Tabela 3).

Tabela 3. Características dos enfermeiros de Portugal (n= 331)

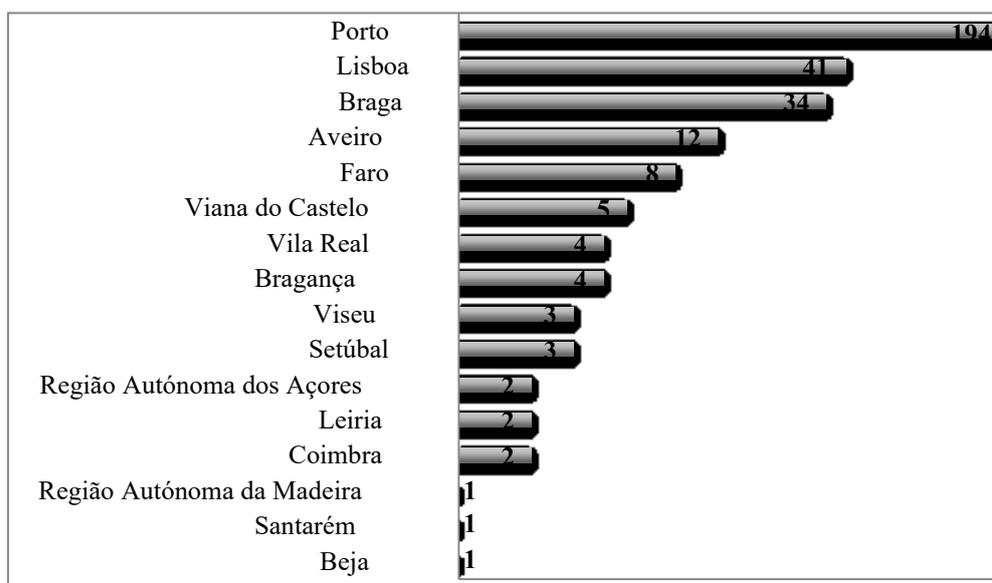
		n	%	Média	DP*
Gênero	Feminino	278	84,0		
	Masculino	53	16,0		
Idade				33,6	6,8
Estado Civil	casado(a)/união estável	195	58,7		
	solteiro(a)	122	36,7		
	separado(a)/divorciado(a)	14	4,2		
	viúvo(a)	1	3		
Formação	Pós-graduação	71	22,8		
	Especialidade	99	31,8		
	Mestrado	177	56,9		
	Doutoramento	4	1,3		
Formação em ética ou bioética durante a licenciatura	Sim				
	Não				
Realizou alguma formação em ética ou bioética no último ano	Sim	30	9,1		
	Não	298	90,9		

Precisou de aconselhamento para problemas éticos na sua prática profissional	Nunca	203	65,9
	Ocasionalmente	81	26,3
	Frequentemente	24	7,8
Há quanto tempo trabalha como enfermeiro (anos)			9,9 6,9
Tempo de atuação nesse local de trabalho principal	Mais de um ano	288	89,7
	Menos de 1 ano	33	10,3
Tipo de contrato no local de trabalho preferencial	Sem contrato	14	4,4
	Liberal	9	2,8
	A termo	38	12,0
	Sem termo	236	74,4
	Outro	20	6,3
O seu rendimento mensal total decorrente da prática de enfermagem em relação ao salário mínimo português (€1.020,06) é:	Inferior	66	20,8
	Igual	70	22,1
	Superior	181	57,1
Local do vínculo principal na enfermagem	Cuidados de Saúde Primários	56	17,9
	Hospital	211	67,6
	Outro	45	14,4

*DP: Desvio Padrão

Quanto a região ou distrito de Portugal onde os enfermeiros trabalham é verificado na figura 4 (número de *missing* 14).

Figura 4- Região ou distrito dos enfermeiros de Portugal (n=331)



O Questionário de Sensibilidade Moral versão Portugal (MSQ-P) apresentou uma alta consistência interna ($\alpha=0,892$). A média de sensibilidade moral dos

enfermeiros Portugueses foi de 3,10 de 7 (DP=0.15). Neste estudo, as pontuações mais altas indicam maior sensibilidade moral dos enfermeiros.

A análise fatorial exploratória foi aberta, ou seja, sem delimitar previamente a quantidade de fatores. Após a verificação da adequação dos dados para a análise, 27 itens permaneceram na análise. O item 12 “Se sou desconhecedor da história de um paciente, sigo as regras disponíveis” foi excluído, pois não apresentou a carga fatorial mínima. Do resultado desta análise derivou 4 fatores. A variância total explicada nessa análise foi de 54,06% e o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,895) foi satisfatório (Tabela 4).

Dentre os 27 itens, o item 7- “Acredito que a boa assistência de enfermagem inclui o respeito pela decisão do paciente” (6,15); o item 6- “Quando eu tenho que tomar decisões difíceis para o paciente, é importante sempre ser honesto com ele (a)” (6,06) e o item 1- “É minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade” (6,01), apresentaram maiores pontuações para a sensibilidade moral (Tabela 4).

Os itens que indicaram menor pontuação para a sensibilidade moral dos enfermeiros de Portugal foram os itens: 17- “Quando estou inseguro, confio maioritariamente no conhecimento dos médicos acerca dos pacientes.” (3,46); 26- “Eu confio essencialmente na minha intuição quando tenho que tomar uma decisão difícil para um paciente.” (3,66) e 4- “Quando eu preciso tomar uma decisão contra a vontade do paciente, eu faço-o de acordo com a minha opinião sobre o que é a melhor prática” (3,67) (Tabela 4).

Os resultados da análise fatorial revelam 27 itens distribuídos em quatro dimensões diferentes da sensibilidade moral dos enfermeiros. Estes foram responsáveis por explicar 54,6% da variância total (Tabela 4). A primeira dimensão foi constituída por doze itens (1, 6, 7, 8, 10, 13, 19, 23, 24, 25, 27 e 28) e nomeada de “orientação interpessoal”, essa dimensão explica a maior percentagem de variância 31,47% ($\alpha=0,93$). A segunda dimensão composta por seis itens (4, 15, 16, 17, 20 e 26) e foi descrita como “conhecimento profissional”, responsável por 11,95% da variância ($\alpha=0,701$). A terceira dimensão foi composta por quatro itens (9, 11, 14 e 22) que correspondem a dimensão “conflito moral”, representando 6,21% da variância ($\alpha=0,719$). A quarta dimensão é composta por cinco itens (2, 3, 5, 18, 21) que se referem ao “significado moral”, esta dimensão respondeu por 4,43% da variância ($\alpha=0,680$) (Tabela 4).

Tabela 4. Questionário de Sensibilidade Moral versão Portugal (MSQ-P) (n=331)

Itens (n=27)	Fatores*				Média	DP*
	1	2	3	4		
1. É da minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade.	,884				6,01	1,89
6. Quando tenho de tomar decisões difíceis para o paciente, é importante ser sempre honesto com ele(a).	,860				6,06	1,86
7. Acredito que uma boa prática de enfermagem inclui o respeito pela decisão do paciente.	,875				6,15	1,92
8. Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer para ele(a).	,722				5,69	1,81
10. Acredito que é importante ter princípios firmes para cuidar de certos pacientes.	,468				4,97	1,79
13. O mais importante na minha prática de enfermagem é a minha relação com os pacientes.	,603				5,37	1,52
19. Frequentemente penso acerca dos meus valores e normas que podem influenciar as minhas ações.	,742				5,57	1,71
23. Considero difícil prestar um bom cuidado de enfermagem contra a vontade do paciente.	,627				5,40	1,87
24. Por vezes há boas razões para ameaçar o paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada.	,653				5,52	1,88
25. Nas situações em que é difícil saber o que é certo, consulto os meus colegas acerca do que devo fazer.	,722				5,47	1,71
27. Como enfermeiro eu devo sempre saber como cada um dos meus paciente deve ser respeitosamente abordado.	,859				5,75	1,83
28. Eu encontro sentido na minha atividade, mesmo quando não consigo ajudar um paciente a ter consciência da sua doença.	,647				5,37	1,73
4. Quando eu preciso tomar uma decisão contra a vontade do paciente, eu faço-o de acordo com a minha opinião sobre o que é a melhor prática.		,451			3,67	2,03
15. Baseio sempre as minhas ações no conhecimento de enfermagem de qual é o melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste.		,744			3,97	1,76
16. Penso que o bom cuidado de enfermagem, muitas vezes inclui a tomada de decisões pelo paciente.		,574			4,35	2,10

17. Quando estou inseguro, confio maioritariamente no conhecimento dos médicos acerca dos pacientes.	,591	3,46	1,67	
20. A minha experiência é mais útil do que a teoria nas situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.	,524	4,20	1,58	
26. Eu confio essencialmente na minha intuição quando tenho que tomar uma decisão difícil para um paciente.	,602	3,66	1,60	
9. Eu sou muitas vezes confrontado por situações em que experiencio conflitos no modo como abordar o paciente	,773	4,29	1,82	
11. Muitas vezes enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para um paciente em particular.	,716	4,83	1,78	
14 - Muitas vezes enfrento situações em que tenho dificuldade em permitir que o paciente tome a sua própria decisão.	,525	3,92	1,83	
22. Deparo-me muitas vezes com situações difíceis, quando tenho de tomar decisões sem a participação do paciente.	,625	4,77	1,69	
2. O meu trabalho não teria sentido se eu não visse melhoria nos meus pacientes.	,612	4,64	2,24	
3. É importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faça.	,796	4,49	1,96	
5. Se eu perdesse a confiança do paciente, sentiria que o meu trabalho não teria sentido.	,420	5,16	1,84	
18. Acima de tudo, são as reações dos pacientes que me mostram que eu tomei a decisão certa.	,451	4,66	1,62	
21. Acredito que o bom cuidado de enfermagem inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com graves alterações mentais.	,500	4,96	1,81	
Coefficiente de Alfa de Cronbach	0,934	0,701	0,719	0,680
% Variância Cumulativa	31,47%	11,95%	6,21%	4,43%

*Fatores: 1- orientação interpessoal; 2- conhecimento profissional; 3- conflito moral; 4- significado moral

Tarefa 3- Caracterização dos fatores associados ao nível de sensibilidade moral dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde do Brasil e Portugal

Inicialmente se descreve o perfil e o nível de sensibilidade moral dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e posteriormente se caracteriza os fatores associados ao nível de sensibilidade moral dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

Dos 100 participantes, (91%) eram do gênero feminino, com média de idade de 36,6 anos DP (9,5). Quanto ao estado civil (53%) estavam casado(a)/união estável (Tabela 5). Uma grande parte dos enfermeiros (84%) refere ter recebido formação em ética ou bioética durante a graduação. Apenas 12% dos enfermeiros referem que realizou alguma formação em ética/bioética no último ano. Quanto a formação acadêmica a maioria (77%) dos participantes possuem título de especialização e 28% de mestrado. (57%) dos enfermeiros refere que precisou de aconselhamento para problemas éticos na sua prática profissional (Tabela 5).

A principal atividade dos enfermeiros pesquisados é a prestação de cuidados (52%) seguido da gestão (30%) e 10% no ensino. Quanto ao local de trabalho dos enfermeiros 86,9% refere trabalhar em Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde, Posto de Saúde, Unidade de ESF/NASF. As cidades com maior participação dos enfermeiros do RS esta descrito na figura 5- (número de *missing* 7).

Figura 5. Mapa com as principais cidades dos participantes (n=100), Rio Grande do Sul, Brasil.



A média de tempo de atuação como enfermeiro foi de 10,6 anos (DP=8,8). A maioria (79%) dos enfermeiros atua a mais de um ano na Atenção Primária à Saúde, sendo 7,3 anos (DP=6,5) o tempo médio de atuação nesse contexto. A maioria dos enfermeiros (82%) refere ter apenas um vínculo empregatício, sendo o principal tipo de vínculo (60%) dos enfermeiros ser estatutário. O rendimento mensal dos enfermeiros em relação ao salário mínimo de R\$788,00 é de mais de 5 a 7 salários (38,8%) (Tabela 5).

Tabela 5. Características gerais dos enfermeiros da APS (n=100) - Rio Grande do Sul, Brasil.

		n	%	Média	DP*
Gênero	Feminino	91	91		
	Masculino	9	9		
Idade	Até 30 anos	36	37		
	31 a 40 anos	31	32		
	41 ou mais	30	30		
Estado Civil	casado(a)/união estável	53	53		
	solteiro(a)	38	38		
	separado(a)/divorciado(a)	8	8		
	viúvo(a)	1	1		
Formação	Especialização	77	77		
	Mestrado	28	28		
	Residência	14	14		
	Doutorado	6	6		
Formação em ética ou bioética durante a graduação	Sim	84	84		
	Não	16	16		
Realizou alguma formação em ética ou bioética no último ano	Não	88	88		
	Sim	12	12		
Precisou de aconselhamento para problemas éticos na sua prática profissional	Sim	57	57		
	Não	43	43		
Há quanto tempo trabalha como enfermeiro				10,6	8,8
Quantos anos você atua na APS**				7,3	6,5

Tempo de atuação no local de trabalho principal	mais de um ano	79	79
	menos de 1 ano	21	21
Qual seu tipo de vínculo na atividade principal	Estatutário	60	60
	Contrato CLT***	26	26
	Contrato temporário	8	8
	Autônomo	3	3
	Outro	3	3
O seu rendimento mensal total decorrente da prática de enfermagem em relação ao salário mínimo brasileiro (R\$788,00) é:	de 1 a 3 salários	6	6,1
	mais de 3 a 5 salários	27	27
	mais de 5 a 7 salários	38	38,8
	mais de 7 a 10 salários	21	21,4
	mais de 10 salários	6	6,1
Qual a atividade principal na enfermagem	Prestação de cuidados	52	52
	Gestão	30	30
	Ensino	10	10
	Assessoria	3	3
	Outros	5	5
Possui quantos vínculos empregatícios	1	82	82
	2	17	17
	3 ou mais	1	1

*DP: Desvio Padrão

** APS: Atenção Primária à Saúde

*** CLT: Consolidação das leis do trabalho

Fonte: (Dalla Nora, Zoboli, Viera, 2017^b)

O Questionário de Sensibilidade Moral nessa amostra apresentou um Alfa de Cronbach total de 0,847 (Tabela 6). A média dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde foi de 4,49 (de 7) para a sua sensibilidade moral. Foi utilizado os resultados da validação do MSQ-B para construir as dimensões e analisar os 27 itens do MSQ, dessa forma, o item 12 não está referido na análise, pois foi eliminado na fase anterior da validação do MSQ-B.

Tabela 6. Análise descritiva e consistência interna do MSQ-B dos enfermeiros da APS do Rio Grande do Sul, Brasil (n=100).

Itens 27 do MSQ-B	Média	DP	Alfa
Orientação interpessoal	4,79	1,17	0,837
1 - É minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade.	5,7	2,2	
6 -Quando eu tenho que tomar decisões difíceis para o paciente, é importante sempre ser honesto com ele (a).	5,7	2,3	
7 -Acredito que a boa assistência de enfermagem inclui o respeito pela decisão do paciente.	5,7	2,2	
8 -Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer para ele(a).	2,8	2,1	
10 -Acredito que é importante ter princípios firmes para cuidar de certos pacientes.	5,1	1,8	
13 -O mais importante na minha prática de enfermagem é o meu relacionamento com os pacientes.	4,8	1,6	
18 -Acima de tudo, são as reações dos pacientes que me mostram que eu tomei a decisão certa.	4,1	1,9	
19 -Frequentemente penso acerca dos meus valores e normas que podem influenciar as minhas reações.	5,1	2,1	
21-Acredito que o bom atendimento de enfermagem inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com transtornos mentais graves.	4,9	2,1	
23 -Considero difícil prestar um bom atendimento de enfermagem contra a vontade do paciente.	5,1	2,1	
24 -As vezes há boas razões para ameaçar um paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada.	2,7	2,3	
25 -Nas situações em que é difícil saber o que é certo, consulto os meus colegas sobre o que devo fazer.	5,2	1,9	
27 -Como um enfermeiro, devo sempre saber como cada um dos meus pacientes deve ser respeitosamente abordado.	5,4	2,3	
28 - Eu encontro sentido na minha atividade, mesmo quando não consigo ajudar um paciente a ter consciência de sua doença.	5,0	2,1	
Conhecimento profissional	3,84	1,23	0,748
4 -Quando eu preciso tomar uma decisão contra a vontade do paciente, eu faço de acordo com a minha opinião sobre o que é o bom cuidado.	3,7	1,9	
15 -Baseio sempre minhas ações no conhecimento de enfermagem de qual é o melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste.	4,1	1,8	

16 -Eu acredito que o bom atendimento de enfermagem, muitas vezes, inclui tomar a decisão pelo paciente.	3,7	2,0	
17-Quando estou inseguro, confio principalmente no conhecimento dos médicos acerca dos pacientes.	3,8	1,6	
20 -A minha experiência é mais útil do que a teoria nas situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.	4,1	1,8	
26- Eu confio principalmente na minha intuição quando tenho que tomar uma decisão difícil para um paciente.	3,7	1,9	
Conflito moral	4,22	1,47	0,724
9 -Eu sou muitas vezes confrontado com situações em que me deparo com conflitos sobre como abordar o paciente.	4,6	2,1	
11 -Muitas vezes eu enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para um paciente em particular.	4,5	1,9	
14 - Muitas vezes enfrento situações em que tenho dificuldade em permitir que o paciente tome a sua própria decisão.	3,7	1,9	
22 -Muitas vezes me deparo com situações difíceis, onde tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.	4,1	2,0	
Significado moral	4,81	1,58	0,633
2 - O meu trabalho não teria sentido se eu nunca visse melhoria nos meus pacientes.	5,2	2,3	
3- É importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faça.	4,7	1,9	
5 -Se eu perdesse a confiança do paciente, sentiria que o meu trabalho não teria sentido.	4,5	2,0	
Total	4,49	0,90	0,847

Nota: * Média dos itens que compõe a dimensão foi calculada pelos valores da escala *Likert* de 7 pontos.

** DP: Desvio Padrão

Fonte: (Dalla Nora, Zoboli, Viera, 2017^b)

Para realizar as associações, foi necessário com base na média da escala total do MSQ-B, dividi-la em três percentis (25%, 50% e 75%). Sendo que, foi considerado baixa sensibilidade moral até a média de 3,97, o percentil moderado foi de 3,98 a 4,5 e o percentil alto foi considerado maior que 4,51. O valor mínimo da amostra foi 2,41 e o valor máximo foi de 6,48.

Não foi encontrado diferenças significativas entre as variáveis sociodemográficas idade, tempo de trabalho e anos de atuação. Portanto, a média total da escala de sensibilidade moral nessa amostra não esta associada com essas variáveis (Tabela 7).

Tabela 7. Associação da média total do MSQ-B e variáveis sociodemográficas (n=98)

		Idade	Há quanto tempo trabalha como enfermeiro?	Anos de atuação no local de trabalho principal
Média total MSQ-B	Pearson Correlation	,068	,049	,147
	Sig. (2-tailed)	,508	,635	,195
	n	98	98	79

Para testar as associações entre as variáveis nominais e ou categóricas foi utilizado o Teste Qui-Quadrado, aceitando um nível de significância $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%. Uma diferença significativa foi encontrada no vínculo principal ($p = 0,032$) (Tabela 8). Portanto, pode-se dizer que somente existe associação entre quem tem o vínculo principal na Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde, Posto de Saúde, Unidade de ESF/NASF e ter uma alta sensibilidade moral, quando comparado a quem tem o vínculo principal em outros serviços ($p < (0,005)$). Entenda-se por outros serviços (Ambulatório, Policlínica, Centro de apoio psicossocial e outras instituições de Saúde Mental (sem internação) Centro obstétrico, Serviços de apoio (incluindo central de materiais esterilizados, serviços de controle de infecção hospitalar e outros), Serviços de diagnóstico, Serviços/ Unidades de Atendimento Especializados (Reabilitação, oncologia, nefrologia, Hemodinâmica).

Não foram encontradas diferenças significativas para as variáveis gênero, grupo etário, formação acadêmica, ter aulas de bioética durante a graduação, formação em bioética no último ano, aconselhamento para problemas éticos na sua prática profissional e rendimento salarial (Tabela 8).

Tabela 8. Associação entre níveis de sensibilidade moral e variáveis sociodemográficas e ocupacionais das enfermeiras (n=100)

Variáveis sociodemográficas		Sensibilidade Moral			p valor*
		Baixa n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)	
Gênero	Feminino	25 (27,5)	21 (23,1)	45 (49,5)	,154
	Masculino	0	2 (22,2)	7 (77,8)	
Grupo etário	ate 30 anos	9 (25,0)	11 (30,6)	16 (44,4)	,296
	31 a 40 anos	9 (29,0)	3 (9,7)	19 (61,3)	
	41 ou mais	6(20,0)	8 (26,7)	16 (53,3)	
Estado civil	Casado	15 (28,3)	10 (18,9)	28 (52,8)	0,511
	Outros	10 (21,3)	13 (27,7)	24 (51,1)	
Residência	Não	19 (22,1)	20 (23,3)	47 (54,7)	,232
	Sim	6 (42,9)	3 (21,4)	5 (35,7)	
Especialização	Não	7 (30,4)	6 (26,1)	10 (43,5)	,640
	Sim	18 (23,4)	17 (22,1)	42 (54,5)	
Mestrado	Não	17 (23,6)	19 (26,4)	36 (50,0)	,432
	Sim	8 (28,6)	4 (14,3)	16 (57,1)	
Doutorado	Não	24 (25,5)	21 (22,3)	49 (52,1)	,787
	Sim	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)	
Formação em ética/bioética durante a graduação	Não	4 (25,0)	2 (12,5)	10 (62,5)	,518
	Sim	21 (25,0)	21 (25,0)	42 (50,0)	
Formação em ética/bioética no último ano	Não	25 (28,4)	20 (22,7)	43 (48,9)	,090
	Sim	0	3 (25,0)	9 (75,0)	
Precisou de aconselhamento para problemas éticos na sua prática	Não	9 (20,9)	10 (23,3)	24 (55,8)	,700
	Sim	16 (28,1)	13 (22,8)	28 (49,1)	
Tempo de atuação no local de trabalho principal	Mais de 1 ano	8 (38,1)	5 (23,8)	8 (38,1)	,244
	Menos de 1 ano	17 (21,5)	18 (22,8)	44 (55,7)	
Vínculo Principal	outros	7 (53,8)	1 (7,7)	5 (38,5)	,032**
	ESF, UBS, CS, PS***	18 (20,9)	22 (25,6)	46 (53,5)	
Rendimento Salarial	1- 5 salários	6 (18,2)	9 (27,3)	18 (54,5)	,537

5 -7 salários	9 (23,7)	8 (21,1)	21 (55,3)
> 7 salários	10 (37,0)	5 (18,5)	12 (44,4)

* Teste Qui Quadrado

** $p < 0,05$

***ESF: Estratégia de Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde; CS: Centro de Saúde; PS: Posto de Saúde.

Como uma estratégia de comparar a média total do MSQ-B com as variáveis sociodemográficas. Foram utilizados testes paramétricos como T-Test e ANOVA. Os resultados que obtiveram significância estatística apresentam-se a seguir (Tabela 9).

Os resultados das comparações da média da escala total de sensibilidade moral e possuir o curso de residência foi significativo ($p=,032$), pode-se dizer que o valor da dimensão significado moral é superior em quem não tem residência, quando comparado a quem diz possuir o título de residência. Da mesma forma, o valor médio da dimensão conhecimento profissional foi maior em quem não teve formação em ética/bioética na graduação ($p=045$) quando comparado a quem diz ter. O valor médio da dimensão significado moral foi maior em quem possui mais de 1 ano de trabalho ($p=,039$) (Tabela 9).

Tabela 9. Comparação das médias da escala total do MSQ-B e variáveis sociodemográficas (n=100)

Dimensões do MSQ-B	Variáveis sociodemográficas	n	Média	DP*	p valor	
Significado Moral	Residência					
	Não	86	4,94	1,48	0,032	
	Sim	14	3,97	1,94		
Conhecimento profissional	Formação em ética/bioética durante a graduação	Não	16	4,41	1,15	0,045
		Sim	84	3,74		
	Significado moral	Tempo de trabalho				
		Menos de 1 ano	21	4,13	1,65	0,025
Mais de 1 ano	79	4,99	1,52			

* DP: Desvio Padrão

Fatores associados ao nível de sensibilidade moral dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Ainda dentro da tarefa 3, apresenta-se a análise descritiva e os fatores associados ao nível de sensibilidade moral nos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários de Portugal. Nessa sessão, apresenta-se a análise descritiva e a consistência interna do MSQ-P e os fatores associados ao nível de sensibilidade moral dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) de Portugal.

Dos 56 participantes, (85,7%) são do gênero feminino e (71,4%) casados(as)/união. A média de idade dos enfermeiros dos cuidados de saúde Primários foi de 36,54 anos (DP=6,62). O tempo médio de trabalho como enfermeira(o) foi de 13,09 anos (DP=6,97) e (96,4%) trabalham a mais de um ano como enfermeiro em CSP. Quanto a formação (80,4%) possuem mestrado, (44,6%) especialidade, (25%) pós-graduação e (1,8%) doutoramento. (89,3%) dos enfermeiros não realizou formação em ética ou bioética no último ano e (17,3%) precisou de aconselhamento para problemas éticos na sua prática profissional (Tabela 10).

No que se refere ao tipo de contrato no local de trabalho (83,9%) era sem termo. (67,9%) dos enfermeiros dos CSP refere que o rendimento mensal é superior ao salário mínimo Português (Tabela 10).

Tabela 10. Características gerais dos enfermeiros dos CSP (n=56), Portugal.

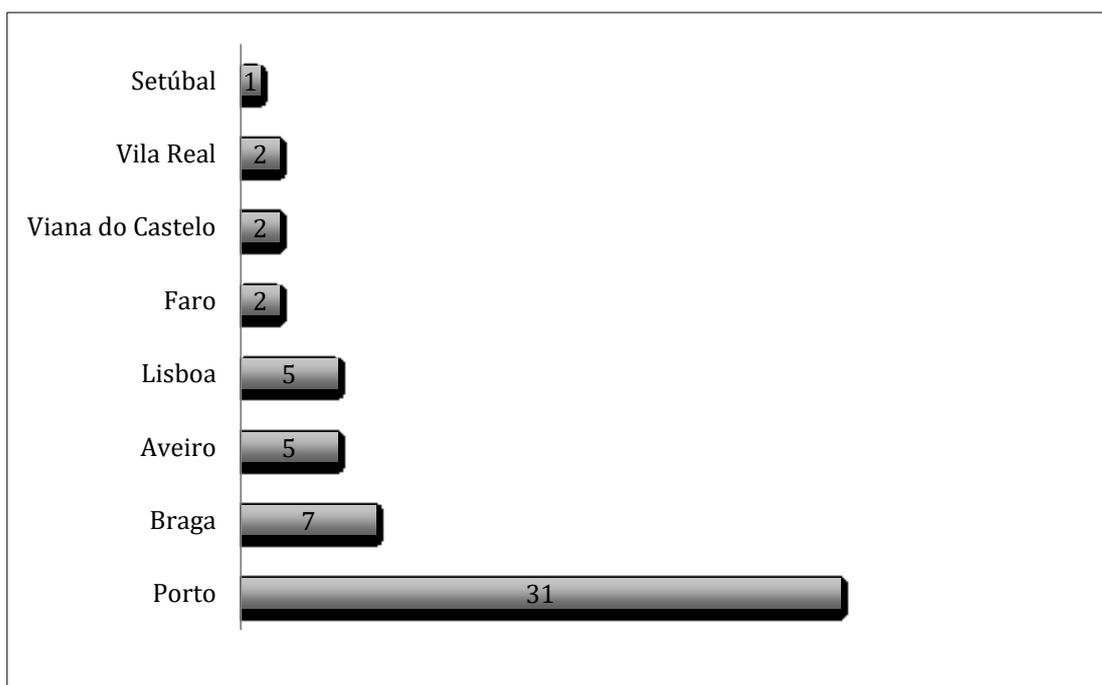
		n	%	Média	DP*
Gênero	Feminino	48	85,7		
	Masculino	8	14,3		
Idade				36,54	6,62
Estado Civil	casado(a)/união	40	71,4		
	solteiro(a)	14	25,0		
	viúvo(a)	2	3,6		
Formação	Pós-graduação	14	25,0		
	Especialidade	25	44,6		
	Mestrado	45	80,4		
	Doutoramento	1	1,8		
Realizou alguma formação em ética ou bioética no último ano	Sim	6	10,7		
	Não	50	89,3		

Precisou de aconselhamento para problemas éticos na sua prática profissional	Sim	9	17,3
	Não	43	82,7
Há quanto tempo trabalha como enfermeiro			13,09 6,97
Tempo de atuação nesse local de trabalho principal	Mais de um ano	54	96,4
	Menos de 1 ano	2	3,6
Tipo de contrato no local de trabalho preferencial	Sem contrato	2	3,6
	Liberal	1	1,8
	A termo	3	5,4
	Sem termo	47	83,9
	Outro	3	5,4
O seu rendimento mensal total decorrente da prática de enfermagem em relação ao salário mínimo português (€1.020,06) é:	Inferior	6	10,7
	Igual	12	21,4
	Superior	38	67,9

*DP: Desvio Padrão

Quanto a região ou distrito de Portugal onde os enfermeiros dos CSP trabalham é apresentado na figura 6 (número de *missing 1*).

Figura 6- Região ou distrito dos enfermeiros dos CSP de Portugal (n=56)



O Questionário de Sensibilidade Moral versão Portugal nessa amostra de 56 enfermeiros dos CSP apresentou um Alfa de Cronbach total de 0,857 (Tabela 4). A média dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde foi de 4,94 (DP=0,75) de 7 para a sua sensibilidade moral, o que nessa amostra é considerado baixo. Foi utilizado os resultados da validação do MSQ-P para construir as dimensões e analisar os 27 itens do

MSQ-P, dessa forma, o item 12 não está referido na análise, pois foi eliminado na fase anterior da validação do MSQ-P (Tabela 11).

Tabela 11. Análise descritiva e consistência interna do MSQ-P dos enfermeiros dos CSP (n=56), Portugal.

Itens 27 do MSQ-P	Média*	DP**	Alfa
Orientação interpessoal	5,84	0,93	0,858
1. É da minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade.	6,02	1,57	
6. Quando tenho de tomar decisões difíceis para o paciente, é importante ser sempre honesto com ele(a).	6,50	1,33	
7. Acredito que a boa prática de enfermagem inclui o respeito pela decisão do paciente.	6,52	1,41	
8. Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer para ele(a).	5,89	1,40	
10. Acredito que é importante ter princípios firmes para cuidar de certos pacientes	5,16	1,48	
13. O mais importante na minha prática de enfermagem é a minha relação com os pacientes.	5,48	1,31	
19. Frequentemente penso acerca dos meus valores e normas que podem influenciar as minhas ações.	5,76	1,57	
23. Considero difícil prestar um bom cuidado de enfermagem contra a vontade do paciente.	5,28	1,97	
24. Por vezes há boas razões para ameaçar o paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada.	6,15	1,28	
25. Nas situações em que é difícil saber o que é certo, consulto os meus colegas acerca do que devo fazer.	5,50	1,47	
27. Como enfermeiro eu devo sempre saber como cada um dos meus paciente deve ser respeitosamente abordado.	6,02	1,54	
28. Eu encontro sentido na minha atividade, mesmo quando não consigo ajudar um paciente a ter consciência da sua doença.	5,83	1,40	
Conhecimento Profissional	3,84	1,03	0,636
4. Quando eu preciso tomar uma decisão contra a vontade do paciente, eu faço-o de acordo com a minha opinião sobre o que é a melhor prática.	3,24	2,10	
15. Baseio sempre as minhas ações no conhecimento de enfermagem de qual é o melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste.	4,26	1,65	
16. Penso que o bom cuidado de enfermagem, muitas vezes inclui a tomada de decisões pelo paciente.	4,30	1,95	
17. Quando estou inseguro, confio maioritariamente no conhecimento dos médicos acerca dos pacientes.	3,43	1,68	
20. A minha experiência é mais útil do que a teoria nas situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.	4,20	1,34	
26. Eu confio essencialmente na minha intuição quando tenho que tomar uma	3,61	1,54	

decisão difícil para um paciente.

Conflito Moral	4,27	0,99	0,526
9. Eu sou muitas vezes confrontado por situações em que experiencio conflitos no modo como abordar o paciente	4,41	1,80	
11. Muitas vezes enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para um paciente em particular.	5,00	1,67	
14. Muitas vezes encaro situações nas quais tenho dificuldade em permitir que o paciente tome a sua própria decisão.	3,87	1,69	
22. Deparo-me muitas vezes com situações difíceis, quando tenho de tomar decisões sem a participação do paciente.	4,67	1,60	
Significado Moral	4,46	1,22	0,642
2. O meu trabalho não teria sentido se eu não visse melhoria nos meus pacientes.	4,13	2,20	
3. É importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faça.	3,89	2,13	
5. Se eu perdesse a confiança do paciente, sentiria que o meu trabalho não teria sentido.	4,85	1,89	
18. Acima de tudo, são as reações dos pacientes que me mostram que eu tomei a decisão certa.	4,63	1,50	
21. Acredito que o bom cuidado de enfermagem inclui a participação do paciente mesmo daqueles com graves alterações mentais.	4,80	1,72	
Total	4,94	0,75	0,857

*Média dos itens que compõe a dimensão foi calculada pelos valores da escala *Likert* de 7 pontos.

** DP: Desvio Padrão

Para realizar as associações, foi necessário com base na média da escala total do MSQ-P, dividi-la em três percentis (25%, 50% e 75%). Sendo que, foi considerado baixa sensibilidade moral até a média de 5,00, o percentil moderado foi de 5,01 a 5,36 e o percentil alto foi considerado maior que 5,37.

Não foi encontrado diferenças significativas entre as variáveis sociodemográficas idade, tempo de trabalho e anos de atuação. Portanto, não há associações significativas nesta amostra (Tabela 12).

Tabela 12. Associação da média total do MSQ-P e variáveis sociodemográficas (n=56)

		Idade	Há quanto tempo trabalha como enfermeiro	Anos no local de trabalho
Média total MSQ-P	Pearson Correlation	,158	,121	,027
	Sig. (2-tailed)	,294	,423	,859
	n	56	56	56

Para realizar as associações entre as variáveis nominais e ou categóricas foi utilizado o Teste Qui-Quadrado, aceitando um nível de significância $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%. Nenhuma associação significativa foi encontrada nessa amostra (Tabela 13).

Não foram encontradas diferenças significativas para as variáveis gênero, grupo etário, estado civil, formação acadêmica, formação em bioética no último ano e rendimento salarial (Tabela 13).

Tabela 13. Associação entre níveis de sensibilidade moral e variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos enfermeiros CSP(n=56), Portugal.

		Sensibilidade						p*
		Baixa		Moderada		Alta		
		n	%	n	%	n	%	
Gênero	Masculino	2	9,5	3	23,1	1	8,3	0.445
	Feminino	19	90,5	10	76,9	11	91,7	
Grupo etário	< 30 anos	2	9,5	2	15,4	2	16,7	0.553
	31-40 anos	12	57,1	7	53,8	7	58,3	
	> 41 anos	7	33,3	4	30,8	3	25,0	
Estado civil	Outros	7	33,3	3	23,1	2	16,7	0.966
	Casado	14	66,7	10	76,9	10	83,3	
Pós Graduação	Não	17	81,0	9	69,2	10	83,3	0.640
	Pós Graduação	4	19,0	4	30,8	2	16,7	
Curso de Especialização	Não	10	47,6	8	61,5	8	66,7	0.519
	Curso de Especialização	11	52,4	5	38,5	4	33,3	
Mestrado	Não	3	14,3	2	15,4	3	25,0	0.719
	Mestrado	18	85,7	11	84,6	9	75,0	
Realizou alguma formação em ética ou bioética no último ano?	Sim	1	4,8	3	23,1	0	0,0	0.085
	Não	20	95,2	10	76,9	12	100,0	
Rendimento mensal total decorrente da prática de enfermagem, em relação ao salário base da enfermagem em Portugal (€ 1.020,06) é:	Inferior ou igual	4	19,0	4	30,8	4	33,3	0.602
	Superior	17	81,0	9	69,2	8	66,7	

*Teste Qui-Quadrado

CAPÍTULO V- DISCUSSÃO

Tarefa 1- Processo de tradução e Adaptação do MSQ no Brasil e Portugal

Quando os instrumentos são produzidos em um idioma e depois traduzido para outros, é essencial a validação por um comitê de especialistas nesse processo, havendo atributos que são importantes a se considerar na tradução e, especialmente, na adaptação linguística e cultural de um instrumento. Para Alexandre e Coluci (2011), a avaliação da qualidade dos instrumentos, os atributos ou as propriedades mais importantes são: validade; confiabilidade, praticabilidade, sensibilidade e responsividade. Para validação de instrumentos os psicometristas recomendam, fundamentalmente, técnicas que visam verificar a validade de constructo, critério e conteúdo (Pasquali, 2009).

Nessa etapa da tradução e adaptação do MSQ, se buscou aperfeiçoar o conteúdo do instrumento tornando-o mais confiável, preciso, válido e decisivo no que se propõe a medir (Moreira et al., 2014), tendo em vista as realidades brasileira e portuguesa do trabalho do enfermeiro. A validação de conteúdo, permite verificar se os itens incluídos no instrumento são representativos e relevantes para abranger o fenômeno, considerando as possibilidades de itens sobre o tópico em estudo (Alexandre, Coluci, 2011).

O MSQ é um instrumento utilizado em diferentes Países como: a Suécia (Lutzen et al., 1995), Filipinas (Escolar-Chua, 2016) Turquia (Sahin, Iyigun, Acikel, 2015), Coreia do Sul (Han et al., 2010), Irã (Jaafarpour, Khani, 2012) e Japão (Bécat, et al, 2004). Assim, adotou-se o critério de 51% de concordância entre os especialistas para a validação de conteúdo (Keeney, Hasson, Mckenna, 2006).

Vale destacar ainda, que os estudos que realizaram a validação do MSQ na Turquia (Sahin, Iyigun, Acikel, 2015) e na Coreia (Han et al., 2010) utilizaram opinião de especialistas para determinar a validade de conteúdo, sendo, que os itens foram confirmados como de fácil compreensão e sem quaisquer outros problemas. No estudo de Han et al., (2010) os especialistas enfermeiros foram convidados, também, a avaliar se os itens possuíam quaisquer expressões inadequadas ou que fossem de difícil entendimento para o contexto das enfermeiras coreanas, não foi relatado pelos especialistas dificuldade nesse processo de revisão.

Um tema que apareceu no questionário em Portugal foi a sugestão de utilização do termo “cliente” em vez de “paciente”. Autores descrevem que é muito comum ocorrer divergência no uso desses termos (Takauti et al., 2013), pois não se trata apenas de uma questão semântica, cada um desses termos apresenta diferentes

maneiras de olhar e compreender um sujeito e/ou apresenta a forma como construímos a realidade. Nesse sentido, é preciso atenção no uso dessas expressões, pois os termos podem ter raízes diversas, ainda que usadas como sinônimo, mas não deixam de evocar diferentes visões nos entrevistados. Isso reforça a necessidade das adaptações culturais e linguísticas dos instrumentos ao se fazer a sua tradução, ainda que os países tenham a mesma língua oficial, como foi o caso deste estudo que inclui duas nações lusófonas.

O termo paciente começou a ser utilizado no século XIV e está relacionado a pessoa que tem paciência, sereno, conformado. O termo “paciente” sugere uma relação mais íntima, sendo o termo universalmente mais utilizado. Esse termo envolve algumas ideias centrais como a de paciência na espera do atendimento; a pessoa doente que precisa de cuidado; humanização, vínculo e respeito no cuidado; é a denominação tradicional mais comum e antiga e pressupõe a pessoa passiva ao tratamento (Takauti et al., 2013).

Já o termo cliente procede do vocabulário da economia liberal de mercado, na perspectiva de que a pessoa recorre aos serviços de saúde em caráter de consumidor, sendo a saúde um bem de consumo, não de direito social (Takauti et al., 2013). Nesse sentido, o termo cliente está mais relacionado a algo comercial, parece ser um termo muito frio, que banaliza a questão da saúde, tornando-a mercadoria. Tendo em vista essas diferenças, para esta investigação foi adotado o termo paciente, por considerar que sugere uma relação mais íntima do enfermeiro com o paciente.

A seguir, serão discutidas as alterações sugeridas pelos especialistas Portugueses e Brasileiros. No item 1, o especialista de Portugal sugere “conhecer o paciente na sua globalidade”, enquanto no questionário do Brasil, os especialistas optaram por utilizar “situação total do paciente”. Os investigadores optaram por utilizar o mesmo termo nos dois questionários, pois acredita-se que os enfermeiros brasileiros também irão compreender a utilização da construção “conhecer o paciente na sua globalidade”. Junges et al. (2012), refere que é fundamental conhecer a globalidade do paciente, priorizando um olhar para a produção e promoção da saúde integral, desafiando o enfermeiro a interpretar as necessidades dos pacientes com que se depara no cotidiano dos serviços.

No item 2 do MSQ versão Brasil, quatro dos sete especialistas consideraram a tradução “o meu trabalho teria menos sentido se eu nunca visse nenhuma melhoria nos meus pacientes” como a mais adequada. No entanto, os investigadores consideraram que ao utilizar essa afirmação seria modificado o sentido do item, também optou-se por

retirar o termo nenhuma, pois o item continha duas palavras negativas. A melhor construção para ambos os questionários foi: “o meu trabalho não teria sentido se eu nunca visse melhoria nos meus pacientes”.

No item 3 “é importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faça”, a alteração proposta refere-se ao consentimento informado do paciente “É importante que eu obtenha o consentimento do doente para tudo o que faço”. Boa parte dos problemas éticos na relação profissional-paciente provem do desentendimento por falhas na comunicação, especialmente a falta, incompreensão ou imprecisão das informações pelos pacientes (Duncan, 1992). Por isso, é fundamental que o paciente tenha garantia ao direito de informação, um dos elementos fundamentais para que o paciente dê seu consentimento autônomo sobre a sua saúde. O item 3 permaneceu igual nos dois questionários.

O item 4 refere-se a opinião do enfermeiro sobre o que é a melhor prática. O enfermeiro na construção da sua decisão ética frente ao problema, procura fundamentar-se no conhecimento científico, tendo como foco central da sua ação a satisfação das necessidades do paciente (Lillemoen, Pedersen, 2013). Mesmo que o enfermeiro decida por partilhar seu problema com os colegas de trabalho, as discussões éticas que decorrem não eximem o enfermeiro da sua responsabilidade de decidir, pois a autoria da decisão é sempre de quem precisa tomar a decisão (Zoboli, 2013). Nesse item na versão de Portugal ficou com o termo “melhor prática” e no Brasil “bom cuidado”, essa diferença foi mantida para considerar os termos mais usados em cada País.

O item 5 permaneceu igual nos dois questionários. Na versão brasileira um especialista sugeriu dizer “meu trabalho perderia o valor” o que modificaria o sentido do item, os investigadores optaram por utilizar: “sentiria que o meu trabalho não teria sentido”.

No item 6 na versão brasileira, embora a tradução escolhida pelos especialistas tenha sido “quando eu preciso tomar decisões difíceis com relação ao paciente”, optou-se por utilizar “quando eu tenho que tomar decisões difíceis para o paciente”, pois “precisar tomar decisões” dá uma conotação de futuro, de uma ação que irá se realizar, já ao dizer “quando eu tenho que tomar decisões” sugere uma ação que acontece, além disso, tomar decisões “com relação ao paciente” é diferente de dizer “para o paciente”, portanto, foi realizada a alteração, permanecendo os dois itens iguais nos questionários: “Quando eu tenho de tomar decisões difíceis para o paciente, é importante sempre ser honesto com ele(a)”.

No item 7, os especialistas referem a importância de respeitar as decisões autônomas do paciente. A base para a fundamentação das decisões autônomas do paciente é a informação, assim todo e qualquer procedimento seja ele simples ou complexo, precisa ser informado e realizado somente após o consentimento livre e esclarecido do paciente (Floriani, Schramm, 2008). Nesse item a versão de Portugal ficou com o termo “a boa prática de enfermagem” e no Brasil “a boa assistência de enfermagem”, essa diferença foi mantida para considerar os termos mais usados pelos enfermeiros em cada país.

Alguns itens do MSQ sofreram alteração no seu significado com a sugestão dos especialistas e por isso não foram adotadas. No item 8, na versão portuguesa, a sugestão do especialista foi: “devo adotar estratégias que lhe permitam ser adequadamente esclarecido”, já um especialista brasileiro sugeriu utilizar “há muito o que fazer por ele(a)” indicando uma sugestão para a resolução do problema, o que não é o objetivo do item.

No item 9, não foram atendidas as sugestões do especialista português, tendo em vista que ao utilizar o termo “sinto conflitos” o item não terá o mesmo significado de “experiencio conflitos”, pois ao utilizar o termo “experienciar”, traz a noção de que tal situação já foi vivida pelos enfermeiros; já 5 dos 7 especialistas brasileiros preferiram utilizar o termo “me deparo com conflitos”, sendo as diferenças mantidas nos questionários. Nesse mesmo item, os especialistas brasileiros sugerem utilizar o termo “frequentemente”, porém os investigadores optaram por utilizar o sinônimo “muitas vezes”.

No item 10, um especialista de Portugal sugeriu utilizar o termo “princípios sólidos” ao invés de “princípios firmes”, os investigadores optaram por usar o termo “princípios firmes”, pois refere-se a uma característica que não consegue se abalar, que é estável e que indica firmeza em suas ideias.

No item 11, o objetivo do item é compreender se os enfermeiros têm dificuldades em saber qual a ação é eticamente correta para um paciente, nos dois questionários os itens permaneceram iguais: “muitas vezes eu enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para um paciente em particular”.

No item 12, a tradução escolhida pelos especialistas Brasileiros foi considerada “Se eu não estiver familiarizado com o histórico do caso de um paciente, sigo as regras disponíveis”. Para Portugal manteve-se a preferência dos especialistas “Se sou desconhecedor da história de um paciente, sigo as regras disponíveis”, os itens

permaneceram com sua redação diferente nos questionários, porém isso não influencia o sentido do item, o qual tem por objetivo perceber como o enfermeiro atua quando não conhece o histórico de um paciente. A sugestão do especialista brasileiro “eu preciso me inteirar sobre sua evolução para dar continuidade ao cuidado”, refere-se a uma conduta para resolução do caso, não sendo esse o objetivo do item, a sugestão foi desconsiderada.

O item 13 “o mais importante na minha prática de enfermagem é o meu relacionamento com os pacientes” permanecendo igual nos dois questionários. Foi atendida a sugestão do especialista brasileiro, portanto, substituiu-se o termo “com meus pacientes” por “com os pacientes”, também foi realizada a adaptação do termo “prática psiquiátrica” para “prática de enfermagem” nos dois questionários.

No item 14, os especialistas portugueses preferem utilizar o termo “encaro situações nas quais” e os especialistas brasileiros “enfrento situações em que”, essa diferença foi mantida, pois os termos podem ser considerados sinônimos e não modificam o sentido do item. Nesse item os especialistas portugueses preferem utilizar o termo “frequentemente”, mas os investigadores optaram por utilizar o sinônimo “muitas vezes” nos dois questionários, por considerar o termo mais utilizado nos dois países.

No item 15, foi necessário fazer uma adaptação já que, o questionário original foi pensado para médicos psiquiatras, como essa investigação prevê os enfermeiros como sujeitos de pesquisa foi necessário adaptar o item para “Baseio sempre as minhas ações no conhecimento de enfermagem de qual é o melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste”. Nos itens 1, 7, 13, 16, 22, 25 e 29 foi realizada a adaptação dos termos psiquiatra para enfermeiro e de psiquiatria para enfermagem.

No item 16, o especialista de Portugal sugeriu “tomar decisões com o doente”, esse item não foi considerado pois modificaria o sentido do item original que quer compreender se o enfermeiro “toma decisões pelo doente” e não “com o doente”. No questionário Brasileiro optou-se por manter o termo “bom atendimento de enfermagem” e no questionário de Português utilizou-se o termo “bom cuidado de enfermagem” mantendo as diferenças de cada País.

Na versão Portuguesa, o item 17 apesar de um especialista português dizer que não faz sentido para essa investigação, acredita-se que com a adaptação da palavra enfermeiros para médicos no MSQ foi possível tornar claro o item. Esse item permite verificar se os enfermeiros quando estão inseguros, recorrem a opinião e ao

conhecimento de outros profissionais. Estudo refere que o enfermeiro precisa assumir a responsabilidade da tomada de decisão em conjunto com os pacientes, familiares e membros da equipe, promovendo decisões eticamente responsáveis (Berggren, Bégat, Severinsson, 2002). O item 18 não teve sugestão de adaptação e permaneceu igual nos dois questionários.

No item 19 é descrito que os valores e as normas podem influenciar as ações dos enfermeiros. Os especialistas brasileiros sugeriram utilizar “minhas reações” no lugar de “minhas ações”, essa sugestão foi aceita. Também foi excluída a palavra “próprios”. Os valores, princípios e responsabilidades devem ser ponderados, questionados e colocados em alternativa na construção da tomada de decisão em enfermagem (Basso-Musso, 2012)

No item 20, optou-se por utilizar “A minha experiência é mais útil do que a teoria nas situações em que é difícil saber o que é eticamente correto” nos dois questionários. Os especialistas brasileiros sugeriram utilizar “a minha própria experiência”, mas os investigadores optaram por retirar a palavra própria. Os problemas éticos evidenciados pelos enfermeiros podem ser complexos, e muitas vezes a solução pode ser ambígua. No entanto, a maneira como os enfermeiros enfrentam e respondem aos problemas éticos pode variar de acordo com os elementos pessoais, como valores, experiências, autonomia e a competência de cada profissional (Cerit, Dinç, 2013).

O item 21 “É importante que eu tenha regras para seguir quando um paciente que não está a ser tratado ao abrigo da Lei de Saúde Mental recusa o tratamento” e o item 24 “Se um paciente está a ser tratado sob a Lei de Saúde Mental, é expectável que o pessoal de enfermagem siga as minhas ordens, mesmo sem a concordância do paciente” foram excluídos, pois não fazem sentido para esse estudo. Os sujeitos de pesquisa dessa investigação não realizam atendimento maioritário a pacientes que sejam tratados ao abrigo da lei de saúde mental.

Considerou-se que o item 22 deveria permanecer no questionário, pois o item tem relevância para perceber se os enfermeiros consideram a participação dos pacientes no cuidado, nesse item, manteve-se a ideia do questionário original desenvolvido para cuidados psiquiátricos “mesmo daqueles com transtornos mentais graves”, a única diferença nesse item foi que no questionário brasileiro utilizou-se o termo “bom atendimento de enfermagem e no português “bom cuidado de enfermagem”.

O item 23, aborda as situações difíceis que o enfermeiro vivencia, quando precisa tomar decisões sem a participação do paciente. Estudo descreve que o

enfermeiro não participa ativamente (com ações) no processo de tomada de decisão quando os pacientes encontram-se em fase terminal, porém, os enfermeiros consideraram a participação da família e de outros profissionais, bem como demonstraram respeito pelo desejo do paciente no processo decisório (Chaves, Massarollo, 2009). No questionário brasileiro optou-se por manter a sugestão dos especialistas “muitas vezes me deparo com situações” e no questionário de Portugal “deparo-me muitas vezes com situações”, mantendo as expressões utilizadas em cada País.

No item 25, os especialistas brasileiros sugerem utilizar o termo “acho difícil oferecer”, porém, optou-se por substituir “oferecer” por “prestar”, pois considera-se que o termo “oferecer” tem a conotação de fazer um favor ou então dar um presente, e não é esse o objetivo do item. Permanecendo “considero difícil prestar” nos dois questionários. No MSQ versão Brasil utiliza-se o termo “prestar um bom atendimento de enfermagem” enquanto no MSQ versão Portugal (MSQ-P) “prestar um bom cuidado de enfermagem”.

No item 26 do MSQ versão de Portugal foi utilizado “Por vezes há boas razões para ameaçar o paciente com uma injeção se a medicação oral é recusada”, já no MSQ versão Brasil ficou: “As vezes há boas razões para ameaçar o paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada”. Vale ressaltar que uma das estratégias mais drásticas, do ponto de vista da inexistência da busca de soluções compartilhadas, é a ameaça, entendida como um modo de tentar coagir o paciente, anunciando possíveis sanções, caso a ação desejada não seja feita. A ameaça, muitas vezes, tem muito mais o intuito de intimidar o paciente, como mais um recurso para forçá-lo a realizar determinada ação, do que propriamente a intenção de cumpri-la (Silva, Ayres, 2009).

O item 27 permaneceu igual nos dois questionários, não tendo sugestão de tradução pelos especialistas. O item 28 se refere aos profissionais seguirem a sua intuição para tomar as suas decisões. Estudo realizado destaca que a intuição emerge como um fenômeno diferenciado, marcante, que amplia a capacidade de julgamento e de tomada de decisão; provém do espaço interior ou exterior (inspiração); surge independente da vontade, através de uma frequência de repetições e é direcionada ao tempo futuro, gera-se um alerta e requeresse uma ação antecipada. A enfermagem, ao englobar a arte e a ciência, requer também o uso da intuição (Silva, Baldin, Nascimento, 2003). O item 29 permaneceu igual nos dois questionários.

No item 30, optou-se por substituir o termo “função” sugerido por um especialista brasileiro e o termo “profissão” sugerido por um especialista português, pela palavra “atividade”, pois esse termo parece ser o mais utilizado na prática e aparece descrito no regulamento do exercício profissional dos enfermeiros de Portugal (REPE, 1996) e do Brasil (Brasil, 1987).

Como foi possível verificar, algumas alterações surgem em decorrência das diferenças entre o sistema de saúde Brasileiro e Português. Em Portugal é após a revolução de 1974, que passa a ser reconhecido o direito à proteção e defesa da saúde, mediante a criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito. Em 1989, esse termo foi revisto como “tendencialmente gratuito”. Os centros de saúde são o que maioritariamente concretiza a possibilidade de acesso aos cuidados de saúde primários à população Portuguesa (Varela, Pereira, 2016). Já no Brasil, a Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988 definiu as bases legais para a organização do Sistema Único de Saúde, seguindo os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) passou a ser a política oficial do SUS para a organização dos cuidados de saúde primários, que tem sua assistência centrada na família e direcionada para a comunidade (Brasil, 2011).

Portanto, é possível concluir que a validação de conteúdo pelo comitê de especialistas colaborou para aperfeiçoar o conteúdo, tornando-o mais confiável, preciso e válido para o MSQ. A compreensibilidade do conteúdo é um passo essencial na validação de um instrumento.

Destaca-se a importância de utilizar o comitê de especialistas para a tradução e adaptação de instrumentos, pois assim é possível uniformizar os termos, tornando-os mais claros e de fácil compreensibilidade. Trata-se de um processo complexo, pois envolve levar em consideração as peculiaridades do idioma, o contexto cultural e profissional (Alexandre, Coluci, 2011).

A literatura refere que o comitê de especialista tem autonomia para modificar ou eliminar itens irrelevantes, inadequados, ambíguos, sugerir termos que se ajustem melhor ao instrumento, desde claro, que se mantenha o conceito original dos itens (Guillemin, Bombardier, Beaton, 1993). A descrição detalhada do processo é uma parte essencial no processo de tradução e adaptação, para que os leitores aquilatem a confiabilidade da tradução realizada.

Tarefa 2- Validação do Questionário de Sensibilidade Moral no Brasil e Portugal

Os quatro fatores (orientação interpessoal; conhecimento profissional; conflito moral; e significado moral) encontrados no MSQ-B e MSQ-P podem ser denominados como dimensões da sensibilidade moral, ou ainda, domínios de avaliação da sensibilidade moral nos enfermeiros. Estas dimensões agrupam as situações vivenciadas na prática pelos enfermeiros por frequência e características, com base na construção teórica sobre o tema (Lutzen, 1997).

De acordo com os resultados da análise descritiva dos 316 enfermeiros do Brasil, foi relatado maior consenso sobre a responsabilidade do enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade, respeitar a sua decisão e sempre ser honesto com ele. No entanto, a sensibilidade do enfermeiro foi menor para itens como a aceitação da sua doença e a negação da medicação. Já com os 331 enfermeiros de Portugal, os itens de maior consenso são os mesmos dos enfermeiros do Brasil, porém, o que se verifica é um menor consenso nos itens que abordam a questão de tomar decisão contra a vontade do paciente, confiar na própria intuição e no conhecimento dos médicos.

A pontuação média para a sensibilidade moral dos enfermeiros tem variado nos estudos. Na amostra do Brasil, a média de sensibilidade moral foi considerado moderado (4,44) de 7, o que esta de acordo com outros estudos (Salar, Zare, Sharifzadeh, 2016; Kirilmaz, Akbolat, Kahraman, 2015; Buyuk, Rizaral, Gudek, 2015; Borhani et al., 2015; Jaafarpour, Khani, 2012; Elzadi, Khademi, Noughabi, et al., 2013).

Em Portugal, a média de sensibilidade moral dos 331 enfermeiros foi considerada baixa (3,10) de acordo com a classificação de percentis que utilizamos (sendo considerado baixo até a média de 5,00). Estudo de Ahn e Yeom (2014) também encontrou baixos escores de sensibilidade moral em estudantes de enfermagem (2,83). Porém, outros estudos relatam escores elevados de sensibilidade moral em enfermeiros Coreanos (5,14) (Kim et al., 2012); em estudantes de enfermagem (5,03) (Sahin, Iyigun, Acikel, 2015) e em enfermeiros Chineses (40,22) - pontuação com base em uma escala adaptada -(Huang et al., 2015^b).

O MSQ-B e o MSQ-P tiveram uma confiabilidade satisfatória, com coeficiente de alfa de Cronbach 0,82 no Brasil e 0,89 em Portugal. Este coeficiente foi maior do que o encontrado no estudo original com os enfermeiros da Suécia (0,78) (Lutzen, 1995), nos estudantes da Coreia (0,74) (Ahn e Yeom, 2014); com estudantes de enfermagem (0,73) (Sahin et al., 2015); enfermeiros do Irã (0,78) (Jaafarpour, Khani, 2012); e maior do que na versão Coreana (0,76) (Han, Kim, Kim, Ahn, 2010). A versão

Chinesa do MSQ teve um alfa de 0,82 (Huang et al., 2015^a) e (Kim, Kang, Ahn, 2013) identificou um alfa de 0,85, valores próximos ao encontrado neste estudo.

Do ponto de vista teórico os arranjos de itens e dimensões do MSQ-B e do MSQ-P foram considerados a melhor solução de análise, pois combinaram importantes resultados estatísticos e agruparam os itens de forma apropriada (Tabachnick, Fidell 2001). Os resultados deste estudo indicam que há consistência interna das dimensões resultantes da análise dos dados, com índice alfa de Cronbach que variam de desejável ($\alpha=0,80$) a aceitável ($\alpha=0,65$) (Cronbach, 1995).

Além das dimensões possuírem uma boa consistência interna, o MSQ-B teve uma variância total de 55,8% e o MSQ-P de 54,06% enquanto no estudo original de Lutzen (1995) foi de 44,5% e 45,5% no estudo de Han et al. (2010).

A sensibilidade moral é um fenômeno complexo que consiste em muitas dimensões (Tuveesson, Lutzen, 2016). Neste estudo, a análise fatorial exploratória revelou que a dimensão “orientação interpessoal” foi a mais forte nos dois questionários, ou seja, a que apresentou maior variância cumulativa, seguido, da dimensão “conhecimento profissional”, “conflito moral” e “significado moral”. Estas quatro dimensões foram semelhantes a encontrada no MSQ original (Lutzen, 1997), com exceção das dimensões benevolência e autonomia que não foram reveladas neste estudo.

O MSQ original é baseado em uma literatura com bases teóricas, a partir dos Estado Unidos da América, Europa e Suécia (Bégat, Ikeda, Amemiya, 2004). Os resultados das dimensões encontradas neste estudo são similares ao relatado em outros Países (Kim, Kang, Ahn, 2013; Han et al, 2010; Bégat et al., 2004). Devido a este resultado, pode-se inferir que as quatro dimensões encontradas sejam sensíveis aos diferentes contextos culturais. No entanto, a classificação das dimensões como as mais importantes no questionário pode variar, devido ao contexto de trabalho dos enfermeiros em cada País.

Uma explicação prudente para a dimensão orientação interpessoal ser a de maior importância nos dois questionários, se deve ao fato desta centrar-se na construção de uma relação de confiança com o paciente e encontrar formas de responder as suas necessidades (Lützn, Nordström, Evertzon, 1995). Isso porque, a assistência de enfermagem esta centrada no paciente, em vez de ser uma tarefa meramente orientada para o trabalho. Pode-se dizer que a ideia subjacente nessa dimensão esta relacionada a

sinceridade e carinho com os pacientes, bem como, com o reconhecimento da autonomia do paciente.

Semberoiz (2015) refere que a orientação do cuidado exige uma sensibilidade moral contextualizada às necessidades concretas dos pacientes. Destaca-se a importância de proteger os vínculos humanos e de responder às responsabilidades das pessoas. Portanto, essa dimensão faz o reconhecimento dos aspectos cruciais do trato com os pacientes, leva em consideração os detalhes do contexto, dos vínculos interpessoais e das demandas de cada um.

Os enfermeiros deste estudo parecem acreditar que a prática de enfermagem nada mais é do que cuidar dos seus pacientes, através de um cuidado humanizado (Nora, Junges, 2013). A concepção de saúde e cuidado inclui o uso de tecnologias leves, personalização do cuidado, empoderamento do paciente, corresponsabilidade, acolhimento, trabalho em equipe, comportamento profissional adequado e a criação de oportunidades para que os pacientes mudem suas vidas (Schveitzer, Zoboli, Vieira, 2016). No MSQ-B é na dimensão orientação interpessoal que encontram-se os itens que indicam maior (6, 7 e 1) e menor (8 e 24) sensibilidade moral dos enfermeiros, indicando que esta dimensão apresenta itens importantes para avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros. Já no MSQ-P também é na dimensão orientação interpessoal que aparece os maiores índices de sensibilidade moral, com os mesmos itens que o Brasil (6, 7 e 1). Porém, diferentemente dos enfermeiros do Brasil os itens de menor média de sensibilidade no MSQ-P foram os (17, 26 e 4) os quais encontram-se na segunda dimensão conhecimento profissional.

Vale destacar, que o papel que a sensibilidade moral e seus componentes desempenham na prática de enfermagem no dia-a-dia precisa ser ressaltado nos estudos. De acordo com Milliken e Grace (2015), as várias definições de sensibilidade moral tendem a ignorar o que é uma premissa básica: que todas as ações de enfermagem, realizadas no dia-a-dia e que são difíceis, são essencialmente de natureza ética. Os enfermeiros prometem através do seu código de ética realizar um bom atendimento de enfermagem e todas as ações realizadas devem visar o cumprimento dessa promessa (Milliken, Grace, 2015). Nesse sentido, as ações de enfermagem devem estar fundamentadas na ética, levando em consideração o compromisso com o paciente e família, garantindo seus direitos, os valores da profissão e o código de ética, fornecendo um cuidado de qualidade e tornando o paciente um protagonista e sujeito do cuidado (Trevizan et al., 2002).

Em consonância com o apresentado, a segunda dimensão da sensibilidade moral evidenciado na amostra do Brasil e Portugal se refere ao conhecimento profissional. Possuir conhecimento profissional é fundamental quando se fala em sensibilidade moral, pois, agir contrariamente ao conhecimento estabelecido, é visto como antiético (Lutzen, 1995). De acordo Huang et al., (2015^a) e Kim, Kang, Ahn (2013), os enfermeiros que tiveram educação ética em enfermagem apresentaram maior sensibilidade moral. É necessário que o enfermeiro confie em sua própria experiência em situações em que é difícil decidir o que é eticamente correto, e sempre ser honesto com os pacientes (Tural Buyuk, Rizara, Güde, 2015).

Nesse contexto, a Política Nacional de Educação Permanente Brasileira define que a formação profissional deve ser pautada de acordo com a necessidade dos serviços de saúde, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas (Brasil, 2009). A educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, promovendo transformações significativas na prática profissional (Brasil, 2009). Estudo observa a necessidade dos profissionais se aprofundarem mais no campo da saúde, entendendo a influência do trabalho na saúde do indivíduo (Mori, Naghettini, 2016).

Em Portugal, o tratado de Bolonha vem exigindo a adequação da formação de profissionais da saúde ao novo modelo de organização do ensino superior, o qual prevê mudanças no paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimento, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências (Bolonha, 1999). Schnaider (2010), refere que a enfermagem na sua prática cotidiana leva em consideração, além do conhecimento científico, as experiências anteriores vividas em situações similares, suas crenças, seus valores e também suas virtudes e princípios éticos. A ética e a bioética oferecem os fundamentos para a reflexão sobre a prática da enfermagem, rumo à valorização do ser humano em todos os seus aspectos: biológicos, psicológicos, sociais, políticos, morais e éticos (Schnaider, 2010).

De acordo com Zoboli e Soares (2012), ainda que se reconheça que o desenvolvimento das habilidades depende de conhecimentos, o enfermeiro precisa ser capaz de identificar e aplicar valores e princípios no manejo de problemas éticos. Por isso, La Taille (2006), refere que o desafio maior no ensino da bioética diz respeito as atitudes, pois estas têm a ver com as opções autônomas de cada pessoa acerca do tipo de profissional que almeja ser.

Nesse sentido, para a sensibilidade moral ser expressa em ação, um potencial ou existente problema ético precisa ser identificado, para só assim vir a ser vivenciado. É com base nesse pressuposto, que a terceira dimensão denominada conflito moral se apresenta. Não ser capaz de perceber um problema como sendo ético, é um entrave para o desenvolvimento da sensibilidade moral. Se o enfermeiro não reconhece o conteúdo ético de uma situação clínica, o cuidado resultante pode ser incongruente com as necessidades dos pacientes e com as obrigações profissionais da enfermagem (Milliken, 2016). De acordo com autores, a responsabilidade ética dos enfermeiros é maior do que a sua responsabilidade técnica (Kim et al, 2005).

A sensibilidade moral é pré-condicionada por uma consciência do significado moral das ações. É nesse contexto, que se apresenta a dimensão do significado moral como um processo de reflexão na estruturação do significado moral para as decisões e ações tomadas em nome do paciente (Lutzen,1997). Quando a sensibilidade moral está presente, ela leva a reconhecer a natureza ética da prática e, por sua vez, conduz a ação ética (Lutzen, 2013). Trata-se de um processo dinâmico, inter-relacional que requer uma consciência da implicação moral na tomada de decisão em nome do paciente. Tomar uma decisão ética, envolve um conjunto de perspectivas, respeitar o ponto de vista do paciente, familiares e dos profissionais envolvidos, e por isso, não é uma tarefa fácil.

É fundamental que os enfermeiros reconheçam que a sua responsabilidade profissional se estende a todos os aspetos da prática cotidiana. Nesse contexto, enfermeiros com moderada ou baixa sensibilidade moral podem não perceber as implicações éticas das situações ou realizar um cuidado mecanizado, baseado em rotinas. Dessa forma, as necessidades e os objetivos dos pacientes não serão atendidas, bem como, os problemas vivenciados podem ser uma fonte de sofrimento moral para os enfermeiros ou até mesmo conduzir a que estes abandonem a profissão (Huang et al., 2015^a).

Acredita-se que este estudo foi o primeiro a investigar o padrão de como os enfermeiros do Brasil e de Portugal respondem ao item, sendo possível revelar as dimensões mais importantes, bem como, avaliar as propriedades psicométricas do MSQ-B e do MSQ-P. Os resultados demonstram que ambos os questionários são uma ferramenta confiável para avaliar a sensibilidade ética dos enfermeiros nos serviços de saúde do Rio Grande do Sul, Brasil e em Portugal. Além de ser potencialmente útil para determinar que dimensões influenciam a sensibilidade moral dos enfermeiros nesses dois Países.

Tarefa 3- Caracterização dos fatores associados ao nível de sensibilidade moral dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde do Brasil e Portugal

Em relação ao perfil dos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde verificou-se a predominância do gênero feminino, correspondendo ao já verificado na composição da força de trabalho de enfermeiros brasileiros. Dados do Conselho Regional de Enfermagem do Estado do RS-COREN/RS (2015) mostram que do total de 22.410 enfermeiros registrados no COREN/RS, 20.146 (89,8%) são do gênero feminino e 2.264 (10,1%) do masculino. Já em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros refere que 57.164 (82%) são do gênero feminino e (18%) masculino (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, essa característica histórica parece estar ligada à própria profissão: o cuidado, pois o ato de cuidar sempre foi associado à figura feminina (Vieira, 2009).

Como a média de idade foi de 36,9 anos (DP=9,46) no Brasil e 36,5 anos (DP=6,62) em Portugal, apresenta-se uma população predominantemente jovem. Pesquisa divulgada em 2015 sobre o perfil da enfermagem em Santa Catarina (SC) corrobora com esses resultados e refere que 63,9% da equipe enfermagem possui idade igual ou inferior a 40 anos. Faixa etária similar foi encontrada para aos enfermeiros Brasileiros no estudo de (Machado, 2000) que possuíam uma média de idade de 34 anos. Em Portugal estudo realizado por Guedes et al. (2016), com enfermeiros do distrito do Porto a média de idade foi de 32 anos.

Quanto ao tempo de atuação como enfermeiro na APS no Brasil, a média neste estudo foi de 10,6 (DP=8,8) e o tempo de atuação na APS foi de 7,3 (DP=6,5), em Portugal a média foi de 13,09 (DP=6,97) o que indica que os enfermeiros possuem certa experiência profissional na área investigada. Guedes et al. (2016), em seu estudo realizado em Portugal refere que o tempo de serviço como enfermeiro foi de 9,59 anos e especificamente nos CSP foi de 7,13 anos.

Outro dado relacionado ao perfil, que vale destacar, é que 77% dos enfermeiros da APS no RS possuem especialização, sendo que, 84% teve formação em ética/bioética durante a graduação. Como a dimensão ética está inserida nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (2001), existe a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo nos estudantes de enfermagem atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade. Em Portugal, 80,4% dos investigados possuía mestrado. Estudo de Pereira et al., (2012), corrobora com os

achados ao referir que 43,2% dos enfermeiros das unidades locais de saúde detinham uma especialização em enfermagem.

Poucos enfermeiros (12%) da APS no Brasil e (10,7%) dos CSP de Portugal realizaram algum tipo de formação ética ou bioética no último ano. Esse é um dado inquietante, pois é importante que os enfermeiros tenham espaços para a discussão ética, com momentos de partilhas, troca de experiências e discussão dos problemas éticos que possam ocorrer nos serviços (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015^b). Como é possível evidenciar nos resultados (57%) dos enfermeiros da APS no Brasil já precisou de aconselhamento para problemas éticos na sua prática profissional, ou seja, a maioria dos profissionais já vivenciou algum tipo de problema ético em sua prática. Ao passo que em Portugal apenas 17,3% dos enfermeiros dos CSP refere que já precisou de aconselhamento para problemas éticos na sua prática profissional. A literatura corrobora com esse achado ao descrever que os principais problemas éticos dos enfermeiros na APS ocorrem na relação com os pacientes, na relação entre a equipa e com a gestão do serviço de saúde (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015).

O principal local de trabalho dos enfermeiros da APS do RS dessa amostra foi as Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde, Posto de Saúde, Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF)/ Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), pois essas são as unidades responsáveis por ser a porta de entrada dos serviços de saúde. Há evidências de que os sistemas de saúde baseados na APS são mais adequados, pois se organizam a partir das necessidades de saúde da população de uma determinada área (Assis et al, 2015).

A Atenção Primária à Saúde prevê que os enfermeiros permaneçam no mesmo local de trabalho o maior tempo possível, pois é fundamental que se estabeleça vínculo com o paciente, familiares e toda a comunidade. O vínculo possibilita a ampliação dos laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico (Assis et al, 2015). Ter um salário adequado para o enfermeiro, faz com que ele não precise procurar um segundo emprego para suprir sua renda, talvez por isso, 82% dos enfermeiros no Brasil possui apenas um vínculo empregatício. Esses dados corroboram com o publicado pelo Conselho Federal de Enfermagem (2015) o qual refere que a maioria dos enfermeiros (63%) tem apenas uma atividade/trabalho. Os dados do COREN/SC (2015) também referem que 67,95% dos enfermeiros possuem apenas um vínculo empregatício.

De acordo com Medeiros et al (2010), para que haja sucesso na atuação da equipe de saúde da família, é importante ter profissionais estáveis, para que conheçam a comunidade onde estão atuando, conheçam a sua história, a organização político-social e econômica. Estudo indica que os baixos salários e os vínculos precários de trabalhos, geram rotatividade frequente entre os enfermeiros (Medeiros et al., 2010). Daí a necessidade de promover a desprecarização dos vínculos trabalhistas por meio de concursos públicos e de um plano de cargos e salários que estimule os enfermeiros a se qualificarem para trabalhar na APS e permanecer nas equipes.

Em Portugal, o que se evidenciou na amostra é que o tipo de contrato é maioritariamente (83,9%) sem termo. Estudo realizado com enfermeiros dos CSP de Portugal difere dos resultados encontrado nesse estudo, ao referir que os enfermeiros com contrato a termo certo atribuem maior segurança no emprego e estabilidade (Castro et al., 2011). Estudo evidenciou que os enfermeiros estavam insatisfeitos com a remuneração relativo ao vencimento-base, os pacos aumentos salariais e o congelamento dos últimos anos das progressões nas carreiras constituem condições importantes à insatisfação com a remuneração salarial em Portugal (Castro et al., 2011). Com a crise ecoica que Portugal enfrentou, ocorreu uma contenção de gastos no setor da saúde, o que gerou reflexos no financiamento do setor público, emprego e prestação de serviços de saúde (Bunchan et al., 2013).

Este estudo permitiu medir a sensibilidade moral dos enfermeiros da APS, o que resultou em uma média de 4,49 de 7 no Brasil (considerado moderado) e 4,94 em Portugal (considerado baixo). Para os enfermeiros da APS do Brasil foi considerado sensibilidade moral moderado índices de 3,98 a 4,5. Para o MSQ-P foi considerado baixa sensibilidade moral até a média de 5,00. Esses índices foram estabelecidos com base na média da escala total do MSQ de cada País, nesse sentido, os valores diferem, pois, são realidades diferentes.

Como ressaltado durante o quadro teórico deste estudo, quando o enfermeiro possui baixa sensibilidade moral, o enfermeiro pode não reconhecer os problemas éticos da sua prática (Ersoy, Goz, 2001). A sua resposta diante um problema ético poderá ser não tomar decisão, não ter ação, ficar indiferente e/ou realizar um atendimento baseado em rotinas, o que vai gerar cuidados incompatíveis com os objetivos profissionais da enfermagem e com as necessidades do paciente. Por outro lado, mesmo que o enfermeiro faça uma ação que leve a cuidar das necessidades do paciente, sem sensibilidade moral e/ou baixa sensibilidade moral, o cuidado não ocorrerá de forma

global (Milliken, 2016).

Os níveis de sensibilidade moral dos enfermeiros da APS do Brasil e Portugal são menores do que a média dos estudantes de enfermagem (5,03, DP=0,43) (Sahin et al., 2015) e dos enfermeiros Coreanos (5,14, DP=0,55) (Kim, Kangm Ahn, 2013). Com relação a confiabilidade do instrumento, esse estudo apresentou um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,847 para os enfermeiros da APS do Brasil e 0,857 para os enfermeiros dos CSP de Portugal, valor similar ao encontrado no estudo de Kim, Kang, Ahn (2013) que foi de 0,85.

O estudo realizado com enfermeiras Coreanas em ambiente hospitalar, apresenta a mesma classificação (hierarquia) dos itens encontrados nos enfermeiros da APS do Brasil e Portugal (Han et al., 2010), sendo que o item 1- (É minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade) teve pontuação de (6,38); o item 6- (Quando eu tenho que tomar decisões difíceis para o paciente, é importante sempre ser honesto com ele (a)) teve pontuação de (5,97) e o item 27- (Como um enfermeiro, devo sempre saber como cada um dos meus pacientes deve ser respeitosamente abordado) teve pontuação de (5,88), sendo estes os de maior média de sensibilidade moral (Han et al., 2010). Da mesma forma, o estudo de (Kim, Kang, Ahn, 2013) apresentou os itens 1 (6,07) e 27 (5,95) como os de maior média de sensibilidade moral.

A diferença em relação aos estudos citados anteriormente, é que nesse estudo para os enfermeiros do RS/Brasil e Portugal o item 7 (Acredito que a boa assistência de enfermagem inclui o respeito pela decisão do paciente), também apresentou maior média de sensibilidade moral. Isso provavelmente se deve ao das políticas públicas ter como fundamentos e diretrizes estimular a participação dos pacientes como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à saúde e das pessoas e coletividades do território (Brasil, 2012).

Os enfermeiros da APS do Brasil relataram menores médias de sensibilidade moral no item 24 e 8. Estudos corroboram com esse resultado, Han et al. (2010) refere que o item 24- (As vezes há boas razões para ameaçar um paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada) obteve média de (4,14) e o item 8- (Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer para ele(a)) obteve média de (3,36), estes itens foram os de menor média de sensibilidade moral (Han et al., 2010). O mesmo ocorreu com o estudo de Kim, Kang, Ahn (2013), que obteve o item 8 (3,86) como sendo o de menor sensibilidade moral.

Vale destacar, o inusitado resultado do MSQ-P onde os enfermeiros revelaram média alta de sensibilidade moral referente ao item 24 (6,15), isso não era expectável já que o item se refere ao ato do enfermeiro ameaçar o paciente que recusa tomar a medicação. Os itens de menor média de sensibilidade moral para os enfermeiros dos CSP de Portugal foram os itens 4 e o 17. O item 4 se refere a tomar uma decisão contra a vontade do paciente, sendo que o enfermeiro faz de acordo com o que é a sua opinião. Já o item 17 se refere a insegurança do enfermeiro que prefere confiar no conhecimento dos médicos.

Esse resultado vai contra um dos princípios do sistema de saúde que diz respeito à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral. De acordo com Paim (2009 p.57) “o respeito a dignidade humana e a liberdade de escolha das pessoas sustentam o princípio da autonomia dos cidadãos diante das ações e serviços de saúde colocados à sua disposição”. Nesse sentido, a enfermagem deve sempre informar e esclarecer os pacientes sobre as escolhas tomadas, favorecendo a emancipação dos sujeitos. Um dos avanços democráticos garantidos pela legislação do SUS, inclui o direito à informação às pessoas assistidas sobre a sua saúde (Paim, 2009).

Em Portugal o Plano Nacional de Saúde, em seu eixo estratégico cidadania em saúde (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016) descreve o poder e a responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva, desenvolvendo uma produção e partilha de informação e conhecimento, com participação ativa do paciente para a máxima autonomia e responsabilidade individual e coletiva. Portugal no nono fórum de futuros sobre governança de sistemas de saúde e participação pública, da Organização mundial da saúde em 2006 foi dado como um bom exemplo pelo incentivo ao desenvolvimento dos cidadãos no processo de decisão no âmbito da saúde.

De acordo com os resultados, quando a sensibilidade moral foi dividida em quatro dimensões, a de maior sensibilidade moral foi a orientação interpessoal nas duas amostras. Estudo de (Kim, Kang, Ahn, 2013) também apresentou maior média (5,68) nessa categoria, e foi nomeada pelos autores de “enfermagem centrada no paciente”. Da mesma forma Han et al., (2010), descrevem a categoria como sendo “cuidado orientado para o doente”. A dimensão denominada nesse estudo de “orientação interpessoal” tem o foco na construção de uma relação de confiança com o paciente, pois na atenção primária para um bom cuidado de enfermagem é imprescindível que se estabeleça uma relação de confiança e vínculo com o paciente.

A APS pode ser definida como o nível de um sistema de serviços de saúde que possibilita a obtenção de respostas para todas as necessidades e problemas da comunidade, pois produz serviços e ações de atenção à saúde em praticamente todas as condições de saúde (Mascarenhas, Melo, Fagundes, 2012). Os enfermeiros nesse âmbito precisam incorporar a promoção da saúde como uma estratégia de transformação social e política da saúde da comunidade, promover o conceito amplo de saúde e cuidado integral, responder as necessidades de saúde dos pacientes e aos objetivos dos serviços de saúde (Brasil, 2012).

Na dimensão orientação interpessoal, também se evidenciou itens que se referem a autonomia do paciente e também as estratégias tomadas quando o enfermeiro percebe a necessidade de limitar a autonomia do paciente, mas esta ciente ou tem conhecimento do princípio da autonomia (Lützn, Nordström, Evertzon, 1995). Uma forma extrema de limitar a autonomia do paciente é usar uma injeção para forçar o paciente a tomar medicação. Isso pode ser interpretado no sentido de que, às vezes, os profissionais se sentem obrigados a “burlar” as regras, visando o melhor cuidado ao paciente. Isso foi descrito em estudo de Lutzen (1990) realizado com enfermeiros psiquiatras na assistência ao doente mental, onde em situações agudas foi necessário transcender as regras e regulamentos, caso isso fosse no melhor interesse do paciente.

O conhecimento do profissional foi a segunda dimensão; esta é fundamental quando se aborda os problemas éticos. O estudo de Han et al., (2010) também descreveu a “responsabilidade profissional” como sendo a segunda categoria mais importante para a sensibilidade moral. Estudo refere que é necessário manter processos educativos permanentes em ética, desenvolvendo habilidades práticas, competência e sensibilidade moral para conduzir o enfermeiro a reflexão, discussões e resolução prudente e responsável dos problemas éticos (Dalla Nora, Zoboli, Vieira, 2015). Nesse contexto, é fundamental incentivar não só os estudantes de enfermagem, mas também os enfermeiros da APS a exercer o julgamento ético para que possam desenvolver a capacidade de refletir e questionar as decisões relativas aos cuidados, de modo a não obscurecer a dimensão ética de tais decisões clínicas.

Nesse contexto, enfermeiros que são sistematicamente educados para realizar julgamentos éticos vão estar melhor preparados para lidar com problemas éticos inesperados que ocorrem durante o cuidado de enfermagem (Ramos et al, (2015). A responsabilidade ética dos enfermeiros é muitas vezes maior do que a sua responsabilidade técnica e, portanto, espera-se que estes estejam sensíveis aos

problemas éticos do cuidado (Kim et al., 2005). A complexidade da enfermagem reside em assumir um cuidado integral como inerente a profissão e como consequência às práticas de enfermagem, coerente com os princípios da integralidade defendido e preconizado pelo SUS (Assis, 2015).

O cuidado na APS é um lugar onde o vínculo, o acolhimento, a escuta ativa e a humanização da assistência permite com que o profissional desperte sua sensibilidade moral para poder perceber certas ações e/ou situações morais. Para os enfermeiros que atuam na APS, dadas as peculiaridades do cuidado prestado nesse nível de atenção, é fundamental entender o que está nas entrelinhas, no contexto gerador e que circunda os problemas éticos vivenciados no dia-a-dia, para então saber fazer escolhas justificadas e prudentes.

As dimensões conflito moral e significado moral tiveram menor consistência interna para a sensibilidade moral nos enfermeiros do RS. O estudo de Kim et al., (2013) corrobora com esse resultado, indicando que esses itens também tiveram uma média reduzida, sendo, (5,02) para “vivenciar o conflito” e (4,64) para “construir o significado moral”. Já, os enfermeiros de CSP de Portugal tiveram menor consistência interna na dimensão conflito moral e conhecimento profissional para a sensibilidade moral.

O conflito moral percebido pelos profissionais da APS esta descrito na literatura em diferentes estudos (Dalla Nora, Zoboli, Vieira 2015; Nunes, 2015; Vidal et al., 2014). O Sistema Único de Saúde Brasileiro vem seguindo um difícil processo de consolidação, principalmente no que tange ao financiamento, sendo necessário repensar sua organização na sustentabilidade da conformação atual, nesse sentido, os conflitos surgem nesse cenário criando tensões que emanam da organização da rede de saúde, perpassando a equipe e o paciente e sua família (Vidal et al., 2014). Tal realidade pode influenciar o nível de sensibilidade moral dos enfermeiros Brasileiros.

Estudo realizado em Portugal, refere que os principais conflitos morais dizem respeito as informações ao paciente e a capacidade de atuação em intervenções interdependentes, onde as principais temáticas foram a tomada de decisão pela pessoa (consentimento, recusa da proposta terapêutica) e os dilemas na informação (Nunes, 2015). Alguns fatores como suporte de liderança na equipe, o diálogo entre os profissionais, a adequação física e técnica dos serviços, o conhecimento do histórico da pessoa, a confiança e a autoestima dos profissionais podem favorecer a mediação das dificuldades éticas (Nunes, 2015).

Cardoso et al. (2016) apontam que as questões cotidianas e rotineiras do serviço de saúde levam os profissionais a vivenciarem uma prática desafiadora ao enfrentarem diariamente situações que se contrapõe aos seus preceitos éticos, comprometendo a qualidade do cuidado e tornando-se disparadores de sofrimento moral. Alguns dos principais geradores de sofrimento moral na APS são as vulnerabilidades sociais, as condições socioeconômicas precárias, além de fragilidades organizacionais do sistema de saúde (Cardoso et al., 2016).

A Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do sistema de saúde tem como premissa dar respostas às necessidades em saúde da comunidade, através de uma clínica ampliada de cunho generalista, portanto, não utiliza as tecnologias duras mais sofisticadas. Sendo assim, pode-se pensar que os enfermeiros que atuam nesses serviços não enfrentam os conflitos e problemas morais por não utilizar grande densidade tecnológica para o diagnóstico e assistência a saúde e também por não lidar com as situações-limite de início e fim de vida (Junges, Barbiani, Zoboli, 2015). Autores referem que ao contrário, a APS também enfrenta inúmeros conflitos morais, não relacionados à densidade tecnológica, mas pelas “complexas interações longitudinais dos processos saúde e doença, pelos determinantes sociais da saúde e suas expressões no território” (Junges, Barbiani, Zoboli, 2015. p. 269). O que existe, é menos sensibilidade moral e consciência para a necessidade de deliberação e enfrentamento desses problemas éticos.

A dimensão significado moral está relacionada ao fato de o enfermeiro ser capaz de reconhecer uma situação moral, ou seja, distinguir uma situação moral de uma não moral, na relação profissional-paciente. O enfermeiro com reduzida sensibilidade moral pode reconhecer um problema ético, mas atribuir pouca ou nenhuma importância a esse problema (Weaver, 2007). Os problemas éticos nos cuidados de saúde primários podem ocorrer em situações comuns da prática cotidiana e, assim, passam despercebidos quando a sensibilidade moral do enfermeiro é diminuída (Robichaux, 2012). De acordo com estudo de Lützén, Evertzon, Nordin (1997), a sensibilidade do enfermeiro não é só uma questão de *feeling*, ou seja, confiar nas suas próprias emoções para identificar um problema ético, mas sim, é um componente pessoal, adquirido pela experiência pessoal, para perceber o significado moral em uma determinada situação.

Nessa perspectiva, um passo fundamental é desvelar os problemas éticos que os enfermeiros da APS estão expostos, pois o profissional ao integrar os serviços da APS responsabiliza-se por uma população em uma área adscrita e o acompanha ao longo do

tempo, em seu projeto de vida, o que implica desafios para a prática profissional ética. Criar e fortalecer espaços para a reflexão e discussão de situações que envolvam os problemas éticos é essencial em qualquer ponto da ação à saúde (Cardoso, 2016). O desafio nesse contexto da APS, é promover maior sensibilidade moral e fortalecer a necessidade de realizar deliberação moral em equipe, o que exige a ponderação dos vários cursos de ação (Zoboli, 2012b).

Com base nos resultados das associações com os enfermeiros do Rio Grande do Sul, pode-se verificar que existe uma diferença significativa no tipo do vínculo do enfermeiro. Portanto, pode-se dizer que existe associação entre quem tem o vínculo principal na Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde, Posto de Saúde, Unidade de ESF/NASF e ter uma alta sensibilidade moral, quando comparado com quem tem o vínculo em outros serviços. Estudos corroboram com esses achados ao descrever que fatores como o departamento/local de serviço estão associados com a sensibilidade moral dos enfermeiros (Eizadi et al, 2013). Por outro lado, com os enfermeiros dos CSP de Portugal nenhuma associação foi significativa, talvez em uma amostra maior isso possa ser diferente.

Estudo de Huang et al. (2015^b), evidenciou significância estatística entre a cultura organizacional da instituição e a sensibilidade moral, referindo que a configuração da prática clínica desempenha um papel importante na construção da sensibilidade moral do enfermeiro, pois quem trabalhava na área cirúrgica e ginecológica teve menor pontuação de sensibilidade moral quando comparado com enfermeiros de outros setores. Dessa forma, pode-se pensar que enfermeiras de áreas mais propensas a agir de forma “materialista” podem ter dificuldades com sua sensibilidade moral (Ersoy, Goz, 2001; Huang et al, 2015^b). Bégat, Ikeda, Amemiya et al., (2004), também relatam forte correlação entre o ambiente de trabalho e a sensibilidade moral das enfermeiras.

Vanderheine, Moss, Lee (2013), investigaram o conceito de “habitabilidade moral” e identificaram que existem ambientes moralmente habitáveis onde existe compreensão compartilhada em diferentes níveis de responsabilidade e cooperação, reconhecimento e benefícios, porém, refere que existe ambientes onde o trabalho clínico é exigente e as vezes prejudicial. É fundamental manter e melhorar o ambiente de trabalho, pois ambientes “habitáveis” podem afetar a formação da identidade moral dos enfermeiros, sendo que, as ações morais e a identidade moral dos enfermeiros influenciam suas escolhas de cuidados (Laabs, 2011; Vanderheine, Moss, Lee, 2013).

Nesse sentido, o contexto de atuação do enfermeiro influencia a sua sensibilidade moral, ou seja, quando os enfermeiros não possuem o devido reconhecimento profissional, ou são desrespeitados na sua profissão os enfermeiros podem vir a ter uma baixa sensibilidade moral e isso pode repercutir na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (Bégat, Ikeda, Amemiya et al., 2004). Novos estudos, merecem ser desenvolvidos para analisar se e como o contexto de saúde interferem na sensibilidade moral dos enfermeiros de Portugal e do Brasil.

Na APS o encontro entre dois indivíduos, produz um espaço intercessor no qual a dimensão tecnológica do cuidado em saúde emerge, dando espaço a tecnologia das relações, um território próprio das tecnologias leves (Merhy, 2007). Essas tecnologias leves no trabalho em saúde, envolvem processos de acolhimento, vínculo e atenção integral. Esses processos intercessores como o acolhimento permitem a produção da responsabilização, tendo em vista a melhoria da saúde dos pacientes.

A formação do vínculo é fundamental dentro da prática dos serviços de saúde. Talvez essa noção de vínculo e humanização faz refletir esse resultado, indicando a responsabilidade e compromisso no cuidado de enfermagem. Estudo de Gonzales-de-Paz et al., (2012), corrobora nossos resultados, indicando que a sensibilidade moral de enfermeiros que trabalham na APS é maior do que os enfermeiros que trabalham em hospitais. Segundo o mesmo autor no contexto hospitalar as decisões profissionais são restringidas devido a gestão do cuidado na maioria das vezes ser de alta complexidade, com grande especialização e com alta dependência tecnológica. Enquanto na APS, a gestão compartilhada da equipe de saúde torna mais fácil seguir as diretrizes éticas do que em hospitais (Gonzales-de-Paz et al., 2012).

O valor médio da dimensão conhecimento profissional foi maior em quem não teve formação em ética/bioética na graduação, em comparação com quem teve formação. Embora fosse espectável que a sensibilidade moral fosse maior em enfermeiras(os) que tivessem formação em ética, com a amostra dos enfermeiros do RS, Brasil não encontramos essa associação, talvez em outras amostras ou em uma amostra maior isso possa ser diferente.

Estes achados permitem refletir a necessidade de questionar o lugar da ética no currículo da graduação na pós-graduação. Estudos também apresentam os resultados nesta direção, relatando que não houve diferenças estatisticamente significativas entre a média de sensibilidade moral e receber formação de ética (Buyuk, Rizaral, Gudek, 2015; Basak, Uzun, Arslan, 2010). Truvelsson e Lutzen (2016) também referem não

haver diferenças significativas na sensibilidade moral entre estudantes de enfermagem do terceiro ano e do primeiro ano. Outros estudos não encontraram diferenças entre a pontuação total de sensibilidade moral de estudantes de enfermagem iniciantes e os mais antigos (Park et al., 2012; Comrie, 2012; Baykara, Demir, Yaman, 2015). Para La Taille (2006) a sensibilidade moral é um saber específico ou uma sabedoria e não mera decorrência de estudo, dessa forma, podem existir pessoas cultas e insensíveis e pessoas moralmente sensíveis apesar da parca bagagem intelectual que possuem.

Pacheco (2011) estudou a competência ética nos estudantes de enfermagem nos Açores e concluiu que esta vai se desenvolvendo ao longo do curso e verificou que a capacidade de identificar problemas, de refletir sobre eles e de tomar decisões vai aumentando ao longo do curso. Existem diferentes fatores que facilitam ou dificultam o desenvolvimento da competência ética, nomeadamente: os conhecimentos adquiridos, os debates sobre situações reais, as experiências ao longo do curso, os contextos onde ocorrem os ensinamentos clínicos e o tipo de orientação. De acordo com a mesma autora, a educação tem um impacto positivo na tomada de decisão ética, mas é fundamental mais investigações para compreender os múltiplos aspetos envolvidos e fornecer conhecimento para potencializar a educação na área da ética (Pacheco, 2011).

Estudo realizado com diferentes profissionais obteve a concordância de todos quanto a relevância da formação ética para a atuação na APS (Witt et al., 2014). O contexto onde o ensino e a aprendizagem da ética se dão de forma mais eficaz são mediante as experiências reais e diretas da vida coletiva e do processo de trabalho em saúde, o contexto real do trabalho da enfermagem deve ser o pano de fundo do ensino da ética (Ferreira, Ramos, 2006).

Nesta mesma direção, o valor médio da dimensão significado moral é superior em quem não possui curso de residência, quando comparado a quem possui. A Política Nacional de Educação Permanente visa uma nova configuração para os profissionais da saúde Brasileiros produzirem conhecimento e pensar sua prática (Brasil, 2009). Nesse sentido, a Residência Multiprofissional em Saúde, onde o enfermeiro se inclui, tem como objetivo formar profissionais que respondam as demandas do SUS, consolidando seus princípios (Silva et al., 2016). Pode-se indagar que as enfermeiras recém-formadas não se encontram, adequadamente, preparadas para exercer o papel profissional (Lima et al., 2015). A falta de preparo foi relatada em estudo desenvolvido com enfermeiras americanas recém-formadas que apresentam falta de confiança em sua própria competência e tinham medo de cometer erros e causar prejuízos aos pacientes (Clark,

Springer, 2012). Talvez por essa falta de preparo profissional, a dimensão significado moral tenha sido maior em quem não possui residência. O estudo de Liboni (2005), verificou a sensibilidade moral dos médicos brasileiros e corroborou com nossos achados, ao descrever que o curso de residência tem a tendência de levar o profissional a ser menos respeitador da integralidade do paciente e ser menos afeito às regras na prática diária. Isso porque, mesmo de posse de uma especialidade médica, o médico mais novo, ou recém-formado, demonstra menos conforto para realizar a sua prática, do ponto de vista moral, tendo um modo mais rígido e mais moralmente autocentrado do que os médicos mais antigos e mais experientes (Liboni, 2005).

Por outro lado, estudos consideram a formação ética como um fator importante para o aumento dos níveis de sensibilidade moral. Kim et al (2005), mostrou que os alunos que passaram por cursos de formação em ética viveram maior sensibilidade moral. Weaver e Morse (2006) referem que níveis mais elevados de conhecimento podem aumentar a sensibilidade moral. No estudo de Baykara, Demir, Yaman (2015) com um grupo experimental (com formação ética e serviços de consultorias) e um grupo controle, a sensibilidade moral aumentou no grupo experimental, mas, no entanto, isso não foi significativo do ponto de vista estatístico. Estudo recente de Lee, Huang, Huang (2016) verificou que os escores de sensibilidade moral foram significativamente melhorados nos estudantes após uma intervenção educacional baseada em múltiplas estratégias (visual, auditivo e sinestésico). O estudo realizado por Huang et al, (2015^b) refere a falta de conhecimento ético como uma barreira a sensibilidade moral. Enfermeiros que tiveram educação ética de enfermagem, seja por meio de educação ética formal, seminário e/ou autoaprendizagem, também apresentaram maior sensibilidade ética.

O valor médio da dimensão significado moral foi maior em quem possui mais de um ano de trabalho. Estudos de Tural-Buyuk, Rizaral, Gudek (2015); Lutzen, Nordstrom, Evertson, (1995) e Ersoy, Goz (2001), corroboram com esses achados ao referir que conforme o tempo de trabalho aumenta o enfermeiro terá maior experiência e a sensibilidade moral vai aumentar na proporção da sua experiência. Estudo de (Lutzen, 2010) relatou que enfermeiros com 6 a 10 anos de experiência tendem a ser mais sensíveis moralmente. A experiência profissional parece facilitar o trabalho do enfermeiro quando estes são confrontados com os problemas éticos (Ersoy, Goz, 2001).

Estudo com os médicos psiquiatras brasileiros refere que com o avançar da experiência profissional e da idade os médicos tendem a concordar mais com as

dimensões da escala de sensibilidade moral (Liboni, 2005). Esses dados nos permitem refletir que ocorre um amadurecimento progressivo da estrutura da sensibilidade moral dos enfermeiros ao longo da sua vida profissional. Nesse sentido, a reflexão e aprendizado moral que aparece com a experiência do enfermeiro com o passar dos anos transforma sua capacidade de enxergar o mundo e suas relações de modo contínuo.

Apesar de nesse estudo a idade dos enfermeiros não ter apresentado diferenças significativas. Outros estudos demonstram que enfermeiros com mais idade têm maiores pontuações de sensibilidade moral (Lutzen, 1997; Borhani, 2015; Kim, Park, You, 2005; Kirilmaz, Akbolat, Kahraman, 2015). Estudo de Huang et al. (2015^a), descreve que enfermeiros com mais idade e mais experientes podem ter um conhecimento superior e maior capacidade de equilibrar riscos e benefícios de cuidados, percebendo as suas responsabilidades. No estudo de Huang et al. (2015^b), enfermeiros com mais de 36 anos de idade e que trabalharam mais de 21 anos apresentaram maior nível de sensibilidade moral. Pode-se refletir que a sensibilidade moral é adquirida através das experiências pessoais em perceber o significado moral em uma determinada situação (Lutzen et al., 2006).

Alguns estudos sobre sensibilidade moral, realizados com vários profissionais da saúde revela diferenças entre gêneros, embora não tenha sido estatisticamente significativo em nosso estudo. O estudo de Lutzen, Nordstrom, Evertson, (1995) também não identificou diferenças significativas entre homens e mulheres. Lutzen et al., (2010) realizou estudo com enfermeiras de diferentes serviços e relatou que elas tiveram uma sensibilidade moral maior para a categoria do significado moral. Em outro estudo (de psiquiatras), as participantes do gênero feminino tiveram pontuações mais altas na maioria dos fatores investigados de sensibilidade moral (Lutzen, Evertzon, Nordin, 1997). Em uma metanálise (You, Maeda, Bebeau, 2011) das diferenças de gênero na sensibilidade moral, sugere-se que estas existem independente do instrumento utilizado para medir a sensibilidade moral, e que em média, as mulheres tendem a ter maior pontuações de sensibilidade moral do que os homens, os autores ressaltam que essa diferença de gênero é pequena.

Estudos também referem que o nível de atitude ética foi maior entre o gênero feminino (Moosavi, Borhani, Mohsenpour, 2016; Liboni, 2005). Gilligan (1982), descreve que as mulheres avaliam as situações éticas com base na ética do cuidado, o que tende a enfatizar a comunicação, a prestação de cuidado e a responsabilidade ética, enquanto os homens agem com base na ética da equidade, que é baseada no

individualismo, na autonomia e nos direitos. Acredita-se que as mulheres estão mais interessadas em estabelecer relacionamentos que envolvem o cuidado e, portanto, estão susceptíveis a ter uma atitude ética maior do que os homens (Moosavi, Borhani, Mohsenpour, 2016).

Estudo de Buyuk, Rizal, Gudek (2015) indica que não foram encontradas diferenças significativas entre grupos etários, estado civil, tempo de trabalho e nível de educação dos enfermeiros e a sensibilidade moral. Estudo de Liboni (2005) que investigou a sensibilidade moral em 522 médicos psiquiatras do Brasil indica que as variáveis demográficas que tiveram relação estatisticamente significativa com o MSQ foram: idade, cor da pele, gênero, estado civil, religião, residência médica como formação profissional, tempo de experiência profissional e tipo de prática na psiquiatria.

Um estudo que utilizou a “Escala de atitudes perante os direitos à informação e ao consentimento”, em Portugal, refere que os profissionais dos centros de saúde (médicos e enfermeiros) não tem suas atitudes éticas influenciadas pelos gênero, idade e número de anos na profissão (Simões, Martins, 2015). Huang et al. (2015^b), refere que fatores como: aceitar e incentivar a participação dos enfermeiros na tomada de decisão, ter um sistema de educação continuada desenvolvido, oportunidade de compartilhar pontos de vista com outros profissionais e oportunidade para os enfermeiros com formação ética compartilhar suas experiências com os outros colegas, foram considerados facilitadores da sensibilidade moral. Da mesma forma, enfermeiros que realizam a aplicação do conhecimento ético na prática tiveram uma sensibilidade moral mais elevada (Huang et al., 2015^b).

Portanto, a baixa sensibilidade dos enfermeiros de Portugal é um desafio para o Serviço Nacional de Saúde Português, o qual frente a crise e a fraca definição de políticas enfrentou a problemas de desigualdade no acesso aos serviços de saúde. De acordo com o Serviço Nacional de Saúde (2017) os Portugueses passam por um momento de falta de acessibilidade, desumanização e a perda da qualidade do SNS. Daí a necessidade de estabelecer e concretizar como prioridades a melhoria do desempenho do SNS, com a implementação de uma política de saúde de proximidade e em defesa do Estado Social que garanta cuidados de saúde de excelência. Essa melhoria passa pelo aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e promover a valorização dos profissionais da saúde, fomentando novos modos de cooperação e repartição de responsabilidades entre as diferentes profissões.

Da mesma forma, a sensibilidade moral moderada dos enfermeiros do Brasil é um estímulo para que o Sistema Único de Saúde reflita a participação do enfermeiro como sujeito e agente transformador em seu ambiente de trabalho e não apenas como um mero recurso humano realizador de tarefas. Para tanto, requisitos básicos como capacitação e educação permanente para os profissionais, valorização do trabalhador de saúde e humanização da qualidade do trabalho são essenciais.

CAPÍTULO VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Questionário de Sensibilidade Moral versão Brasil e Portugal se mostrou como um interessante instrumento de avaliação da sensibilidade moral dos enfermeiros nos dois Países investigados. Trata-se de um instrumento válido e confiável, mesmo após sua tradução e adaptação. Os enfermeiros Brasileiros dessa investigação tiveram uma sensibilidade moral moderada, já os enfermeiros Portugueses tiveram uma baixa sensibilidade moral. As dimensões mais importantes da sensibilidade moral dos enfermeiros da APS foram: orientação interpessoal, conhecimento profissional, conflito moral e significado moral.

Neste estudo, para os enfermeiros da APS do RS/Brasil não houve diferença significativa entre a média total da escala de sensibilidade moral e as variáveis gênero, grupo etário, estado civil, formação, aconselhamento para problemas éticos e rendimento mensal. Embora fosse espectável que a sensibilidade moral fosse maior em enfermeiras(os) que tivessem formação em ética, nesta amostra não encontramos essa associação. Nos enfermeiros dos CSP de Portugal nenhuma associação foi encontrada.

A sensibilidade moral dos enfermeiros precisa ser reforçada, pois é uma dimensão que, por vezes, foge aos currículos formais da formação básica e continuada, regulamentos, códigos e outras estipulações éticas. Dada a natureza da prática, dos conhecimentos e das atitudes éticas, sugere-se lançar mão, na formação, de métodos e estratégias pedagógicas mais apropriadas para transformar positivamente tal situação, não se resumindo a iniciativas para dar a conhecer aos profissionais e estudantes as leis e os códigos éticos profissionais. Sabe-se que existe uma multidimensionalidade de fatores que estão associadas à sensibilidade moral dos enfermeiros; muito ainda há por ser conhecido, discutido e investigado, com vistas a atuar no cerne do encontro de cuidado, que é a sua dimensão interrelacional.

Para a efetivação do Sistema Nacional de Saúde em Portugal e do Sistema Único de Saúde no Brasil é necessário que os enfermeiros se capacitem para trabalhar na Atenção Primária à Saúde, com formação ética específica para atuar nesses serviços. Para a promoção da sensibilidade moral dos enfermeiros, é fundamental que sejam ampliados não só os seus conhecimentos éticos, mas a conceção de saúde e cuidado, das quais resultam e às quais se reportam muitas das atitudes morais dos profissionais, bem qualificando o trabalho em equipe, e a relação com o paciente.

Espera-se que os achados desse estudo possam orientar os enfermeiros, gestores, educadores e alunos na elaboração e efetivação de programas e práticas voltadas para uma concepção ampliada de ética e cuidado, focada na promoção da sensibilidade moral e na resolução dos problemas éticos vivenciados pelos enfermeiros da APS nos serviços de saúde.

Os resultados desse estudo geram contribuições para:

- Os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do Brasil e Portugal, na medida que estes necessitam de um instrumento válido para avaliar sua sensibilidade moral;
- Os pacientes, pois ao serem atendidos por enfermeiros com uma sensibilidade moral elevada terão mais chances de receber atendimento humanizado e de qualidade;
- A gestão dos serviços da APS que podem utilizar o MSQ-B e/ou o MSQ-P para avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros que estão na prática;
- A investigação em enfermagem, na medida em que se apresenta um instrumento padronizado para mensurar a sensibilidade moral de enfermeiros de Portugal e do Brasil, possibilitando estudos comparativos entre esses Países.
- Os cursos de enfermagem, pois este estudo identificou as dimensões que influenciam a construção/formação da sensibilidade moral dos enfermeiros de Portugal e do Brasil, permitindo desenvolver estratégias para atuar neste especto com vistas a resolver, de forma responsável e prudente, os problemas éticos.

Na interpretação dos resultados, é preciso ponderar o que poderia ser uma limitação do estudo, pois este contou com uma amostra de conveniência, limitada a uma região específica: no caso do Brasil, o Rio Grande do Sul. Portanto, os resultados não podem ser generalizados para o país como um todo. Estudos para verificar as propriedades psicométricas do MSQ-B em outros estados do Brasil poderão avançar no sentido de ampliar o reconhecimento da sensibilidade moral do enfermeiro brasileiro ora iniciado. Em Portugal o tamanho reduzido da amostra pode ter gerado limitações nos resultados do estudo.

Ressalta-se, o ineditismo, no contexto do serviço de saúde Brasileiro e Português dos resultados deste estudo, no que se refere a utilização deste questionário para avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros.

Fica o desafio final de pensar como promover a sensibilidade moral dos enfermeiros na APS, já que se sabe a sua importância para a qualidade dos cuidados em saúde. O presente estudo deixa validado um instrumento que pode ser usado para

acompanhar o desenvolvimento, testagem e proposição de novas estratégias pedagógicas capazes de promover a sensibilidade moral dos enfermeiros, que é uma lacuna que segue por ser preenchida.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Ahn SH, Yeom HA. Moral sensitivity and critical thinking disposition of nursing students in Korea. *Int J Nurs Pract* 2014; 20(5):482-89.

Aitamaa E, Leino-Kilpi H, Puukka P, Suhonen R. Ethical problems in nursing management: the role of codes of ethics. *Nurs Ethics*. 2010;17(4):469-82.

Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien. Saude Colet*, 2011; 16(7):3061-8.

Almeida MCP, Rocha SMM. **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

Almeida MCPA, Mello DF, Neves LAS. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva rede básica de saúde em Ribeirão Preto. *Rev. Bras. Enf.* 1991; 44(2/3): 64-75.

Amado JN. Avaliação da ocorrência de problemas éticos em cuidados de saúde primários. [dissertação]. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2010.

American Nurses Association (ANA). Code of ethics for nurses, 2015. American Nurses Association. Silver Spring, Maryland, 2015. . [Internet]. (Cited 13 Sep 2016). Available from: <http://nursingworld.org/DocumentVault/Ethics-1/Code-of-Ethics-for-Nurses.html>

Aroskar MA, Moldow DG, Good CM. Nurses' voices: policy, practice and ethics. *Nurs Ethics*. 2004;11(3):266-76.

Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2015 Apr [cited 2016 Sep 12]; 68(2): 333-338. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200333&lng=en.

Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(1): 223-230.

Barchifontaine CP. Formação cidadã do enfermeiro: estudo comparativo sobre a capacitação do enfermeiro para a cidadania, na formação graduada, em Portugal e no Brasil (cidade de São Paulo). [Tese]. Portugal: Universidade Católica Portuguesa; 2012.

- Barbiani R, Dalla Nora CR, Schaefer R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. *Rev. Latino-Am.* 2016; 24 (e2721):1-12.
- Basak T, Uzun S, Arslan F. Investigation of Critical Care Nurses' Ethical Sensitivity. *Gulhane Medical Journal.* 2010; 52:76-81.
- Basso-Musso L. Nursing and the resolution of ethical dilemmas. *Invest Educ Enferm.* 2012; 30(2):260-8.
- Baykara ZG, Demir SG, Yaman S. The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nurs Ethics.* 2015; 22(6):661-75.
- Bartholdson C, Molewijk B, Lützn K, Blomgren K, Pergert P. Ethics case reflection sessions: Enablers and barriers. *Nursing Ethics.* 2017; 21:1-13.
- Beaglehole R. et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* 2011; 377:1438–47.
- Beauchamp TL, Childress JF. **Principles of biomedical ethics.** 7ed. New York: Oxford University Press. 480p. 2013.
- Bebeau MJ, Rest JR, Yamoore CM. Measuring dental students' ethical sensitivity. *J Dent Educ* 1985; 49: 225-35.
- Bebeau MJ. The defining issues test and the four component model: contributions to professional education. *J Moral Educ.* 2002; 31 (3): 271-95.
- Bégat I, Ikeda N, Amemiya T, Emiko K, Iwasaki A, Severinsson E. Comparative study of perceptions of work environment and moral sensitivity among Japanese and Norwegian nurses. *Nurs Health Sci* 2004; 6(3):193-200.
- Berggren I, Bégat I, Severinsson E. Australian clinical nurse supervisors' ethical decision-making style. *Nurs Health Sci.* 2002; 4(1-2):15-23.
- Berggren I, Severinsson E. Nurse supervisors' actions in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision. *J Adv Nurs.* 2003; 41(6):615-22.
- Berggren I, Severinsson E. The significance of nurse supervisors' different ethical decision-making styles. *J Nurs Manag.* 2006; 14(8):637-43.
- Biscaia AR. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Rev Port Clin Geral.* 2006; 22:67-79.
- Bolonha. Tratado de Bolonha. Bolonha, junho. [Internet]. 1999. [Accessed: 15 abr 2017]. Available from: http://media.ehea.info/file/Ministerial_conferences/05/3/1999_Bologna_Declaration_Po

rtuguese_553053.pdf

Bone PF, Corey RJ. Packing ethics: perceptual differences Among packaging professionals, brand managers and ethically-interested Consumers. *Bus Ethics J.* 2000; 24:199-213.

Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad-Farahani MJ. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nurs Ethics.* 2015; 28:1-9.

Borhani F, Abbaszadeh A, Mohsenpour M. Nursing students' understanding of factors influencing ethical sensitivity: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013;18(4):310-5.

Bouças ICOM. Ensino e aprendizagem da bioética em enfermagem perspectiva dos estudantes. [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2007.

Brabeck MM, Rogers LA, Sirin S, Henderson J, Benvenuto M, Weaver M, Ting K. Increasing ethical sensitivity to racial and gender intolerance in schools: development of the Racial Ethical Sensitivity Test. *Ethics Behav* 2000; 10(2): 119-37.

Branco AG, Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública.* 2001; 2:5-12.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. **Política Nacional de Atenção Primária.** Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2016 Jul 6]; Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **8º Conferência Nacional de Saúde. Relatório final.** Ministério da Saúde. 1986 [cited 2017 Mai 15]; Available from: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

Brasil. Ministério da Educação (BR). **Parecer CNE/CES 1133/2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em**

Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União [Internet]. 07 ago 2001 [Cited 6 set 2016]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Portaria N° 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).** Diário Oficial da União. n° 190. [Internet]. 2015. [Cited 2016 jul 25]; Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1645_02_10_2015.pdf

Brasil. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES n°. 1133, de 07 agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição.** Diário Oficial da União. [Internet]. 2001 Out 3 [Cited 2016 jul 25]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde.** Brasília (DF): MS; 2004 [Cited 2016 Out 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf

Brasil. Casa Civil. **Lei n 5.905/73, de 12 de julho de 1973.** Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): MS; 1973. [Cited 2017 Mai 15]. Available from: http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html

Brasil. Casa Civil. **Decreto n° 94.406, de 8 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.** Brasília, DF, Brasil. [Internet]. [cited 5 de julho 2015]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm

Broca PV, Ferreira M.A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012; 65,(1): 97-103.

Burston AS, Tuckett AG. Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics* 2012, 20(3) 312–324.

Buyuk ET, Rizaral S, Güdek E. Ethical sensitivity, job satisfaction and related factors of the nurses working in different areas. *Prog Health Sci* 2015; 5(1):138-49.

Buchan J, Temido M, Fronteira I, Lapão L, Dussault G. Enfermeiros em funções avançadas: uma análise da aceitação em Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(Spec):[10 telas].

Campos AC, Simões J. **40 anos de Abril na saúde**. Coimbra: Edições Almedina, S.A. 2014. p. 363.

Campos GWS. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS GWDS, GUERRERO AVP. (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2008. p.411.

Campos GWS. **Um Método para análise e cogestão de coletivos. A construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia nas instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2005.

Cardoso, CML et al. Sofrimento Moral na Estratégia de Saúde da Família: vivências desveladas no cotidiano. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(n.esp):089-095.

Carse L. The 'voice of care': implications for ethical education. *J Med Philos*. 1991; 16 (1): 5-28.

Castro J, Lago H, Fornelos MC, Novo P, Saleiro RM, Alves O. Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. *Rev. Port. Sau. Pub*. 2011; 29(2):157-172.

Cerit B, Dinç L. Ethical decision-making and professional behaviour among nurses: a correlational study. *Nursing Ethics*. 2013; 20(2):200-12.

Chaves AAB, Massarollo MCKB. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Esc. enferm. USP*. 2009; 43(1), 30-36.

Choe K, Park S, Yoo SY. Effects of constructivist teaching methods on bioethics education for nursing students: a quasi-experimental study. *Nurse Educ Today*. 2014; 34(5):848-53.

Churchill LR. Reviving the distinctive medical ethic. *Hastings Cent Rep* 1989; 19 (3): 28-34.

Clark CM, Springer PJ. Nurse residents' first-hand accounts on transition to practice. *Nurs Outlook*. 2012; 60(4):e2-8.

Comrie R W. Ananalysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nurs Ethics* 2012; 19(1): 116–127.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem**. [Internet]. 2015 [Internet]. [Cited 6 Mai 2016]. Available from: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html/print/

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Enfermagem em números. Quantitativo de Profissionais por Regional**. 2017. [Internet] [Cited 17 abr 2017]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. [Internet] [Cited 16 Nov 2016] Available from:: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>

Conselho Internacional de Enfermeiras (os). **Código de ética do CIE para os enfermeiras(os)**. Revisado em 2012. Tradução: Garcia TR. Imprimerie Fornara. Genebra, Suíça. 2012 [Internet]. [Cited 12 set 2016]. Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_brazilian_portuguese.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiros. **Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários**. International Council of Nurses. Genebra: Suíça. 2008.

Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Santa Catarina (BR). **Pesquisa Perfil da Enfermagem demonstra em Santa Catarina nível de escolaridade acima do exigido, baixos salários e jornada elevada**. [Internet]. 2015 Aug 10 [Cited 2016 jul 25]; Available from: <http://www.corensc.gov.br/2015/08/10/pesquisa-perfil-da-enfermagem-demonstra-em-santa-catarina-nivel-de-escolaridade-acima-do-exigido-baixos-salarios-e-jornada-elevada/>

Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio Grande do Sul (BR). **Departamento de Comunicação Institucional do Coren-RS. 2016**. [cited 21 jul de 2016]. Available from: <http://www.portalcoren-rs.gov.br>

Cortina A, Martinez E. **Ética**. São Paulo: Ed. Loyola, 2005.

- Cronbach LJ, Meehl PE. **Construct validity in psychological tests.** Psychological Bulletin. 1995; 52(4):281-302.
- Cunha GT. **A construção da clinica ampliada na atenção básica.** São Paulo, Hucitec, 2005.
- Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: BRASIL (Org.). **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p.344.
- Dalla Nora CR, Zoboli ELCP, Vieira M. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm. 2015; 36(1):112-121a.
- Dalla Nora CR, Zoboli ELCP, Vieira MM. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. Rev. bioét. 2015; 23(1):114-23b.
- Dalla Nora CR, Schaefer R, Álvarez HJS, Ramos MDB. Sensibilidade Moral e fatores relacionados: percepção de enfermeiros. Cogitare Enferm. 2016; 21(4): 01-08.
- Dalla Nora CR, Zoboli E, Vieira MM. Sensibilidade moral dos enfermeiros avaliada por scoping review. Cogitare Enferm. 2017; (22)2: e47162a.
- Dalla Nora CR, Zoboli ELCP, Vieira MM. Moral sensitivity in Primary Health Care nurses. Rev Bras Enferm. 2017; 70(2):308-16b.
- Dalla Nora CR, Zoboli ELCP, Vieira M. Validation of a Brazilian version of the Moral Sensitivity Questionnaire. Nursing Ethics, 2017:1-10c.
- Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem?. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(1):35-42.
- Davis S, Schrader V, Belcheir MJ. Influencers of ethical beliefs and the impact on moral distress and conscientious objection. Nurs Ethics. 2012;19(6):738-49.
- Dehghani A, Mosalanejad L, Dehghan-Nayeri N. Factors affecting professional ethics in nursing practice in Iran: a qualitative study. BMC Medical Ethics 2015; 16: 61.
- Deodato S. **Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir.** Coimbra (PT): Almedina; 2014.
- Deshefy-Longhi T, Dixon JK, Olsen D, Grey M. Privacy and confidentiality issues in primary care: views of advanced practice nurses and their patients. Nurs Ethics. 2004;11(4):378-93.
- Doane G, Pauly B, Brown H, McPherson G. Exploring the heart of ethical nursing practice: implications for ethics education. Nurs Ethics. 2004; 11(3):240-53.

- Duncan SM. Ethical challenge in community health nursing. *J Adv Nurs.* 1992;17(9):1035-41.
- Elzadi AI, Khademi Z, Asadi Noughabi F, et al. The correlation of moral sensitivity of critical care nurses with their caring behavior. *Iran J Med Eth* 2013; 6(2): 43–56.
- Ersoy N, Göz F. The ethical sensitivity of nurses in Turkey. *Nurs Ethics.* 2001; 8(4):299-312.
- Ertug N, Aktaş D, Faydali S, Yalçın O. Ethical sensitivity and related factors of nurses working in the hospital settings. *Acta Bioethica* 2014; 20 (2): 265-270
- Escolar-Chua RL. Moral sensitivity, moral distress, and moral courage among baccalaureate Filipino nursing students. *Nurs Ethics.* 2016; 29:1-1.
- Fahrenwald NL, Bassett SD, Tschetter L, Carson PP, White L, Winterboer VJ. Teaching core nursing values. *J Prof Nurs.* 2005; 21(1):46-51.
- Fernandes AM, Mendes AMOC, Leitão MNC, Gomes SDL, Amaral AFS, Bento MCSSC. A contribuição da enfermagem portuguesa para o acesso e cobertura universal em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016; 24 (e2671): 1-8.
- Fernandes JD. Decisão ética em enfermagem do problema aos fundamentos para o agir. [Tese]. Portugal: Universidade Católica Portuguesa; 2010.
- Ferreira HM, Ramos LH. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. *Acta paul. enferm.* 2006; 19(3): 328-31.
- Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciênc. saúde coletiva.* 2008, 13 (suppl.2): 2123-32.
- Foucault, M. O uso dos prazeres e as técnicas de si. *Le débat*, nº 27, novembro de 1983. In: Foucault, M. **Ética, sexualidade, política.** vol. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 192-217.
- Freitas GF. Ética e Moral. In: Oguisso T, Zoboli ELCP (Orgs.). **Ética e bioética desafios para a enfermagem e a saúde.** São Paulo: Manole, 2006.
- Fronteira I, Conceição C, Biscaia A. In: Lima J., Pereira H. (ed) **Políticas Públicas e Conhecimento profissional: a educação e a enfermagem em reestruturação.** Porto: Legis Editora, 2008.
- Gallagher E, Alcock D, Diem E, et al. Ethical dilemmas in home care case management. *J. Healthc. Manag.* 2002;47(2):85-96.

Guedes VMS, Figueiredo MHS, Apostolo JLA. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários: da Compreensão à Concretização. *Rev. Enf. Ref.* 2016; Ser IV (8):27-33.

Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

Giovanini T, Moreira A, Schoeller D, Machado WCA. **História da enfermagem: versões e interpretações.** 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2009, p. 432.

Gilligan C. **In a Different Voice.** Harvard University Press, 1982.

Giovanella L, Mendonça, MHM. Atenção Primária a saúde. In: Giovanella, L, Escorel S, et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

González-de Paz L, Kostov B, López-Pina JA, Solans-Julián P, Navarro-Rubio MD, Sisó-Almirall A. A Rasch analysis of patients' opinions of primary health care professionals' ethical behaviour with respect to communication issues. *Fam Pract.* 2015; 32(2):237-43.

González-de Paz L, Kostov B, Sisó-Almirall A, Zabalegui-Yárnoz A. A Rasch analysis of nurses' ethical sensitivity to the norms of the code of conduct. *J Clin Nurs.* 2012; 21(19-20): 2747-60.

González-de-Paz L. Efectividad de las normas de ética en la práctica clínica habitual. Programa de doctorado en Medicina Universidad de Barcelona [Tese]. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2014.

Göttems LBD, Alves ED, Sena RR. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2007; 15(5):1033-40.

Gracia D. Ethical case deliberation and decision making. *Med Health Care Philos.* 2003; 6(3):227- 33.

Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc).* 2001;10:19-23a.

Gracia D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. *Med Health Care Philos.* 2001;4(2):223-32b.

Gracia D. La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica. In: Albarezude, J. S.; López, M. R. (Orgs). **Jornada de debate sobre Comités Asistenciales de ética.** Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000.

Gracia, D. **Fundamentación y enseñanza de la bioética.** Bogotá: Editorial El Buho, 1998.

- Greipp ME. Greipp's model of ethical decision making. *J Adv Nurs*. 1992; 17(6):734-8.
- Guedes VMS, Figueiredo MHS, Apóstolo JLA. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários: da Compreensão à Concretização. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016; 4 (8):27-33.
- Gremmen I. Visiting nurses' situated ethics: beyond "care versus justice". *Nurs Ethics*. 1999;6(6):515-27.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1993; 46(12):1417-32.
- Hair JF et al. **Análise Multivariada de dados**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Han SS, Kim J, Kim YS, Ahn S. Validation of a Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire. *Nurs Ethics* 2010; 17(1):99–105.
- Hassanpoor M, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, et al. Evaluation of the impact of teaching nursing ethics on nurses' decision making in Kerman social welfare hospitals. *Iran J Med Eth* 2011; 4(5): 58–64.
- Higuchi KA, Christensen A, Terpstra J. Challenges in home care practice: a decision-making perspective. *J Community Health Nurs*. 2002; 19(4):225-36.
- Holt J, Convey H. Ethical practice in nursing care. *Nurs Stand*. 2012; 27(13):51-6.
- Huang FF, Yang Q, Zhang J, Zhang QH, Khoshnood K, Zhang JP. Cross-cultural validation of the moral sensitivity questionnaire-revised Chinese version. *Nurs Ethics*. 2016; 23(7):784-793a.
- Huang F, Yang Q, Zhang J, Khoshnood K, Zhang JP. Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity. *Nurs Ethics*. 2016; 23(5):507-22b.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Senso demográfico 2010**. [Internet] 2010 [Cited: 12 fev 2017]. Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/>
- Izadi A, Imani H, Khademi Z, FariaAsadi Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh F. Moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandar Abbas in 2012. *IJME*. 2013; 6(2) :43-56.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). Estatística de Portugal. **Estatística da enfermagem continental por mil habitantes**. Dados do ano de 2015. [Internet] 2015. [cited 17 Abr 2017]. Available from:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008277&contexto=pi&selTab=tab0

Jaafarpour M, Khani A. Evaluation of the Nurses' Job Satisfaction, and its Association with Their Moral Sensitivities and Well-being. *J Clin Diagn Res.* 2012; 6(10):1761-4.

Jackson D, Cleary M, Mannix J. Editorial: ethical sensitivity: shaping the everyday work environment. *Contemp Nurse.* 2013; 44(1):2-4.

Jaeger, S. M. Teaching health care ethics: the importance of moral sensitivity for moral reasoning. *Nursing Philosophy.* 2001; 2(1):131-142.

Jameton A. **Nursing practice: The ethical issues.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.

Jenkins CL, Elliott AR, Harris JR. Identifying ethical issues of the department of the Army civilian and Army Nurse Corps certified registered nurse anesthetists. *Mil Med.* 2006;171(8):762-9.

Jones TM. Ethical decision making by individuals in organizations: an issue-contingent model. *Acad Manage Rev.* 1991; 6(2):366-395.

Junges JR, Barbiani R, Zoboli ELCP. O planejamento estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação.* 2015; 19(53):265-274.

Junges JR, Barbiani R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Revista Bioética.* 2013; 21(2): 207-217.

Junges JR, Schaefer R, Della Nora CR, et al. Hermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. *Rev. bioét.* 2012;20(1):97-105.

Junges JR, Selli L, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(4):937-44.

Junges JR, Zoboli ELCP, Schaefer R, Nora CRD, Basso M. Validação da compreensibilidade de um instrumento sobre problemas éticos na atenção primária. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2014;35(2):148-56a.

Junges JR, Selli L, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(4):937-44.

Junges JR, Zoboli ELCP, Patussi MP, Schaefer, R, Della Nora CR. Construção e validação do instrumento "Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde". Revista Bioética. 2014;22(2), 309-317b.

Junges JR. Bioética da atenção primária à saúde. Revista AMRIGS. 2011; 55(1):88-90.

Junges, JR. **Bioética Sanitarista: desafios éticos da saúde Coletiva**. São Paulo, Edições Loyola, 2014.

Katsuhara Y. What moral requirements cause ethical dilemmas among nurse executives? Japan Journal of Nursing Science. 2005;2(1):57-65.

Keeney S, Hasson F, Mckenna H. Consulting the oracle: Ten lessons using the Delphi technique in nursing research. J Adv Nurs. 2006; 53(2):205-12

Kim YS, Kang SW, Ahn JA. Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. Nurs Ethics. 2013 ; 20(4):470-8.

Kim YS, Park JW, You MA, Sea YS, Han SS. Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. Nurs Ethics 2005;12:595-605.

Kirilmaz H, Akbolat M, Kahraman G. A Research about the Ethical Sensitivity of Healthcare Professionals. International Journal of Health Sciences, 2015, 3(3): 73-82.

Kohlberg, Lawrence. **Essays on Moral Development: the Philosophy of Moral Development**. Nova York: Columbia University Press,1989.

Kulju K, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Ethical problems and moral sensitivity in physiotherapy: a descriptive study. Nurs Ethics. 2013; 20(5):568-77.

Kakushi LE, Évora YDM. Social networking in nursing education: integrative literature review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24:e2709.

La Taille, Yves de. **Moral e Ética: Uma Leitura Psicológica**. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2010, 26 (esp):105-114.

La Taille, Yves de. **Moral e Ética - Dimensões intelectuais e afetiva**. Artmed Editora, 150 p. 2006.

Laabs C. Perceptions of moral integrity: contradictions in need of explanation. Nurs Ethics. 2011;18(3):431-40.

Laabs CA. Moral problems and distress among nurse practitioners in primary care. J Am Acad Nurse Pract. Nurse Pract. 2005;17(2):76-84.

Laabs CA. Primary care nurse practitioners' integrity when faced with moral conflict. Nurs Ethics. 2007;14(6):795-809.

Lanik G, Webb AA. Ethical decision making for community health nurses. J

Community Health Nurs. 1989; 6(2):95-102.

Lawn, J.E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V.K., Chopra, M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet*. 2008; 372 (9642): 917 - 927.

Lee HL, Huang SH, Huang CM. Evaluating the effect of three teaching strategies on student nurses' moral sensitivity. *Nursing Ethics*. 2016; 27:1-12.

Leuter C, Petrucci C, Mattei A, Tabassi G, Lancia L. Ethical difficulties in nursing, educational needs and attitudes about using ethics resources. *Nurs Ethics*. 2013; 20(3):348-58.

Liboni M. A Estrutura da sensibilidade moral dos psiquiatras do Brasil. [Tese]. Doutorado em Ciências. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2005.

Lillemoen L, Pedersen R. Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care. *Nurs. Ethics*. 2012;20(1):96-108.

Lima AC, Morales DA, Zoboli ELCP, et al. Problemas éticos na Atenção Básica: a visão de enfermeiros e médicos. *Cogitare enferm*. 2009;14(2):294-303.

Lima IFS, Lobo FS, Acioli KLBO, Aguiar ZN. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(4):944-52.

Lima GPV et al. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. *Esc Anna Nery* 2015;19(4):593-599.

Lima, MADS, Almeida ACP. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. 1999. 20 (esp.): 86-101.

Lopes LMM, Santos, SMP. Florence Nightingale: Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010; Ser III (2):181-189.

Lützeen K, Nordin C. Conceptualisation and instrumentation of moral sensitivity in psychiatric nursing practice. *Int J Methods Psychiatr Res* 1994; 4: 241–48.

Lützén K, Blom T, Ewalds-Kvist B, Winch S. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nurs Ethics*; 2010; 17(2):213-24.

Lutzen K, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L. Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*. 2003; 10:312- 322.

- Lutzen K, Dahlqvist V, Eriksson S, et al. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nurs Ethics* 2006; 13(2): 187–196.
- Lützn K, Evertzon M, Nordin C. Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nurs Ethics* 1997; 4(6): 472-82.
- Lützn K, Ewalds-Kvist B. Moral distress and its interconnection with moral sensitivity and moral resilience: viewed from the philosophy of Viktor E. Frankl. *J Bioeth Inq.* 2013; 10(3): 317-24.
- Lützn K, Johansson A, Nordström G. Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians. *Nurs Ethics.* 2000;7(6):520-30.
- Lützn K, Nordstrom G, Evertzon M. Moral sensitivity in nursing practice. *Scand J Caring Sci* 1995; 9(3):131-38.
- Lützen K. Moral sensitivity, a study of subjective aspects of moral decision making in nursing practice [Dissertation]. Stockholm: Karolinska Institute, 1993.
- Lützn, K. Moral Sensing and Ideological Conflict: Aspects of the Therapeutic Relationship in Psychiatric Nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 1990; 4(2):69-76.
- Luz S. **Enfermagem: Quantos Somos X Onde Estamos.** [Internet] 2010. [cited : 17 Abril 2017]. Available from: <http://www.portaldaenfermagem.com.br>
- Machado MH. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final.** Região Nordeste. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
- Magelssen M, Gjerberg E, Lillemoen L, Forde R, Pedersen R. Ethics support in community care makes a difference for practice. *Nursing Ethics.* 2016; 22:1-9.
- Marques D, Silva EM. A Enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? *Rev Bras Enferm.* 2004; 57(5):545-50.
- Martins LF et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n.12, p. 4739-50, 2014.
- Martins SAC, Krawulski E. Trabalho em integração com a vida: trajetórias de trabalhadores da atenção básica à saúde e a construção de sua identidade profissional. *Cadernos de psicologia social do trabalho*, v. 15, n.1, p.115-134, 2012.
- Mascarenhas NB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção Primária. *Rev. bras. enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Sep 3]; 65(6): 991-999. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600016>.

Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1): 1521-31.

Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(5): 2297-2305.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

Merhy EE. **Saúde: a cartogra a do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Miguel LS, Sá AB. **Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir**. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Ministério da Saúde. Alto Comisariado da Saúde, 2010.

Milliken A, Grace P. Nurse ethical awareness: Understanding the nature of everyday practice. *Nurs Ethics*. 2015;10:1-8.

Milliken A. Nurse ethical sensitivity: An integrative review. *Nurs Ethics* 2016; 26:1-26.

Ministério da Saúde (PT). **Decreto- Lei nº 104/98, de 21 de Abril. Ordem dos enfermeiros e respectivo estatuto**. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. Diário da República n.º 93, Série I-A.1998.

Ministério da Saúde (PT). **Decreto- Lei nº 60/2003 de 1 de Abril. Cria a rede de cuidados de saúde primários**. (Revoga o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio).

Ministério da Saúde (PT). **Decreto- Lei nº 413/71. “Diário do Governo. Série I”**. 228 (1971-09-27) 1406-1434.

Ministério da Saúde (PT). **Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**. Diário da República — I Série-A. nº 205 — 4-9-1996.

Ministério da Saúde (PT). **Decreto-Lei nº 157 de 10 de Maio de 1999: Regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde**. Lisboa (PT): Imprensa Nacional; 1999.

Ministério da Saúde (PT). **Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro . Cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.** Diário da República, 1.ª Série—nº 38—22 de Fevereiro de 2008.

Ministério da Saúde (PT). **Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto.** Diário da República, 1.ª série, nº 161—22 de Agosto de 2007.

Ministério da Saúde (PT). **Despacho Normativo 97/83. Regulamento dos Centros de Saúde.** Diário da República n.º 93, Série I, 22-4-1983, p.1439-1453.

Ministério da Saúde (PT). **Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p.

Ministério da Saúde (PT). **Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro.** Diário da República 1.ª Série, nº 214, 15 de Setembro de 1979, p. 2357-2363.

Ministério da Saúde (PT). **Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários Plano Estratégico 2007 – 2009.** Lisboa, 2007.

Ministério da Saúde (PT). Portaria nº 375/98 de 1 de Julho. **Ministérios dos negócios estrangeiros e das finanças.** Diário da República — I Série-B. nº149, 1-7-1998.

Ministério da Saúde (PT). **Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Nota Informativa sobre o Novo Modelo de Governação.** Gabinete da Ministra, 2010.

Ministério da Saúde (PT). **Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005.** Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República — I. Série-B. nº 196 — 12 de Outubro de 2005.

Mishima SM, Fortuna CM, Scochi CGS, Pereira MJB, Lima RAG, Matumoto S. Maria Cecília Puntel de Almeida: a trajetória de uma protagonista da enfermagem brasileira. *Texto & Contexto Enfermagem.* 2009; 8(4):773-780.

Monteiro BA, Oguisso T. Aspectos do desenvolvimento da enfermagem no Brasil e em Portugal. In: **Livro de Resumos do Simpósio Iberoamericano de História da Enfermagem.** São Paulo: EEUSP. 2007.

Moosavi S, Borhani F, Mohsenpour M. Ethical attitudes of nursing students at Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran. *Indian Journal of Medical Ethics.* 2016; 7(1):1-6.

Moreira A; Oguisso T. A trajetória da profissionalização da enfermagem no Brasil. In: Moreira A; Oguisso T. **A profissionalização da enfermagem brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Moreira RP, Guedes NG, Lopes MVO, Cavalcante TF, Araújo TL. Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: validação por especialistas. *Texto Contexto Enferm*, 2014; 23(3):547-54.

Mori ECK, Naghettini AV. Medical training and nurses of Family Health strategy on worker health aspect. *Rev. esc. enferm. USP*. 2016; 50(spe): 25-31.

Motta LCS. O cuidado no espaço-tempo do oikos: sobre a bioética e a Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012; 36 (4): 581.

Neves MMAMC. O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012; 8 (série III): 125-34.

Neves MMAC, Tanqueiro MTOS, Veríssimo CMF. O conceito de equipa no contexto da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Implicações para a enfermagem. *Revista de investigação em enfermagem*. 2013; 2(2):65-70.

Noghondar MK, Tavakoli N, Borhani F, Mohsenpour M. Ethical sensitivity: A comparison between the nursing students and nurses of Azad University. *IJME*. 2016; 8 (5): 69-76.

Nora CRD, Deodato S, Vieira MMS, Zoboli ELCP. Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(2):1-9.

Nora CRD, Junges JR. Política de Humanização na Atenção Básica: Revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(6):1-15.

Numminen O, Repo H, Leino- Kilpi H. Moral courage in nursing: A concept analysis. 2016. (22):1-14.

Nunes L. Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015; 23 (1): 187-99.

Oberle K, Tenove S. Ethical issues in public health nursing. *Nurs. Ethics*. 2000;7(5):425–38.

Ordem dos Enfermeiros (OE). **Regulamento 190/2015 de 23 de abril. Regulamenta do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Diário da República II série nº 79. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros (OE). **Regulamento nº 533/2014 de 2 de dezembro. Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.** Diário da República II série nº 233. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros. **Dados estatísticos a 31-12-2013.** Departamento de Enfermagem. [Internet]. [cited 4 Abr 2017]. Available from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/common/downloads/Dados%20Estat.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. **Dados estatísticos OE Dados 31/12/2016.** Departamento de Enfermagem. [Internet]. [cited 29 Mai 2017]. Available from: http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016_DadosEstatisticos_00_Nacionais.pdf

Pacheco MSFS. Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem uma teoria explicativa. (Doutorado em Enfermagem) Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. p. 227, 2011.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. London, p.11-31, maio, 2011. [Internet]. [cited 23 Mai 2016]. Available from: <http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/file/O%20SISTEMA%20DE%20SAUDE%20BRASILEIRO.pdf>

Paim JS. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Park M, Kjervik D, Crandell J, Oermann MH. The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. Nurs Ethics 2012; 19(4): 568–580.

Pasquali L. **Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração.** Brasília: Lab PAM/IBAPP; 1999.

Pasquali L. Psicometria. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp.):992-99.

Pereira RPG, Cardoso MJSPO, Martins MACSC. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. Rev. Enf. Ref. 2012; serIII, (7):55-62.

Pereira EGA, Costa MAM. Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um centro de saúde . Texto Contexto Enferm. 2007;16(3): 408-16.

Pereira, J.G. Continuidades, avanços e rupturas: a construção da identidade profissional de enfermeiras da estratégia saúde da família. [Tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2015.

Pestana MH, Gageiro JN. **Análise de dados para Ciências sociais: a complementariedade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

Pisco L. **A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários**. Ordem dos Economistas. Cadernos de Economia. 2007; 80: 60-66.

Polit DF, Beck CT. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Portugal. **Constituição da República Portuguesa**, 1976. [Internet]. [cited 12 Fev 2017]. Available from:

<https://www.parlamento.pt/parlamento/documents/crp1976.pdf>.

Portugal. Legislação Portuguesa, Coleção Oficial da Legislação Portuguesa, Ano de 1901, Diário do Governo n.º 292, 26 de Dezembro, Lisboa. Imprensa Nacional, 1902.

Portugal. Resolução do Conselho de Ministros 157/2005. Vol. 157: Diário da República, 2005. [Internet]. [cited 12 Fev 2015]. Available from: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Resolucao_Conselho_Ministros_157_2005.pdf

Portugal. **Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro**. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015.

Plano Nacional de Saúde. 2012-2016. Portugal. [Internet]. [cited 31 Mai 2017]. Available from: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/99_3_1_Cidadania_em_Sau%CC%81de_2013_01_17_.pdf

Ramos FR, Brehmer LC, Vargas MA, Trombetta AP, Silveira LR, Drago L. Ethical conflicts and the process of reflection in undergraduate nursing students in Brazil. *Nurs Ethics*. 2015; 22(4):428-39.

Ramos FRSR. O discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde. *Trab. Educ. e Saúde*. 2007; 5 (1): 51-77.

Redman BK, Fry ST. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? *Nurs Ethics*. 2000;7(4):360-6.

Renaud M, Renaud I. **Ética e Moral**. In: Archer L, Biscaia J, Osswald W. (ed). **Bioética**. Lisboa- São Paulo: Editorial Verbo, 1996.

Rest J. Background: Theory and research. In: Rest J, Narvaez DJ (ed). **Moral Development in the Professions: Psychology and Applied Ethics**. Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 1994.

Rest J. The major components of morality. In: Mussen P (ed.) **Handbook of child psychology: cognitive development**, v. 3. New York: Wiley, 1983.

Rest, J. **A psychologist looks at the teaching of ethics**. Hastings Centre Report, 1982; 12(1): 29-36.

Ricoeur P. **Hermenêutica e ideologias**. Petropolis: Vozes. 2008.

Ricoeur P. **Soi-même comme un autre**. Paris: Gallimard. 1990.

Robichaux C. Developing ethical skills: from sensitivity to action. Crit Care Nurse. 2012; 32(2):65-72.

Rocha ML. Repensar o ensino de Enfermagem para enfrentar os novos desafios da Bioética. [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2003.

Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latino-am Enfermagem. 2000; 8(6): 96-101.

Rodrigues LBB et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. Ciênc. saúde coletiva. 2014; 19(2): 343-352.

Rodrigues PAPGR. Da assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários em Portugal: O papel da enfermagem 1926-2002. [Tese]. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, Portugal: Universidade Nova de Lisboa. 2013.

Rogers W. Ethical issues in public health: a qualitative study of public health practice in Scotland. J. Epidemiol. Community Heal. 2004; 58:446-50.

Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem, 2005;13(6):1027-34.

Sahin SY, Iyigun E, Acikel C. Validity and Reliability of a Turkish Version of the Modified Moral Sensitivity Questionnaire for Student Nurses. Ethics & Behavior 2015; 25(4):351-359.

Sakellarides C. De alma a Harry. **Crônica da modernização da saúde**. Coimbra: Edições Almedina. 2005.

Salar AS, Zare S, Sharifzadeh E. The Survey of Nursing Students' Ethical Sensitivity. Biol Med. 2016; 8(5):1-4.

Schaefer R, Vieira M. Competência ética como recurso de enfrentamento do sofrimento moral em enfermagem. Contexto Enferm. 2015; 24(2): 563-73.

Schaefer R, Zoboli ELCP, Vieira M. Identification of risk factors for moral distress in nurses: basis for the development of a new assessment tool. *Nursing Inquiry* 2016; 23(4):346-57.

Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. nurses moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics*. 2008;15(3):304-21.

Schneider DG. Discursos profissionais e deliberação moral: Análise a partir de processos éticos de enfermagem. [Tese] Florianópolis, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. 2010.

Schraiber LB, Mendes- Gonçalves, RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Mendes- Gonçalves, RB. **Saúde do adulto: programs e ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996.

Schweitzer MC, Zoboli ELCP, Vieira MMS. Desafios da Enfermagem Para uma cobertura universal de Saúde: Uma Revisão Sistemática. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24: e2676.

Schweitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas complementares e humanizadoras na atenção básica: uma revisão sistemática [Tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2015.

Semberoiz A. **O momento ético: Sensibilidade e moral Educação médica**. Tradução: Foschiera, S. São Leopoldo. Ed. UNISINOS, 2015.

Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(3):3579- 86.

Serviço Nacional de Saúde. Política de Saúde. Defender o Serviço Nacional de Saúde, promover a saúde. Portugal. 2017. [Internet]. [Cited 31 Mai 2017]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/institucional/politica-de-saude/>

Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M. Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(1):1-8.

Silva AL, Baldin SM, Nascimento KC. O conhecimento intuitivo no cuidado de enfermagem. *Rev. bras. Enferm*. 2003; 56(1), 7-11.

Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto contexto - enferm*. 2016; 25(1): 1-9.

Silva LT da, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare enferm.* 2006;11(2):133-42.

Silva LT. Construção e validação de um instrumento para avaliação de ocorrência de problemas éticos na atenção básica. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.

Silva NEK, Ayres JRCM. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(8), 1797-1806.

Silva SA. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais. São Paulo. [Tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2014.

Simões JA, Martins JC. Atitudes Éticas dos Profissionais de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários Perante os Direitos que Visam a Autonomia do Paciente. *RevADSO.* 2014; (04): 34-42.

Siqueira-Batista R, et al. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. *Saúde Soc.* 2015; 24(1):113-28.

Starfield B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

Sugarman J. **Ethics in primary care.** New York: McGraw-Hill; 2000.

Tabachnick BG, Fidell LS. **Using multivariate statistics.** 4th. San Francisco: Allyn and Bacon; 2001.

Takauti DY, Pavone ELC, Cabaral M, Tanaka S. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(1):175-83.

Tonnessen S, Nortvedt P, Forde R. Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nurs. Ethics.* 2011;18(3):386-96.

Toren O, Wagner N. Applying an ethical decision- making tool to a nurse management dilemma. *Nurs Ethics.* 2010; 17(3):393-402.

Torrez GV, Mendes FRP, Mendes AFRF, Torres, SMSGSOT. Cuidados de saúde primários em Portugal: evolução, contexto atual, avanços e desafios. *Rev enferm UFPE.* 2011; 5(spe):522-32.

Trevizan MA, et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2002; 10(1):85-89.

Tural-Buyuk E, Rizaral S, Güdek E. Ethical sensitivity, job satisfaction and related factors of the nurses working in different areas. *Prog Health Sci* 2015; 5(1):138-49.

Tu vesson H, Lüt zén K. Demographic factors associated with moral sensitivity among nursing students. *Nurs Ethics* 2016; 28:1-9.

Ulrich C, Soeken K, Miller N. Predictors of nurse practitioners' autonomy: effects of organizational, ethical, and market characteristics. *J Am Acad Nurse Pract.* 2003;15(7):319-25.

Ulrich CM, Soeken KL. A path analytic model of ethical conflict in practice and autonomy in a sample of nurse practitioners. *Nurs Ethics.* 2005;12(3):305-16.

Utkualp N. Ethical Issues and Dilemmas Encountered in Nursing Practice in Turkey. *International Journal of Caring Sciences.* 2015; 8(3): 830- 36.

Van Der Zande M, Baart A, Vosman F. Ethical sensitivity in practice: finding tacit moral knowing. *J Adv Nurs* 2013; 70(1): 68-76.

Vanderheide R, Moss C, Lee S. Understanding moral habitability: a framework to enhance the quality of the clinical environment as a workplace. *Contemp Nurse.* 2013;45(1):101-13.

Varela R, Pereira L B. O 'direito ao trabalho', saúde, educação e o nascimento do estado social. *Trabalho, Educação e Saúde.* 2016; 14(1), 11-32.

Vidal SV, Motta LCS; Gomes AP, Siqueira-Batista R. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. *Rev. Bioét.* 2014; 22(2): 347-357.

Vieira, M. **Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência.** 2ºed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009.

Weaver K, Morse AM. Pragmatic utility: Using analytical questions to explore the concept of ethical sensitivity. *Res Theory Nurs Pract* 2006; 20:191-214.

Weaver K, Morse J, Mitcham C. Ethical sensitivity in professional Practice: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2008; 62(5): 607–61.

Weaver K. Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research. *Nurs Ethics.* 2007;14(2):141-55.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos, G.W.S. et al (Org.). **Tratado de saúde Coletiva.** 2ª ed. Hucitec Editora, São Paulo, 2012.

Witt RR, Roos MO, Carvalho NM, Silva AM, Rodrigues CDS, Santos MT. Competências profissionais para o atendimento de idosos em Atenção Primária à Saúde. *Rev. esc. enferm. USP.* 2014; 48(6):1020-1025.

World Health Organization. Declaração de Alma-Ata. In: OMS; Unicef. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978 Set. 6-12; Alma-Ata (URSS). [Internet]. [Cited 1 Mai 2015]. Available from: http://www.worldhealthorganization.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1

World Health Organization. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Ottawa Charter. [Internet]. Ottawa: WHO; 1986 [Cited 25 jan 2016]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

World Health Organization. **The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth**. 2008.

World Health Organization. **World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever**. Organização Mundial da Saúde, 2008.

You D, Maeda Y, Bebeau MJ. Gender Differences in Moral Sensitivity: A Meta-Analysis. *Ethics & Behavior*. 2011 21(4), 263–282

Zoboli E, Soares F. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(15):1248-53.

Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad. Saude Publica*. 2004; 20(6):1690-9.

Zoboli ELCP. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. *Bioethikos*. 2012;6(1):49-57a.

Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética clínica amplificada. *O mundo da saúde*. 2009; 33 (2):195-204.

Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. [Tese]. São Paulo: USP; 2003.

Zoboli ELCP. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. In: Pessini L, Barchifontaine CP, Hossne W, Anjos MF, organizadores. **Ética e Bioética clínica no pluralismo e diversidade: teorias, experiências e perspectivas**. Aparecida: Ideias & Letras; 2012.

Zoboli ELCP. Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos e valores na prática clínica da atenção básica [Tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010.

Zoboli ELCP. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(3):316-20.

Zoboli ELCP. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil | *Atención Primaria.* 2010; 24(8):406-14.

Zoboli ELCP. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In: Oguisso T, Zoboli, ELCP (Orgs.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde.** Barueri: Manole, p. 111-135, 2006.

Zoboli ELCP. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev. bioét.* 2013; 21(3):389-96.

APÊNDICES

Apêndice A- Autorização para tradução e adaptação do Questionário de sensibilidade moral.

Re: authorization to translate the MSQ to Portuguese

Entrada x tese x



Kim Lützn <kim.lutzen@ki.se>

29 de set ☆



para mim ▾

Dear Carlise

Your research seems to be very interesting. You may indeed use the MSQ. Please let me know your results

Kind regards

Kim Lützn

Skickat från min iPhone

29 sep 2014 kl. 18:41 skrev "Carlise Dalla Nora" <carliserdn@gmail.com>:

Apêndice B - Carta convite para o comitê de especialistas

Prezado(a),

Esta pesquisa insere-se no curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa – Porto e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação e coorientação das professoras Margarida Vieira e Elma Zoboli, tendo como objetivo avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros face aos problemas éticos em cuidados de saúde primários de Portugal e do Brasil. Peço a sua colaboração no processo de tradução e adaptação para o português do Questionário de Sensibilidade Moral-MSQ.

Agradecemos a vossa colaboração e pedimos que, com base em sua experiência e conhecimento, participe desta pesquisa. O tempo necessário para o preenchimento do questionário será cerca de 15 minutos. Em caso de dúvida ou para conhecimento posterior dos resultados, pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, Carlise Rigon Dalla Nora, celular (+351) 916884441, e-mail:carliserdn@gmail.com

Caso tenha interesse, basta clicar no *link* apresentado ao final do e-mail, o qual irá direcioná-lo para o questionário.

Pedimos a gentileza que, se possível, envie sua resposta no prazo de 15 dias, a partir do recebimento deste convite.

Este é um convite para preencher o Questionário de Sensibilidade Moral. Para preenchê-lo, visite:

https://docs.google.com/forms/d/1K1K6zK3L1LIYU7OKX3-o18zMZF0ImBbu2SyqJLiqEr0/viewform?usp=send_form

Agradecemos a vossa valiosa colaboração.

Apêndice C- Instrumento em formato Google Docs para tradução e adaptação do MSQ pelo Comitê de especialistas de Portugal.

Questionário para avaliação de Sensibilidade Moral-MSQ

Caro Perito,

Na literatura, a sensibilidade moral é descrita como a capacidade de identificar um problema ético e compreender as consequências éticas das decisões tomadas em nome do paciente.

Peço que indique, entre as traduções abaixo, qual a mais adequada para os 30 itens do MSQ. Cada uma das traduções foi realizada por um tradutor independente e qualificado.

O MSQ foi construído originalmente para avaliação da sensibilidade moral de psiquiatras.

Pretende-se agora adaptá-lo para os enfermeiros Brasileiros. Neste sentido, peço que leia "Enfermeiro" onde se traduz psiquiatra e indique:

- 1) Qual a tradução que lhe parece mais adequada para a realidade Brasileira;
- 2) Caso entenda que o item necessita de nova tradução ou adaptação para ser usado com enfermeiros, utilize o campo indicado para a sua sugestão.

1- It is my responsibility as a psychiatrist to have knowledge of the patient's total situation.

- T1: É de minha responsabilidade como psiquiatra ter conhecimento da total situação do paciente.
- T2: É minha responsabilidade como psiquiatra ter conhecimento da situação total do paciente.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

2- My work would feel meaningless if I never saw any improvement in my patients.

- T1: Meu trabalho pareceria sem sentido se eu nunca notasse alguma melhoria nos meus pacientes.
- T2: O meu trabalho teria menos sentido se eu nunca visse nenhuma melhora nos meus pacientes.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

3- It is important that I should obtain a positive response from the patient in everything I do.

- T1: É importante que eu deva obter do paciente uma resposta positiva em tudo que eu fizer.
- T2: É importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo o que faço.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

4- When I need to make a decision against the will of a patient, I do so according to my opinion about what is good care.

- T1: Quando eu tenho que tomar uma decisão contra o desejo de um paciente, eu a faço de acordo com a minha opinião o que é a melhor prática.
- T2: Quando eu preciso tomar uma decisão contra a vontade de um paciente, eu faço de acordo com a minha opinião sobre o que é o bom cuidado.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

5- If I should lose the patient's trust I would feel that my work would lack meaning.

- T1: Se eu perdesse a confiança do paciente, eu sentiria que o meu trabalho não teria sentido.
- T2: Se eu perder a confiança do paciente, eu sentiria como se o meu trabalho não tivesse significado.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

6- When I have to make difficult decisions for the patient, it is important always to be honest with him or her.

- T1: Quando eu tenho que tomar decisões difíceis para os pacientes, é importante sempre ser honesto com ele/ela.
- T2: Quando eu preciso tomar decisões difíceis com relação ao paciente, é importante sempre ser honesto com ele ou ela.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

7- I believe that good psychiatric care includes respecting the patient's self- choice.

- T1: Eu acredito que boa assistência psiquiátrica inclui respeitar a decisão do próprio paciente.
- T2: Eu acredito que o bom atendimento psiquiátrico inclui respeitar a autoescolha do paciente.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

8-If a patient does not have insight into the illness, there is little I can do for him or her.

- T1: Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer por ele/ela.
- T2: Se um paciente não tem conhecimento sobre a doença, há pouco que eu possa fazer por ele ou ela.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

9- I am often confronted by situations in which I experience conflict in how to approach the patient.

- T1: Sou muitas vezes confrontada com situações no qual experiencio conflito em como abordar o paciente.
- T2: Eu sou frequentemente confrontado com situações em que eu me deparo com conflitos sobre como abordar o paciente.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

10- I believe that it is important to have firm principles for the care of certain patients.

- T1: Eu acredito que é importante ter princípios firmes para o cuidado de certos pacientes.
- T2: Eu acredito que é importante ter princípios firmes para o atendimento de determinados pacientes.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

11- I often face situations in which it is difficult to know what action is ethically right for a particular patient.

- T1: Eu frequentemente enfrento situações em que é difícil saber que ação é eticamente correto para um paciente em particular.
- T2: Muitas vezes eu enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para um paciente em particular.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

12- If I am unacquainted with the case history of a patient, I follow the rules that are available.

- T1: Se eu não estiver familiarizado com o histórico do caso de um paciente, eu sigo as regras que estão a disposição.
- T2: Se eu não tiver conhecimento sobre o histórico de um paciente, eu sigo as regras que estão disponíveis.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

13- What is most important in my psychiatric practice is my relationship with my patients.

- T1: O que é mais importante na minha pratica psiquiátrica é o meu relacionamento com os meus pacientes.
- T2: O mais importante na minha prática psiquiátrica é o meu relacionamento com meus pacientes.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

14- I often face situations in which I have difficulty in allowing a patient to make his or her own decision.

- T1: Eu sempre enfrento situações em que tenho dificuldade em permitir que um paciente tome a sua própria decisão.
- T2: Muitas vezes eu enfrento situações em que tenho dificuldade em permitir que um paciente tome a sua própria decisão.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

15- I always base my actions on medical knowledge of what is the best treatment, even if the patient protests.

- T1: Eu sempre baseio minhas ações no conhecimento médico de qual é o melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste.
- T2: Eu sempre pauto as minhas atitudes no conhecimento médico sobre qual é o melhor tratamento, mesmo com os protestos dos pacientes.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

16- I think that good psychiatric care often includes making decisions for the patient.

- T1: Eu acredito que boa assistência psiquiátrica inclui tomar decisões pelo paciente.
- T2: Eu acredito que o bom atendimento psiquiátrico, muitas vezes, inclui tomar a decisão para o paciente.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

17- I rely mostly on the nurses' knowledge about a patient when I am unsure.

- T1: Quando estou inseguro confio maioritariamente no conhecimento dos enfermeiros sobre o paciente.
- T2: Eu confio principalmente no conhecimento dos enfermeiros sobre um paciente quando estou inseguro.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

18- Most of all, it is the reactions of patients that show me if I have made the right decision.

- T1: Acima de tudo, é as reações dos pacientes que me mostra se eu tomei a decisão certa.
- T2: Acima de tudo, são as reações dos pacientes que me mostram que eu tomei a decisão certa.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

19- I often think about my own values and norms that may influence my actions.

- T1: Eu frequentemente penso sobre os meus próprios valores e das normas que podem influenciar as minhas reações.
- T2: Muitas vezes eu penso sobre os meus próprios valores e regras que podem influenciar as minhas ações.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

20- My own experience is more useful than theory in situations in which it is difficult to know what is ethically right.

- T1: Minha própria experiência é mais útil do que a teoria em situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.
- T2: Minha própria experiência é mais útil do que a teoria em situações em que é difícil de saber o que é eticamente correto.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

21- It is important that I should have rules to follow when a patient who is not being treated under the Mental Health Act refuses treatment.

- T1: É importante que eu deva ter regras para seguir quando um paciente que não esta sendo tratado sob a Lei de Saúde Mental recusa tratamento.
- T2: É importante que eu tenha regras a seguir quando um paciente que não está sendo tratado conforme a Lei de Saúde Mental se recusa ao tratamento.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

22- I believe that good psychiatric care includes patient participation, even of those with serious mental disorders.

- T1: Eu acredito que boa assistência psiquiátrica inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com transtornos mentais graves.
- T2: Eu acredito que o bom atendimento psiquiátrico inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com transtornos mentais graves.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

23- I am often caught in predicaments where I have to make decisions without the patient's participation.

- T1: Deparo-me com situações difíceis onde eu tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.
- T2: Muitas vezes me pego em situações difíceis, onde eu tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

24- If a patient is being treated under the Mental Health Act, I expect nursing staff to follow my orders even if the patient is noncompliant.

- T1: Se um paciente estiver sendo tratado sob a Lei de Saúde Mental, eu espero que a equipe de enfermagem siga as minhas ordens mesmo que o paciente não colabore.
- T2: Se um paciente está sendo tratado conforme a Lei de Saúde Mental, espero que o pessoal de enfermagem siga as minhas ordens, mesmo que o paciente não esteja de acordo.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

25- I find it difficult to give good psychiatric care against the will of the patient.

- T1: É difícil para mim dar bom atendimento psiquiátrica contra a vontade do paciente.
- T2: Acho difícil oferecer um bom atendimento psiquiátrico contra a vontade do paciente.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

26- Sometimes there are good reasons to threaten a patient with an injection if an oral medication is refused.

- T1: As vezes há boas razões para tratar um paciente com uma injeção quando a medicação oral for recusada
- T2: Às vezes, há bons motivos para ameaçar um paciente com uma injeção se a medicação oral for recusada.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

27- In situations in which it is difficult to know what is right, I consult my colleagues about what should be done.

- T1: Em situações na qual é difícil saber o que é certo, eu consulto os meus colegas sobre o que deve ser feito.
- T2: Nas situações em que é difícil saber o que é o certo, eu consulto os meus colegas sobre o que deve ser feito.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

28- I rely mostly on my own feelings when I have to make a difficult decision for a patient.

- T1: Eu confio principalmente na minha intuição quando eu tenho que tomar uma decisão para um paciente .
- T2: Eu me apoio principalmente em meus próprios sentimentos quando eu preciso tomar uma decisão difícil para um paciente.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

29- As a psychiatrist, I must always know how individual patients on my ward should be respectfully approached.

- T1: Como um psiquiatra, eu devo sempre saber como cada um dos meus pacientes deve ser respeitosamente abordado.
- T2: Como psiquiatra, eu devo sempre saber como pacientes individuais em minha ala devem ser abordados de forma respeitosa.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

30- I find meaning in my role even if I do not succeed in helping a patient to gain insight into his or her illness.

- T1: Eu encontro sentido na minha atividade mesmo se eu não conseguir ajudar um paciente a ter consciência de sua doença.
- T2: Eu encontro sentido na minha função, mesmo se eu não consigo ajudar o paciente a ter uma visão sobre sua doença.

Considera o item adequado para os enfermeiros Brasileiros?

- Sim
- Não

Sugestão

« Voltar

Enviar

Nunca envie senhas em Formulários Google.

Apêndice D- Comitê de especialistas e a tradução e adaptação do MSQ versão Portuguesa e Brasileira.

No quadro a seguir apresenta-se a versão da tradução e adaptação do MSQ de Portugal, realizada por um comitê de 5 especialistas.

Nessa etapa, os especialistas deviam analisar o conteúdo do instrumento, modificar ou excluir itens inadequados ao questionário e ainda sugerir uma nova reescrita dos itens (Guillemin, Bombardier, Beaton, 1993)⁷.

Na coluna 1 esta descrito os itens de acordo com questionário original de sensibilidade moral (Lützn, Evertzon, Nordin, 1997)⁸. Na segunda coluna apresenta-se a tradução realizada pelo tradutor 1. A terceira coluna apresenta o número de especialistas que optou pela tradução 1. Na quarta coluna aparece a tradução realizada pelo tradutor 2, a quinta coluna apresenta o número de especialistas que optou pela tradução 2. A sexta coluna apresenta o número de especialistas que considerou o item adequado para o MSQ na versão em Português. A sétima coluna apresenta as sugestões de reescrita que os especialistas propuseram. A última coluna expressa a versão final do questionário de sensibilidade moral.

Versão Original	Tradução 1	n° de especialistas	Tradução 2	n° de especialistas	Item adequado	Sugestões	Versão final adaptada para Portugal
1. It is my responsibility as a	É minha responsabilidade como psiquiatra ter	3	É da minha responsabilidade	2	5	- Substituir “paciente” por “cliente” ⁹	É da minha responsabilidade como

⁷ Guillemin, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417–1432.

⁸ Lützn, K., Evertzon, M., Nordin, C. (1997). Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nursing Ethics*, 4(6), 472–482.

⁹ Essa afirmação se repete para todos os itens do questionário Português que apresentar a palavra paciente.

psychiatrist to have knowledge of the patient's total situation.	conhecimento da situação global do paciente.		enquanto psiquiatra conhecer o estado global do meu paciente.			- É da minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o doente na sua globalidade.	enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade.
2. My work would feel meaningless if I never saw any improvement in my patients.	O meu trabalho não teria sentido se eu não visse nenhuma melhoria nos meus pacientes.	3	O meu trabalho seria desprovido de significado se nunca visse melhorias nos meus pacientes.	2	5		O meu trabalho não teria sentido se eu não visse melhoria nos meus pacientes.
3. It is important that I should obtain a positive response from the patient in everything I do.	É importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo que faça.	4	É importante conseguir uma resposta positiva do meu paciente em tudo o que faço.	1	5	- É importante que eu obtenha o consentimento do doente para tudo o que faço.	É importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faça.
4. When I need to make a decision against the will of a patient, I do so according to my opinion about what is good care.	Quando eu preciso tomar uma decisão contra a vontade de um paciente, faço-a de acordo com a minha opinião sobre o que é um bom atendimento.	1	Quando preciso de tomar uma decisão contra a vontade do paciente, faço-o de acordo com a minha opinião naquilo que é a melhor prática.	3	4	- Quando eu preciso de tomar uma decisão contra a vontade do paciente, faço-o de acordo com a minha opinião sobre o que é a melhor prática. - Quando eu preciso de tomar uma decisão contra a vontade do doente, faço-o de acordo com o que se	Quando eu preciso de tomar uma decisão contra a vontade do paciente, faço-o de acordo com a minha opinião sobre o que é a melhor prática.

						consideram boas práticas.	
5. If I should lose the patient's trust I would feel that my work would lack meaning.	Se eu perdesse a confiança do paciente eu sentiria que o meu trabalho não teria sentido.	3	Se eu perdesse a confiança de um paciente, sentiria que o meu trabalho seria desprovido de significado.	2	5		Se eu perdesse a confiança do paciente, sentiria que o meu trabalho não teria sentido.
6. When I have to make difficult decisions for the patient, it is important always to be honest with him or her.	Quando eu tenho que tomar decisões difíceis para o paciente, é importante ser sempre honesto com ele ou ela.	1	Quando tenho de tomar decisões difíceis para o paciente, é importante ser sempre honesto com ele(a).	4	5		Quando tenho de tomar decisões difíceis para o paciente, é importante ser sempre honesto com ele(a).
7. I believe that good psychiatric care includes respecting the patient's self-choice	Acredito que o bom cuidado psiquiátrico inclui respeitar a escolha do paciente.	2	Acredito que um bom cuidado psiquiátrico inclui o respeito pela decisão do próprio paciente.	3	5	- Acredito que uma boa prática de enfermagem inclui respeitar as decisões autônomas do paciente.	Acredito que uma boa prática de enfermagem inclui o respeito pela decisão do paciente.
8. If a patient does not have insight into the illness, there is little I can do for him or her.	Se um paciente não tem conhecimento/compreensão sobre a doença, há pouco que possa fazer por ele ou ela.	2	Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer para ele(a).	2	5	- Se um doente não tem conhecimento/compreensão sobre a sua doença, devo adotar estratégias que lhe permitam ser	Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer para ele(a).

						adequadamente esclarecido.	
9. I am often confronted by situations in which I experience conflict in how to approach the patient	Eu sou muitas vezes confrontado por situações em que experiencio conflitos no modo como abordar o paciente.	3	Sou frequentemente confrontado com situações nas quais experimento conflito na forma como devo abordar o paciente.	2	4	- Substituir “experiencio” por “sinto”.	Eu sou muitas vezes confrontado por situações em que experiencio conflitos no modo como abordar o paciente.
10. I believe that it is important to have firm principles for the care of certain patients.	Eu acredito que é importante ter princípios firmes para o cuidado a prestar a determinados pacientes.	2	Acredito que é importante ter princípios firmes para cuidar de certos pacientes.	2	4	-A palavra firmes também parece trazer "firmeza", leia-se intransigência a decisão. - Eu acredito que é importante ter princípios firmes para o cuidado a prestar a certos pacientes. - Acredito que é importante basear-me em princípios sólidos para cuidar dos doentes.	Acredito que é importante ter princípios firmes para cuidar de certos pacientes.
11. I often face situations in which it is difficult to know what action is	Muitas vezes enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para	3	Frequentemente encaro situações em que é difícil saber qual ação é	1	5	- “qual a ação eticamente correta” - Muitas vezes deparo-me com	Muitas vezes enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para

ethically right for a particular patient.	um paciente em particular.		eticamente correta para um paciente em particular.			situações em que é difícil saber qual a ação eticamente correta num doente em particular.	um paciente em particular.
12. If I am unacquainted with the case history of a patient, I follow the rules that are available.	Se eu não estou familiarizado com a história do caso de um paciente, eu sigo as regras disponíveis.	1	Se sou desconhecedor da história do paciente, sigo as regras disponíveis.	3	5	- Se eu não estou familiarizado com a história de um paciente, sigo as regras disponíveis.	Se sou desconhecedor da história de um paciente, sigo as regras disponíveis.
13. What is most important in my psychiatric practice is my relationship with my patients	O que é mais importante na minha prática psiquiátrica é a minha relação com meus pacientes.	1	O que é mais importante na minha prática psiquiátrica é a minha relação com os pacientes.	4	5		O mais importante na minha prática de enfermagem é a minha relação com os pacientes.
14. I often face situations in which I have difficulty in allowing a patient to make his or her own decision.	Muitas vezes enfrento situações em que tenho dificuldade em permitir a um paciente tomar a sua própria decisão.	2	Frequentemente encaro situações nas quais tenho dificuldade em permitir que o paciente tome as suas próprias decisões.	3	5		Muitas vezes encaro situações nas quais tenho dificuldade em permitir que o paciente tome a sua própria decisão.
15. I always base my actions on medical knowledge of what is the best	Sempre fundamento as minhas ações no conhecimento médico sobre qual é o melhor	0	Baseio sempre as minhas ações no conhecimento médico de qual o	4	3	- Substituir conhecimento médico por "conhecimento de enfermagem"	Baseio sempre as minhas ações no conhecimento de enfermagem de qual é

treatment, even if the patient protests.	tratamento, mesmo se o paciente protestar.		melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste.			- Proponho substituir "médico" por "de enfermagem" escolheria "no conhecimento de qual o melhor".	o melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste.
16. I think that good psychiatric care often includes making decisions for the patient.	Eu acho que o bom atendimento psiquiátrico, muitas vezes inclui a tomada de decisões pelo paciente.	2	Penso que um bom cuidado psiquiátrico frequentemente inclui tomar decisões para o paciente.	1	4	- Penso que os bons cuidados de enfermagem incluem tomar decisões com o doente. - Penso que um bom cuidado psiquiátrico frequentemente inclui tomar decisões pelo paciente.	Penso que o bom cuidado de enfermagem, muitas vezes inclui a tomada de decisões pelo paciente.
17. I rely mostly on the nurses' knowledge about a patient when I am unsure	Quando não tenho a certeza, eu confio principalmente no conhecimento que os enfermeiros tem sobre um paciente.	0	Quando estou inseguro, confio maioritariamente no conhecimento dos enfermeiros acerca dos pacientes.	2	3	- Quando validada a escala para enfermeiros, este item perde o sentido que tem na escala original. - Quando não tenho a certeza, eu confio principalmente no conhecimento que os médicos têm sobre	Quando estou inseguro, confio maioritariamente no conhecimento dos médicos acerca dos pacientes.

						um paciente. - Em vez de "enfermeiros", "psiquiatras".	
18. Most of all, it is the reactions of patients that show me if I have made the right decision.	Acima de tudo, são as reações dos pacientes que me mostram que eu tomei a decisão certa.	3	Acima de tudo são as reações dos pacientes que me mostram se eu tomei a decisão correta.	2	5		Acima de tudo, são as reações dos pacientes que me mostram que eu tomei a decisão certa.
19. I often think about my own values and norms that may influence my actions.	Muitas vezes penso sobre os meus próprios valores e normas que podem influenciar as minhas ações.	2	Frequentemente penso acerca dos meus próprios valores e normas que podem influenciar as minhas ações.	2	5	- Penso muitas vezes como os meus valores e normas podem influenciar os cuidados que presto. - Frequentemente penso como os meus próprios valores e normas podem influenciar as minhas ações".	Frequentemente penso acerca dos meus valores e normas que podem influenciar as minhas ações.
20. My own experience is more useful than theory in situations in which it is difficult to know what is ethically right.	A minha própria experiência é mais útil que a teoria em situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.	0	A minha própria experiência é mais útil do que a teoria nas situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.	5	5	- Retirar "própria". - Substituir "correto" por "adequado".	A minha experiência é mais útil do que a teoria nas situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.

<p>21. It is important that I should have rules to follow when a patient who is not being treated under the Mental Health Act refuses treatment.</p>	<p>É importante seguir as regras quando um paciente que não está a ser tratado ao abrigo da lei de saúde mental, recusa tratamento.</p>	<p>3</p>	<p>É importante que eu deva ter regras para seguir quando um paciente que não está a ser tratado ao abrigo da Lei de Saúde Mental recusa o tratamento.</p>	<p>1</p>	<p>3</p>	<p>- É importante que eu saiba o que fazer quando um doente recusa algum cuidado. -"um paciente que não está em tratamento compulsivo, recusa tratamento", mas não faz sentido para os enfermeiros.</p>	<p>Item excluído</p>
<p>22. I believe that good psychiatric care includes patient participation, even of those with serious mental disorders.</p>	<p>Acredito que o bom cuidado psiquiátrico inclui a participação do paciente, mesmo os que têm déficits cognitivos.</p>	<p>2</p>	<p>Acredito que o bom cuidado psiquiátrico inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com graves alterações mentais.</p>	<p>3</p>	<p>5</p>		<p>Acredito que o bom cuidado de enfermagem inclui a participação do paciente mesmo daqueles com graves alterações mentais.</p>
<p>23. I am often caught in predicaments where I have to make decisions without the patient's participation.</p>	<p>Muitas vezes deparo com situações difíceis, onde tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.</p>	<p>1</p>	<p>Sinto-me frequentemente em dificuldade quando tenho de tomar decisões sem a participação do paciente</p>	<p>2</p>	<p>5</p>	<p>- Deparo-me muitas vezes com situações difíceis quando tenho de tomar decisões sem a participação do doente. - Muitas vezes deparo-me com situações difíceis, nas quais tenho que tomar</p>	<p>Deparo-me muitas vezes com situações difíceis, quando tenho de tomar decisões sem a participação do paciente.</p>

						decisões sem a participação do paciente.	
24. If a patient is being treated under the Mental Health Act, I expect nursing staff to follow my orders even if the patient is noncompliant.	Se um paciente está a ser tratado sob a Lei de Saúde Mental, é expectável que o pessoal de enfermagem siga as minhas ordens, mesmo sem a concordância do paciente.	0	Se o paciente está a ser tratado ao abrigo da Lei de Saúde Mental, espero que o pessoal de enfermagem siga as minhas ordens mesmo que o paciente não esteja colaborante.	1	1	- Este item perde significado ao aplicar-se o questionário aos enfermeiros dos cuidados primários.	Item excluído.
25. I find it difficult to give good psychiatric care against the will of the patient.	Acho que é difícil dar um bom atendimento psiquiátrico contra a vontade do paciente.	0	Considero difícil prestar um bom cuidado psiquiátrico contra a vontade do paciente.	5	5		Considero difícil prestar um bom cuidado de enfermagem contra a vontade do paciente.
26. Sometimes there are good reasons to threaten a patient with an injection if an oral medication is refused.	Às vezes, há boas razões para ameaçar um paciente com uma injeção se uma medicação oral for recusada.	1	Por vezes há boas razões para ameaçar o paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada.	3	3	- Por vezes há boas razões para ameaçar o paciente com uma injeção se a medicação oral é recusada.	Por vezes há boas razões para ameaçar o paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada.

27. In situations in which it is difficult to know what is right, I consult my colleagues about what should be done.	Em situações em que é difícil saber o que está certo, eu consulto meus colegas sobre o que deverá ser feito.	0	Nas situações em que é difícil saber o que é certo, consulto os meus colegas acerca do que devo fazer.	5	5		Nas situações em que é difícil saber o que é certo, consulto os meus colegas acerca do que devo fazer.
28. I rely mostly on my own feelings when I have to make a difficult decision for a patient.	Eu confio essencialmente nas minhas próprias percepções quando tenho que tomar uma decisão difícil para um paciente.	3	Eu confio maioritariamente nos meus sentimentos quando tenho de tomar uma decisão difícil para o meu paciente.	1	4	- Será que o conceito de "intuição" faz sentido.	Eu confio essencialmente na minha intuição quando tenho que tomar uma decisão difícil para um paciente.
29. As a psychiatrist, I must always know how individual patients on my ward should be respectfully approached.	Sendo psiquiatra, devo sempre saber abordar respeitosamente cada um dos pacientes da minha ala.	0	Como psiquiatra eu devo sempre saber como cada um dos meus pacientes deve ser respeitosamente abordado.	5	5		Como enfermeiro eu devo sempre saber como cada um dos meus pacientes deve ser respeitosamente abordado.
30. I find meaning in my role even if I do not succeed in helping a patient to gain insight into his or her illness.	Encontro sentido na minha função, mesmo se não conseguir ajudar o paciente a ter uma percepção sobre a sua doença.	1	Eu encontro significado na minha função mesmo que eu não seja bem sucedido a ajudar os meus pacientes a tomarem consciência da sua	2	5	- Substituir "função" por "atividade"; retirar o segundo "eu". - Eu encontro sentido na minha função, mesmo quando não	Eu encontro sentido na minha atividade, mesmo quando não consigo ajudar um paciente a ter consciência da sua doença.

			doença.			consigo ajudar os meus pacientes a tomarem consciência da sua doença.	
--	--	--	---------	--	--	---	--

No quadro a seguir apresenta-se a versão da Tradução e adaptação do MSQ do Brasil, realizada por um comitê constituído por 7 especialistas.

Versão Original	Tradução 1	n° de especiali	Tradução 2	n° de especiali	Item adequad	Sugestões	Versão final adaptada para o Brasil
1. It is my responsibility as a psychiatrist to have knowledge of the patient's total situation.	É de minha responsabilidade como psiquiatra ter conhecimento da total situação do paciente.	2	É minha responsabilidade como psiquiatra ter conhecimento da situação total do paciente.	4	6	<ul style="list-style-type: none"> - É minha responsabilidade como enfermeira ter conhecimento das condições clínicas atuais do meu paciente. - É de minha responsabilidade como enfermeiro ter conhecimento amplo acerca da condição e situação do paciente. 	É minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade.

2. My work would feel meaningless if I never saw any improvement in my patients.	Meu trabalho pareceria sem sentido se eu nunca notasse alguma melhoria nos meus pacientes.	2	O meu trabalho teria menos sentido se eu nunca visse nenhuma melhora nos meus pacientes.	4	6	- O meu trabalho tem sentido independente da melhora nos meus pacientes. - Meu trabalho pareceria sem sentido se eu não observa-se melhora em meus pacientes.	O meu trabalho não teria sentido se eu nunca visse melhoria nos meus pacientes.
3. It is important that I should obtain a positive response from the patient in everything I do.	É importante que eu deva obter do paciente uma resposta positiva em tudo que eu fizer	2	É importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo o que faço.	5	5	- É importante que eu obtenha uma resposta do paciente em tudo o que faça.	É importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faça.
4. When I need to make a decision against the will of a patient, I do so according to my opinion about what is good care.	Quando eu tenho que tomar uma decisão contra o desejo de um paciente, eu a faço de acordo com a minha opinião o que é a melhor prática.	1	Quando eu preciso tomar uma decisão contra a vontade de um paciente, eu faço de acordo com a minha opinião sobre o que é o bom cuidado.	6	5	- Quando eu preciso tomar uma decisão contraria a vontade do paciente, eu faço a partir daquilo que acho ser melhor para o seu bem estar. - O bom cuidado	Quando eu preciso tomar uma decisão contra a vontade do paciente, eu faço de acordo com a minha opinião sobre o que é o bom cuidado.

						exige que preciso tomar decisões compartilhadas com a equipe e com o consentimento do paciente.	
5. If I should lose the patient's trust I would feel that my work would lack meaning.	Se eu perdesse a confiança do paciente, eu sentiria que o meu trabalho não teria sentido.	4	Se eu perder a confiança do paciente, eu sentiria como se o meu trabalho não tivesse significado.	3	6	- Se eu perdesse a confiança do paciente, meu trabalho perderia o valor.	Se eu perdesse a confiança do paciente, sentiria que o meu trabalho não teria sentido.
6. When I have to make difficult decisions for the patient, it is important always to be honest with him or her.	Quando eu tenho que tomar decisões difíceis para os pacientes, é importante sempre ser honesto com ele/ela.	1	Quando eu preciso tomar decisões difíceis com relação ao paciente, é importante sempre ser honesto com ele ou ela.	6	7		Quando eu tenho que tomar decisões difíceis para o paciente, é importante sempre ser honesto com ele (a).
7. I believe that good psychiatric care includes respecting the patient's self-choice.	Eu acredito que boa assistência psiquiátrica inclui respeitar a decisão do próprio paciente.	4	Eu acredito que o bom atendimento psiquiátrico inclui respeitar a autoescolha do paciente.	2	6	- Eu acredito que uma boa assistência psiquiátrica inclui o respeito a vontade do paciente.	Acredito que a boa assistência de enfermagem inclui o respeito pela decisão do paciente.

						- Eu acredito que o bom cuidado de enfermagem inclui respeito à decisão autônoma do próprio paciente.	
8. If a patient does not have insight into the illness, there is little I can do for him or her.	Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer por ele/ela.	5	Se um paciente não tem conhecimento sobre a doença, há pouco que eu possa fazer por ele ou ela.	2	6	- Se um paciente não tem conhecimento sobre a doença, há muito o que fazer por ele ou ela.	Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer para ele(a).
9. I am often confronted by situations in which I experience conflict in how to approach the patient	Sou muitas vezes confrontada com situações no qual experiencio conflito em como abordar o paciente.	2	Eu sou frequentemente confrontado com situações em que eu me deparo com conflitos sobre como abordar o paciente.	5	6	-Vivencio frequentemente situações conflituosas que não sei como abordar o paciente.	Eu sou muitas vezes confrontado com situações em que me deparo com conflitos sobre como abordar o paciente.
10. I believe that it is important to have firm principles for the care of certain patients.	Eu acredito que é importante ter princípios firmes para o cuidado de certos pacientes.	4	Eu acredito que é importante ter princípios firmes para o atendimento de determinados	2	5	-Tenho duvidas sobre o quanto os princípios são explicitados na prática dos enfermeiros	Acredito que é importante ter princípios firmes para cuidar de certos pacientes.

			pacientes.			brasileiros.	
11. I often face situations in which it is difficult to know what action is ethically right for a particular patient.	Eu frequentemente enfrento situações em que é difícil saber que ação é eticamente correto para um paciente em particular.	1	Muitas vezes eu enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para um paciente em particular.	6	6		Muitas vezes eu enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para um paciente em particular.
12. If I am unacquainted with the case history of a patient, I follow the rules that are available.	Se eu não estiver familiarizado com o histórico do caso de um paciente, eu sigo as regras que estão a disposição.	4	Se eu não tiver conhecimento sobre o histórico de um paciente, eu sigo as regras que estão disponíveis.	3	6	- Se eu não estiver familiarizado com o histórico do caso de um paciente, eu preciso me inteirar sobre sua evolução para dar continuidade ao cuidado.	Se eu não estiver familiarizado com o histórico do caso de um paciente, sigo as regras disponíveis.
13. What is most important in my psychiatric practice is my relationship with my patients	O que é mais importante na minha prática psiquiátrica é o meu relacionamento com os meus pacientes.	3	O mais importante na minha prática psiquiátrica é o meu relacionamento com meus pacientes.	3	6	- O mais importante na minha prática de enfermagem é o relacionamento com os pacientes.	O mais importante na minha prática de enfermagem é o meu relacionamento com os pacientes.

14. I often face situations in which I have difficulty in allowing a patient to make his or her own decision.	Eu sempre enfrento situações em que tenho dificuldade em permitir que um paciente tome a sua própria decisão.	2	Muitas vezes eu enfrento situações em que tenho dificuldade em permitir que um paciente tome a sua própria decisão.	5	6	- Muitas vezes eu passo por situações em que é difícil permitir a autonomia do paciente.	Muitas vezes enfrento situações em que tenho dificuldade em permitir que o paciente tome a sua própria decisão.
15. I always base my actions on medical knowledge of what is the best treatment, even if the patient protests.	Eu sempre baseio minhas ações no conhecimento médico de qual é o melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste.	3	Eu sempre pauto as minhas atitudes no conhecimento médico sobre qual é o melhor tratamento, mesmo com os protestos dos pacientes.	3	5		Baseio sempre minhas ações no conhecimento de enfermagem de qual é o melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste.
16. I think that good psychiatric care often includes making decisions for the patient.	Eu acredito que boa assistência psiquiátrica inclui tomar decisões pelo paciente.	2	Eu acredito que o bom atendimento psiquiátrico, muitas vezes, inclui tomar a decisão para o paciente.	4	4	- Eu acredito que boa assistência de enfermagem inclui ter o consentimento do paciente. - Eu acredito que o bom cuidado de enfermagem inclui frequentemente tomar decisões	Eu acredito que o bom atendimento de enfermagem, muitas vezes, inclui tomar a decisão pelo paciente.

						para o paciente.	
17. I rely mostly on the nurses' knowledge about a patient when I am unsure	Quando estou inseguro confio maioritariamente no conhecimento dos enfermeiros sobre o paciente.	2	Eu confio principalmente no conhecimento dos enfermeiros sobre um paciente quando estou inseguro.	5	5		Quando estou inseguro, confio principalmente no conhecimento dos médicos acerca dos pacientes.
18. Most of all, it is the reactions of patients that show me if I have made the right decision.	Acima de tudo, é as reações dos pacientes que me mostra se eu tomei a decisão certa.	0	Acima de tudo, são as reações dos pacientes que me mostram que eu tomei a decisão certa.	7	6		Acima de tudo, são as reações dos pacientes que me mostram que eu tomei a decisão certa.
19. I often think about my own values and norms that may influence my actions.	Eu frequentemente penso sobre os meus próprios valores e das normas que podem influenciar as minhas reações.	4	Muitas vezes eu penso sobre os meus próprios valores e regras que podem influenciar as minhas ações.	4	6	- Frequentemente eu penso sobre os valores e as normas que influenciam as minhas reações	Frequentemente penso acerca dos meus valores e normas que podem influenciar as minhas reações.
20. My own experience is more useful than theory in situations in which it is difficult to know what is ethically right.	Minha própria experiência é mais útil do que a teoria em situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.	5	Minha própria experiência é mais útil do que a teoria em situações em que é difícil de saber o que é eticamente correto.	2	6	- Minha própria experiência é mais útil do que a teoria em situações onde é difícil saber o que é correto	A minha experiência é mais útil do que a teoria nas situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.

						eticamente.	
21. It is important that I should have rules to follow when a patient who is not being treated under the Mental Health Act refuses treatment.	É importante que eu deva ter regras para seguir quando um paciente	1	É importante que eu tenha regras a seguir quando um paciente que não está sendo tratado conforme a Lei de Saúde Mental se recusa ao tratamento.	6	4	- É importante ter regras a seguir quando um paciente se recusa ao tratamento prescrito.	Item excluído
22. I believe that good psychiatric care includes patient participation, even of those with serious mental disorders.	Eu acredito que boa assistência psiquiátrica inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com transtornos mentais graves.	2	Eu acredito que o bom atendimento psiquiátrico inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com transtornos mentais graves.	4	4	- Na assertiva T1 não seria: que a boa assistência psiquiátrica.	Acredito que o bom atendimento de enfermagem inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com transtornos mentais graves.
23. I am often caught in predicaments where I have to make decisions without the patient's participation.	Deparo-me com situações difíceis onde eu tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.	2	Muitas vezes me pego em situações difíceis, onde eu tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.	5	6		Muitas vezes me deparo com situações difíceis, onde tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.

24. If a patient is being treated under the Mental Health Act, I expect nursing staff to follow my orders even if the patient is noncompliant.	Se um paciente estiver sendo tratado sob a Lei de Saúde Mental, eu espero que a equipe de enfermagem siga as minhas ordens mesmo que o paciente não colabore.	4	Se um paciente está sendo tratado conforme a Lei de Saúde Mental, espero que o pessoal de enfermagem siga as minhas ordens, mesmo que o paciente não esteja de acordo.	2	4	- E um paciente está sendo tratado conforme prescrição médica, espero que a equipe de enfermagem siga as minhas ordens, mesmo que o paciente não esteja de acordo.	Item excluído.
25. I find it difficult to give good psychiatric care against the will of the patient.	É difícil para mim dar bom atendimento psiquiátrica contra a vontade do paciente.	1	Acho difícil oferecer um bom atendimento psiquiátrico contra a vontade do paciente.	6	7		Considero difícil prestar um bom atendimento de enfermagem contra a vontade do paciente.
26. Sometimes there are good reasons to threaten a patient with an injection if an oral medication is refused.	As vezes há boas razões para tratar um paciente com uma injeção quando a medicação oral for recusada.	4	Às vezes, há bons motivos para ameaçar um paciente com uma injeção se a medicação oral for recusada.	3	5		As vezes há boas razões para ameaçar um paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada.
27. In situations in which it is difficult to	Em situações na qual é difícil saber o que é certo, eu consulto os	4	Nas situações em que é difícil saber o que é o certo, eu	3	6		Nas situações em que é difícil saber o que é certo, consulto os meus colegas

know what is right, I consult my colleagues about what should be done.	meus colegas sobre o que deve ser feito.		consulto os meus colegas sobre o que deve ser feito.				sobre o que devo fazer.
28. I rely mostly on my own feelings when I have to make a difficult decision for a patient.	Eu confio principalmente na minha intuição quando eu tenho que tomar uma decisão para um paciente .	4	Eu me apoio principalmente em meus próprios sentimentos quando eu preciso tomar uma decisão difícil para um paciente.	3	5		Eu confio principalmente na minha intuição quando tenho que tomar uma decisão difícil para um paciente .
29. As a psychiatrist, I must always know how individual patients on my ward should be respectfully approached.	Como um psiquiatra, eu devo sempre saber como cada um dos meus pacientes deve ser respeitosamente abordado.	6	Como psiquiatra, eu devo sempre saber como pacientes individuais em minha ala devem ser abordados de forma respeitosa.	1	6	- Como um psiquiatra, eu devo sempre saber como cada um dos meus pacientes devem ser cuidados.	Como um enfermeiro, devo sempre saber como cada um dos meus pacientes deve ser respeitosamente abordado.
30. I find meaning in my role even if I do not succeed in helping a patient to gain insight into his or her illness.	Eu encontro sentido na minha atividade mesmo se eu não conseguir ajudar um paciente a ter consciência de sua doença.	5	Eu encontro sentido na minha função, mesmo se eu não consigo ajudar o paciente a ter uma visão sobre sua doença.	2	6	- Eu encontro sentido na minha profissão mesmo se eu não conseguir ajudar um paciente a ter consciência de sua doença.	Eu encontro sentido na minha atividade, mesmo quando não consigo ajudar um paciente a ter consciência de sua doença.

Apêndice E- Retrotradução

1. It is my responsibility as a nurse to know the patient's overall situation.
2. My work would be meaningless if I did not see improvement in my patients.
3. It is important that I get a positive response from the patient in everything I do.
4. When I need to make a decision against the will of the patient, I do so according to my opinion about what is good care.
5. If I should lose the patient's trust I would feel that my work was meaningless.
6. When I have to make a difficult decision for the patient, it is always important to be honest with him/her.
7. I believe that a good nursing care includes respect for the patient's decision.
8. If a patient does not accept his/hers illness, there is little I can do for him/her.
9. I am often confronted by situations in which I come across conflicts in how to approach the patient.
10. I believe that it is important to have firm principles to take care of certain patients.
11. I often face situations in which it is difficult to know what action is ethically right for a particular patient.
12. If I am unacquainted with the case history of a patient, I follow the rules available.
13. The most important thing in my nursing practice is my relationship with the patients.
14. I often face situations in which I have difficulty in allowing a patient to make his or her own decision.
15. I always base my actions on nursing knowledge to choose the best treatment, even if the patient protests.
16. I think that a good nursing care often includes making a decision for the patient.
17. I rely mostly on the doctors' knowledge about a patient when I am unsure.
18. Above of all, it is the patients' reactions that show me I made the right decision.
19. I often think about my own values and norms that may influence my reactions.
20. My own experience is more useful than the theory in situations in which it is difficult to know what is ethically right.
21. I believe that good nursing care includes patient participation, even those with serious mental disorders.

22. I am often caught up in predicaments in which I have to make decisions without the patient's participation.
23. I find it difficult to provide good nursing care against the will of the patient.
24. Sometimes there are good reasons to threaten a patient with an injection when oral medication is refused.
25. In situations in which it is difficult to know what is right, I consult my colleagues about what should be done.
26. I rely mostly on my own intuition when I have to make a difficult decision for a patient.
27. As a nurse, I must always know how individual patients should be respectfully approached.
28. I find meaning in my activity, even if I do not succeed in helping a patient to be conscious about his or her illness.

Apêndice F- Concordância com tradução e adaptação do Questionário de sensibilidade moral.

 **Kim Lützén** <kim.lutzen@ki.se> 20 de jan ☆  
para mim ▾

Hello

Sorry for the delay in answering your e-mail. The translation is fine but as to what items are formulated in the negative, it depends on the language so I think you will need to decide this and feel free to make any changes. Good luck with yur research, I look forward to seeing a publication!

Kim Lützén, RN, PhD

Professor

Editor in Chief, Nordic Journal of Nursing Research

[+46-708304500](tel:+46708304500)

Apêndice G- Instrumento de recolha de dados

Esse estudo insere-se no âmbito do doutorado em enfermagem da Universidade Católica Portuguesa – Porto e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação e coorientação das professoras Margarida Vieira (UCP) e Elma Zoboli (USP), respectivamente. Peço a sua colaboração no preenchimento deste instrumento, cujo objetivo é avaliar a sensibilidade moral dos enfermeiros face aos problemas éticos dos cuidados de saúde primários de Portugal. O tempo de preenchimento é de cerca de 20 minutos e as questões referem-se à uma breve caracterização do participante e um questionário de sensibilidade moral.

A seguir, apresenta-se o questionário para os enfermeiros portugueses.

1. CARACTERIZAÇÃO

Gênero masculino feminino

Idade ____ (anos completos)

Nacionalidade Portuguesa outra (qual): _____

Estado civil solteiro casado em união separado/divorciado viúvo

2 FORMAÇÃO

Bacharelato em Enfermagem _____ Ano de conclusão _____

Licenciatura ou equivalente em enfermagem _____ Ano de conclusão _____

Pós-Graduação _____ Ano de conclusão _____

Especialidade _____ Ano de conclusão _____

Mestrado _____ Ano de conclusão _____

Doutoramento _____ Ano de conclusão _____

Realizou alguma formação em ética ou bioética no último ano? sim não

3 PROFISSIONAL

Há quanto tempo trabalha como enfermeiro ____ (anos completos)

Tempo de trabalho no serviço atual ____ anos ____ meses

Tipo de contrato no local de trabalho sem contrato liberal a termo sem termo
 outro

Indique a unidade ou local de trabalho Cuidados de Saúde Primários Hospital
outro, qual? _____

Quanto tempo trabalha como enfermeiro? menos de 1 ano mais de 1 ano

Rendimento mensal em relação ao salário base da enfermagem em Portugal (€ 1.020,06) inferior igual superior.

4 QUESTIONÁRIO DE SENSIBILIDADE MORAL

Solicita-se que em cada item responda marcando uma das opções, sendo: 1 - discordo totalmente e 7 - concordo totalmente.

Versão Portugal	1 discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 concordo totalmente
1. É da minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade.							
2. O meu trabalho não teria sentido se eu não visse melhoria nos meus pacientes.							
3. É importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faça.							
4. Quando eu preciso de tomar uma decisão contra a vontade do paciente, faço-o de acordo com a minha opinião sobre o que é a melhor prática.							
5. Se eu perdesse a confiança do paciente, sentiria que							

o meu trabalho não teria sentido.							
6. Quando tenho de tomar decisões difíceis para o paciente, é importante ser sempre honesto com ele(a).							
7. Acredito que uma boa prática de enfermagem inclui o respeito pela decisão do paciente.							
8. Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer para ele(a).							
9. Eu sou muitas vezes confrontado por situações em que experiencio conflitos no modo como abordar o paciente.							
10. Acredito que é importante ter princípios							

firmes para cuidar de certos pacientes.							
11. Muitas vezes enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para um paciente em particular.							
12. Se sou desconhecedor da história de um paciente, sigo as regras disponíveis.							
13. O mais importante na minha prática de enfermagem é a minha relação com os pacientes.							
14. Muitas vezes encaro situações nas quais tenho dificuldade em permitir que o paciente tome a sua própria decisão.							
15. Baseio sempre as							

<p>minhas ações no conhecimento de enfermagem de qual é o melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste.</p>							
<p>16. Penso que o bom cuidado de enfermagem, muitas vezes inclui a tomada de decisões pelo paciente.</p>							
<p>17. Quando estou inseguro, confio maioritariamente no conhecimento dos médicos acerca dos pacientes.</p>							
<p>18. Acima de tudo, são as reações dos pacientes que me mostram que eu tomei a decisão certa.</p>							
<p>19. Frequentemente penso acerca dos meus valores e normas que podem influenciar</p>							

as minhas ações.							
20. A minha experiência é mais útil do que a teoria nas situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.							
21. Acredito que o bom cuidado de enfermagem inclui a participação do paciente mesmo daqueles com graves alterações mentais.							
22. Deparo-me muitas vezes com situações difíceis, quando tenho de tomar decisões sem a participação do paciente.							
23. Considero difícil prestar um bom cuidado de enfermagem contra a vontade do paciente.							
24. Por vezes há boas razões para ameaçar o							

<p>paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada.</p>							
<p>25. Nas situações em que é difícil saber o que é certo, consulto os meus colegas acerca do que devo fazer.</p>							
<p>26. Eu confio essencialmente na minha intuição quando tenho que tomar uma decisão difícil para um paciente.</p>							
<p>27. Como enfermeiro eu devo sempre saber como cada um dos meus paciente deve ser respeitosamente abordado.</p>							
<p>28. Eu encontro sentido na minha atividade, mesmo quando não consigo</p>							

ajudar um paciente a ter consciência da sua doença.							
--	--	--	--	--	--	--	--

A seguir, apresenta-se o questionário para os enfermeiros Brasileiros.

CARACTERIZAÇÃO

Você exerce ou exerceu enfermagem no Rio Grande do Sul? sim, exerço sim, já exerci não, nunca exerci.

Gênero masculino feminino

Idade _____ (anos completos)

Nacionalidade Brasileira outra, qual: _____

Estado civil solteiro(a) casado(a)/união estável separado(a)/divorciado(a) viúvo(a) outro

FORMAÇÃO

Graduação _____ Ano de conclusão _____

Residência _____ Ano de conclusão _____

Especialização _____ Ano de conclusão _____ na área da ética/bioética sim não

Mestrado _____ Ano de conclusão _____ na área da ética/bioética sim não

Doutorado _____ Ano de conclusão _____ na área da ética/bioética sim não

Pós-doc _____ Ano de conclusão _____ na área da ética/bioética sim não

Durante a graduação teve aulas de bioética sim não

Realizou alguma formação na área da ética ou da bioética não sim

PROFISSIONAL

Há quanto tempo trabalha como enfermeiro _____ (anos completos)

Você possui quantos vínculos empregatícios? 1 2 3 ou mais.

Qual a sua atividade principal na enfermagem prestação de cuidados gestão ensino assessoria pesquisa outro.

Qual o seu tipo de vínculo na atividade principal? estatutário cargo comissionado contrato temporário contrato CLT autônomo aposentado outro, qual?

Qual a carga horária semanal do seu contrato de trabalho na atividade principal? até 35 horas 36h-40 horas mais de 40 horas outro

Em que nível de atenção à saúde é o seu vínculo principal? Atenção básica/primária Atenção hospitalar outro, qual? _____.

Em qual instituição/serviço/unidade de saúde é o seu vínculo principal? ambulatório, Policlínica CAPES e outras instituições de Saúde Mental (sem internação) centro cirúrgico centro obstétrico serviços de apoio (incluindo CME, CCIH e outros) serviços de diagnóstico serviços/unidades de atendimento especializado (reabilitação, oncologia, nefrologia, hemodinâmica, outros) Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde, Posto de Saúde, Unidade de ESF/NASF Unidade

de internação psiquiátrica Unidade de urgência, emergência e serviços de atendimento móvel Unidades de internação (médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, outras especialidades) Unidades de Terapia Intensiva (neonatal, infantil, adulto ou outras)

Tempo de atuação nesse local de trabalho principal? Menos de 1 ano Mais de um ano.

Digite os anos de atuação nesse local de trabalho principal? _____

Cidade onde trabalha (ou trabalhou mais recentemente) _____

Você precisou de aconselhamento sobre problemas éticos na sua prática profissional? não sim

Se sim, quem você procurou para esse aconselhamento? (marque quantas opções precisar)

- Comissão de ética
- Conselho de enfermagem
- Grupos de Reflexão
- Opinião de colegas
- Chefia
- Outro, qual? _____

O seu rendimento mensal total decorrente da prática de enfermagem em relação ao salário mínimo brasileiro (R\$788,00) é: de 1 até 3 salários mais de 3 até 5 salários mais de 5 até 7 salários mais de 7 até 10 salários

QUESTIONÁRIO DE SENSIBILIDADE MORAL

Em uma escala de 1 a 7, onde 1 significa discordo totalmente e 7 significa concordo totalmente, indique sua concordância com as afirmações a baixo.

Versão Brasil	1 discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 concordo totalmente
1. É minha responsabilidade como enfermeiro conhecer o paciente na sua globalidade.							
2. O meu trabalho não teria sentido se eu nunca visse melhoria nos meus pacientes.							
3. É importante que eu obtenha uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faça.							
4. Quando eu preciso tomar uma decisão							

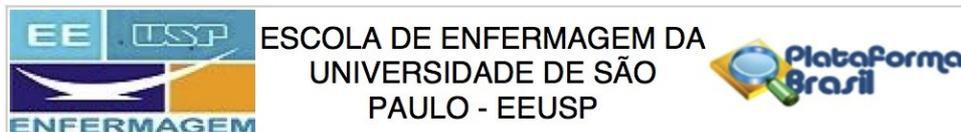
contra a vontade do paciente, eu faço de acordo com a minha opinião sobre o que é o bom cuidado.							
5. Se eu perdesse a confiança do paciente, sentiria que o meu trabalho não teria sentido.							
6. Quando eu tenho que tomar decisões difíceis para o paciente, é importante sempre ser honesto com ele (a).							
7. Acredito que a boa assistência de enfermagem inclui o respeito pela decisão do paciente.							
8. Se um paciente não aceita a sua doença, há pouco que eu possa fazer para ele(a).							
9. Eu sou muitas vezes confrontado com situações em que me deparo com conflitos sobre como abordar o paciente.							
10. Acredito que é importante ter princípios firmes para cuidar de certos pacientes.							
11. Muitas vezes eu enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para um paciente em particular.							
12. Se eu não estiver familiarizado com							

o histórico do caso de um paciente, siga as regras disponíveis.							
13. O mais importante na minha prática de enfermagem é o meu relacionamento com os pacientes.							
14. Muitas vezes enfrento situações em que tenho dificuldade em permitir que o paciente tome a sua própria decisão.							
15. Baseio sempre minhas ações no conhecimento de enfermagem de qual é o melhor tratamento, mesmo que o paciente proteste.							
16. Eu acredito que o bom atendimento de enfermagem, muitas vezes, inclui tomar a decisão pelo paciente.							
17. Quando estou inseguro, confio principalmente no conhecimento dos médicos acerca dos pacientes.							
18. Acima de tudo, são as reações dos pacientes que me mostram que eu tomei a decisão certa.							
19. Frequentemente penso acerca dos meus valores e normas que podem influenciar as minhas reações.							

20. A minha experiência é mais útil do que a teoria nas situações em que é difícil saber o que é eticamente correto.							
21. Acredito que o bom atendimento de enfermagem inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com transtornos mentais graves.							
22. Muitas vezes me deparo com situações difíceis, onde tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.							
23. Considero difícil prestar um bom atendimento de enfermagem contra a vontade do paciente.							
24. As vezes há boas razões para ameaçar um paciente com uma injeção quando a medicação oral é recusada.							
25. Nas situações em que é difícil saber o que é certo, consulto os meus colegas sobre o que devo fazer.							
26. Eu confio principalmente na minha intuição quando tenho que tomar uma decisão difícil para um paciente.							
27. Como um							

<p>enfermeiro, devo sempre saber como cada um dos meus pacientes deve ser respeitosamente abordado.</p>							
<p>28. Eu encontro sentido na minha atividade, mesmo quando não consigo ajudar um paciente a ter consciência de sua doença.</p>							

Apêndice H- Aprovação do Comitê de ética e pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SENSIBILIDADE MORAL E SOFRIMENTO MORAL DOS ENFERMEIROS

Pesquisador: Rafaela Schaefer

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45957915.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.180.518

Data da Relatoria: 11/08/2015

Apresentação do Projeto:

A pesquisa apresentada é tema de uma tese de Doutorado, que propõe um estudo de natureza quantitativa, transversal, observacional e correlacional descritiva, com o objetivo geral de verificar a correlação entre sensibilidade moral e o sofrimento moral nos enfermeiros trabalhadores de instituições de saúde brasileiras. A pesquisa parte da hipótese de que quanto maior a sensibilidade moral, menor é o nível de risco para sofrimento moral nos enfermeiros trabalhadores de instituições de saúde.

Pretende-se utilizar questionários online, que serão enviados a 20.000 enfermeiros dos serviços de saúde do Rio Grande do Sul, após acordo de auxílio com o COREN/RS para disponibilização, através de correio eletrônico, do link com o questionário para os enfermeiros. Serão incluídos enfermeiros que atuam em instituições de saúde e serão excluídos os enfermeiros que atuam exclusivamente em atividades de investigação, ensino e assessoria. O TCLE também será enviado online, onde constam as opções "Sim, aceito participar" ou "Não, não aceito participar".

O primeiro questionário inclui dados sociodemográficos. O segundo conjunto de variáveis refere-se ao questionário de sensibilidade moral que consiste em uma escala do tipo Likert que contém 30 itens distribuídos em 6 categorias: 1. orientação interpessoal; 2. estruturação de significado

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP



Continuação do Parecer: 1.180.518

moral; 3. benevolência; 4. autonomia; 5. vivenciando o conflito moral; 6. confiança no conhecimento do profissional. O terceiro conjunto compreende as variáveis relacionadas com o sofrimento moral, buscando identificar se os fatores de risco identificados na literatura já foram vivenciados pelos enfermeiros e em que grau, incluindo: significado de sofrimento moral; vivência de sofrimento moral; efeitos do sofrimento moral; sentimentos associados ao sofrimento moral; atitudes associadas ao sofrimento moral e eventos relacionados ao sofrimento moral.

A técnica de amostragem será não aleatória, pois todos os enfermeiros inscritos no Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, serão convidados a participar do estudo. O tratamento dos dados do questionário será estatístico, realizado com o auxílio de um programa de análise.

Espera-se chegar à um questionário de sensibilidade moral e à um questionários de risco de sofrimento moral, validados para os enfermeiros trabalhadores de instituições de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é verificar a correlação entre a sensibilidade moral e o sofrimento moral dos enfermeiros trabalhadores de instituições de saúde brasileiras.

Os objetivos específicos são:

- Validar um instrumento de sensibilidade moral para enfermeiros trabalhadores de instituições de saúde brasileiras.
- Validar um instrumento para avaliar o risco de sofrimento moral em enfermeiros trabalhadores de instituições de saúde brasileiras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não oferece riscos previsíveis para os profissionais participantes de uma forma geral, mas pode fazer recordar sentimentos e experiências daqueles profissionais que vivenciaram ou vivenciam o sofrimento moral, gerando algum grau de angústia.

Os benefícios seriam os de evitar as consequências da vivência do sofrimento moral e disponibilizar à comunidade científica, aos gestores e aos profissionais instrumentos de avaliação válidos para identificação das questões éticas dos serviços com vistas à proposta de intervenções.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema da pesquisa é relevante na medida em pode gerar resultados positivos para a qualidade, a

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

quantidade e os custos dos cuidados de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras enviaram novas versões do projeto e do TCLE com as modificações solicitadas, a saber: esclarecer a metodologia de validação dos questionários; detalhar de onde foram baseados os questionários que serão utilizados; corrigir o TCLE; reescrever o item de análise dos dados; elaborar as cartas convite para os especialistas.

As modificações foram satisfatórias.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 11 de Agosto de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br