



SIMONI SARAIVA BORDIGNON

**SOFRIMENTO MORAL EM ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM:
PERSPECTIVA FOUCAULTIANA**

RIO GRANDE

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
SOFRIMENTO MORAL EM ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM:
PERSPECTIVA FOUCAULTIANA

SIMONI SARAIVA BORDIGNON

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

Orientadora: Dr^a. Valéria Lerch Lunardi

Co-orientador: Dr^o. Edison Luiz Devos Barlem

RIO GRANDE

2016

Ficha catalográfica

B729s Bordignon, Simoní Saraiva.
Sofrimento moral em estudantes de graduação em Enfermagem:
perspectiva foucaultiana / Simoní Saraiva Bordignon. – 2016.
159 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande –
FURG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio,
Grande/RS, 2016.

Orientadora: Dr^a. Valéria Lerch Lunardi.

Coorientador: Dr. Edison Luis Devos Barlem.

1. Estudantes de Enfermagem 2. Educação em Enfermagem
3. Ética na saúde 4. Poder 5. Estudos de validação I. Lunardi, Valéria
Lerch II. Barlem, Edison Luis Devos III. Título.

CDU 616-083

SIMONÍ SARAIVA BORDIGNON

**SOFRIMENTO MORAL EM ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM:
PERSPECTIVA FOUCAULTIANA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de **Doutora em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 22 de dezembro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Dra. Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA

Dra. Valéria Lerch Lunardi - Presidente (FURG)

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

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

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

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann - Suplente Externo (UFSC)

Dr. Jamila Geri Tomaschewski Barlem - Suplente Interno (FURG)

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais **Ana e Carlos** que me permitiram sonhar. Com eles e por eles concluo mais uma etapa da minha vida acadêmica.

A minha orientadora, **Prof^a. Dr^a.Valéria Lerch Lunardi**, por todos os ensinamentos e reflexões, sempre de forma atenciosa, com total disponibilidade e compromisso durante o meu processo de formação, na iniciação científica e no doutorado.

Aos **estudantes de enfermagem** que se disponibilizaram em participar dessa pesquisa, e acreditaram no valor de transformação da pesquisa científica.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus do universo, por todas as oportunidades de transformar sonhos em realidade.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Valéria Lerch Lunardi, pela oportunidade de ser sua orientanda novamente, por seu compromisso, incentivo e disponibilidade demonstrada em todas as etapas de construção desta tese. Meu agradecimento e admiração.

Aos meus pais Carlos e Ana, pelos ensinamentos que recebi através do exemplo, pelo amor, paciência e apoio incondicionais. Por vocês e com vocês essa conquista é mais significativa. Minha eterna gratidão.

Ao André, meu amado, por seu amor e apoio incansáveis. Obrigada por todos os momentos de dedicação e incentivo, por acreditar em mim em cada etapa desse percurso.

À toda minha família, em especial Tia Zenaide, Tio Volnei, Biolange, Adriana, Tia Oneide, Tia Angélica, minhas afilhadas amadas Thauane e Helena, minha afilhada do coração Joana, minha madrinha Marisa e padrinho Claudio, meus Primos Thisa, Jana, Lucie e Tobias. Por sempre se fazerem presentes e atuantes em minha vida. Família da qual me orgulho em fazer parte e em poder compartilhar momentos de amor e carinho.

Aos meus sogros Berenice e Maurício, Vó Olga e Guiga, por me acolherem em sua família, sempre com carinho, apoio e disponibilidade incondicional.

À minha prima Aline, meu anjo em forma de pessoa, minha palavra de conforto que me afaga a alma, pela escuta repleta de amor e incentivo em todos os momentos, minha admiração.

À minha prima Eline, pelos momentos de discussão filosófica, pelas trocas de saberes e materiais, pelas angústias e realizações divididas, pela escuta repleta de amor e incentivo em todos os momentos.

À minha amiga Vania, minha referência de apoio, sempre em prontidão, meu anjo da guarda incansável, pelo carinho e amor sempre. Em conjunto com seu marido Felipe, muito obrigada.

À minha amiga Jamila, pela amizade dedicada, por ser minha luz de racionalidade nesse percurso, meu porto seguro, por todo o apoio e incentivo incansáveis.

Ao meu amigo e Coorientador Edison, pela troca de saberes sempre com paciência e atenção, em todo meu processo de formação, desde a iniciação científica, mestrado, até o doutorado.

Aos meus amigos pelo carinho, incentivo e torcida em todos os momentos: Gisele, Anelise, Michele, Ceires, Patrick e Fernando.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, pelas possibilidades de reflexão e aprendizado cada vez maiores.

Às ilustres professoras Doutoras Rosemary Silva da Silveira, Flávia Regina Souza Ramos e Grazielle de Lima Dalmolin, membros da banca examinadora, pelas imprescindíveis contribuições ao longo dessa trajetória.

Aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem/Saúde – NEPEs, pelos momentos de troca e construção de saberes.

À Universidade Federal do Rio Grande (FURG), por me acolher durante minha formação, na graduação e no doutorado.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), pelo apoio financeiro recebido durante o doutorado.

Aos professores, coordenadores e diretores dos cursos de graduação em enfermagem, participantes deste estudo, pela disponibilidade e receptividade.

Aos estudantes, participantes deste estudo, pela confiança e disponibilidade para participar desta construção.

RESUMO

BORDIGNON, Simoní Saraiva. **Sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem: perspectiva foucaultiana.** 2016. 159. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A ocorrência de sofrimento moral (SM) em estudantes de enfermagem tem sido pouco pesquisada, embora sua exposição a situações moralmente angustiantes é reconhecidamente ampla, devido ao cumprimento de experiências educacionais no ambiente clínico. Mediante utilização de referencial filosófico foucaultiano, foi defendida a seguinte tese: Os estudantes de graduação em enfermagem apresentam sofrimento moral diante de situações moralmente inadequadas e enfrentam dificuldades de resistir devido ao exercício de poder disciplinar vivenciado no ambiente de formação. Teve-se como objetivo geral: Conhecer a ocorrência do SM em estudantes de graduação em enfermagem de diferentes universidades do Sul do Brasil. Ainda, como objetivos específicos: elaborar e validar um instrumento de análise da frequência e intensidade de SM em estudantes de enfermagem; analisar o sofrimento moral e sua relação com variáveis sociodemográficas e acadêmicas, em estudantes de graduação em enfermagem; compreender as estratégias de resistência adotadas pelos estudantes de graduação em enfermagem, diante de situações de sofrimento moral. O estudo foi desenvolvido em três etapas: metodológica, quantitativa e qualitativa. A etapa metodológica compreendeu a elaboração e validação da Escala de Sofrimento Moral para Estudantes de Enfermagem (ESMEE) para verificar as situações que conduzem ao sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem, desenvolvida por meio de oito etapas e submetida à validação de face, conteúdo e constructo. Os resultados demonstraram que o instrumento construído é válido e fidedigno, apresentando os requisitos necessários quanto a validade fatorial e consistência interna. Foram seis constructos identificados: Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário; Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário; Práticas docentes autoritárias; Falta de competência docente; Desrespeito à dimensão ética da formação profissional; Opção profissional. A etapa quantitativa foi realizada com 499 estudantes de três universidades do Sul do Brasil, duas públicas e uma privada, mediante aplicação do instrumento elaborado na primeira etapa desse estudo. Realizaram-se estatística descritiva, testes de associação (teste t e Anova) e regressão. Assim, os estudantes que referiram maiores níveis de SM tinham como características demográficas e acadêmicas estarem matriculados nas séries finais do curso, não terem como formação anterior o curso auxiliar/técnico de enfermagem, e estarem matriculados em uma universidade federal. Na etapa qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 21 estudantes de enfermagem das três universidades. Mediante análise textual discursiva, emergiram duas categorias: Inação frente ao SM: a construção de corpos dóceis e a fragilização moral do estudante; Estratégias de resistência ao SM: exercício de poder. Dessa forma, o exercício do poder disciplinar sobre os estudantes parece contribuir para sua fragilização moral, dificultando a implementação de estratégias de resistência no enfrentamento do SM. As estratégias de resistência dos estudantes, mediante seu exercício de poder, parecem favorecer seu fortalecimento moral.

Descritores: Estudantes de Enfermagem. Educação em Enfermagem. Ética em Enfermagem. Poder. Estudos de validação.

ABSTRACT

BORDIGNON, Simoni Saraiva. **Moral suffering in undergraduate students in nursing: Foucaultian perspective.** 2016. 159. Thesis (Ph.D. in Nursing) - School of Nursing, Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The occurrence of moral suffering (MS) in nursing students has been poorly researched, although its exposure to morally distressing situations is admittedly broad due to the fulfillment of educational experiences in the clinical setting. Using a Foucaultian philosophical reference, the following thesis was defended: Nursing undergraduates present moral suffering in the morally inadequate situations and difficulties to resist due to the exercise of disciplinary power experienced in the training environment. The objective was to know the occurrence of MS in undergraduate nursing students. The specific objectives were to elaborate and validate an instrument to analyze the frequency and intensity of MS in nursing students; to analyze the moral suffering and its relationship with sociodemographic and academic variables in undergraduate nursing students from different universities in the South of Brazil; to understand the strategies of resistance adopted by undergraduate students in nursing, faced with situations of moral suffering. The study was developed in three stages: methodological, quantitative and qualitative. The methodological stage included the elaboration and validation of scale of moral suffering for students nursing (ESMEE) developed through eight stages and submitted to phase, content and construct validation. The results demonstrated that the instrument is valid and reliable, presenting the necessary requirements regarding factorial validity and internal consistency. There were six identified constructs: Commitment to the ethical dimension of the patient care; Institutional conditions unsuitable for the teaching of patient care; Authoritarian teaching practices; Lack of teacher competence; Disrespect for the ethical dimension of vocational training; Professional option. The quantitative stage was performed with 499 students from three southern Brazilian universities, two public and one private, through the application of the instrument elaborated in the first stage of this study. Descriptive, variance and regression analyses were performed. Thus, students who reported higher levels of MS had demographic and academic characteristics that were enrolled in the final series of the course, did not have previous training in nursing assistant/technician and enrolled in a federal university. In the qualitative stage, semi-structured interviews were conducted with 21 nursing students from the three universities. Two categories emerged through discursive textual analysis: Inaction in MS: the construction of docile bodies and the student's moral fragilization; Strategies of resistance to MS: the exercise of power. Thus, the exercise of disciplinary power over students seems to contribute to their moral fragilization, hindering to implement resistance strategies in the MS. Through their exercise of power, the students' resistance strategies seem to favor their moral strengthening.

Keywords: Nursing students. Education in Nursing. Ethics in Nursing. Power. Validation studies

RESUMEN

BORDIGNON, Simoni Saraiva. **Sufrimiento moral en estudiantes de graduación en enfermería: perspectiva foucaultiana.** 2016. 159. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

La ocurrencia del sufrimiento moral (SM) en estudiantes de enfermería ha sido poco investigada, aunque su exposición a situaciones moralmente angustiantes es reconocidamente amplia, debido al cumplimiento de experiencias educacionales en el ambiente clínico. Mediante utilización de referencial filosófico foucaultiano, fue defendida la siguiente tesis: Los estudiantes de graduación en enfermería presentan sufrimiento moral ante situaciones moralmente inadecuadas y enfrentan dificultades de resistir debido al ejercicio de poder disciplinario vivido en el ambiente de formación. Se tuvo como objetivo general: Conocer la ocurrencia del SM en estudiantes de graduación en enfermería. Además, como objetivos específicos: elaborar y validar un instrumento para analizar la frecuencia e intensidad de SM en estudiantes de enfermería; analizar el sufrimiento moral y su relación con variables sociodemográficas y académicas, en estudiantes de graduación en enfermería de diferentes universidades del Sur de Brasil; comprender las estrategias de resistencia adoptadas por los estudiantes de graduación en enfermería, ante situaciones de sufrimiento moral. El estudio fue desarrollado en tres etapas: metodológica, cuantitativa y cualitativa. La etapa metodológica comprendió la elaboración y la validación de la Escala de sufrimiento moral para estudiantes de enfermería, desarrollada por medio de ocho etapas y sometida a la validación de fase, contenido y construcción. Los resultados demostraron que el instrumento es válido y fidedigno, presentando los requisitos necesarios como la validación factorial y consistencia interna. Fueron seis construcciones identificadas: Comprometimiento de la dimensión ética del cuidado al usuario; Condiciones institucionales inadecuadas para la enseñanza del cuidado al usuario; Prácticas docentes autoritarias; Falta de competencia docente; Falta de respeto a la dimensión ética de la formación profesional; Opción profesional. La etapa cuantitativa fue realizada con 499 estudiantes de tres universidades del Sur de Brasil, dos públicas y una privada, mediante aplicación del instrumento elaborado en la primera etapa de ese estudio. Se realizaron análisis descriptivos, de variancia y de regresión. Así, los estudiantes que refirieron mayores niveles de SM tenían como características demográficas y académicas estar matriculados en las series finales del curso, no tener como formación anterior el curso auxiliar/técnico de enfermería, y estar matriculados en una universidad federal. En la etapa cualitativa, fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas con 21 estudiantes de enfermería de las tres universidades. Mediante análisis textual discursivo, surgieron dos categorías: Inacción frente al SM: la construcción de cuerpos dóciles y la fragilización moral del estudiante; Estrategias de resistencia al SM: ejercicio de poder. Así, el ejercicio de poder disciplinario sobre los estudiantes parece contribuir para su fragilización moral, dificultando la implementación de estrategias de resistencia en el enfrentamiento del SM. Las estrategias de resistencia de los estudiantes, mediante su ejercicio de poder, parecen favorecer su fortalecimiento moral.

Descriptor: Estudiantes de Enfermería. Educación en Enfermería. Ética en Enfermería. Poder. Estudios de validación.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modelo estrutural de construção das categorias.....	81
Quadro 1 - Definições dos constructos formados (Artigo 1).....	96
Quadro 1 - Modelo estrutural de construção das categorias (Artigo 3).....	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax) (Artigo 1).....	94
Tabela 2 - Médias de intensidade de sofrimento moral vivenciados pelos estudantes de enfermagem de três universidades. (Artigo 2).....	107
Tabela 3 - Comparação da intensidade do SM segundo as universidades. (Artigo 2).....	109
Tabela 4 - Comparação da intensidade do SM segundo as variáveis demográficas e acadêmicas. (Artigo 2).....	109
Tabela 5 - Comparação da intensidade do SM segundo as séries. (Artigo 2)...	110
Tabela 6 - Análise de regressão linear entre os constructos. (R 1,00).....	110

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REFERENCIAL FILOSÓFICO.....	25
2.1 MICROFÍSICA DO PODER: tríade poder, saber e resistência.....	25
2.2 PODER DISCIPLINAR: como se fabricam corpos dóceis	28
2.2.1 Distribuição espacial.....	31
2.2.2 Controle da atividade.....	32
2.2.3 Organização das gêneses.....	33
2.2.4 Composição das forças.....	34
2.3 PODER DISCIPLINAR: instrumentos para adestrar	35
2.3.1 Vigilância Hierárquica.....	37
2.3.2 Sanção Normalizadora.....	37
2.3.3 Exame.....	39
3 CONCEPÇÕES TEÓRICAS.....	41
3.1 SOFRIMENTO MORAL: bases teóricas	41
3.2 SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM.....	43
3.3 SOFRIMENTO MORAL EM ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE	47
3.3.1 Sofrimento moral em estudantes de enfermagem.....	50
3.4 SOFRIMENTO MORAL EM ESTUDANTES E O AMBIENTE DE FORMAÇÃO.....	53
3.5 ENFRENTAMENTO DO SM: possíveis repercussões	58
3.6 FORMAÇÃO ACADÊMICA: direções futuras para enfrentar o SM.....	61

4 MÉTODO.....	65
4.1 ESTUDO METODOLÓGICO.....	65
4.1.1 Elaboração e validação do instrumento de coleta de dados.....	65
4.2 ETAPA QUANTITATIVA.....	71
4.2.1 Tipo de estudo.....	71
4.2.2 Local do estudo.....	72
4.2.3 Participantes do estudo.....	75
4.2.4 Coleta de dados.....	76
4.2.5 Análise dos dados	77
4.3 ETAPA QUALITATIVA.....	77
4.3.1 Tipo de estudo.....	78
4.3.2 Participantes e Local do estudo.....	78
4.3.3 Coleta de dados.....	78
4.3.4 Análise dos dados.....	79
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	82
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	83
5.1 ARTIGO 1 Elaboração e validação da Escala de Sofrimento Moral para Estudantes de Enfermagem (ESMEE)	84
5.2 ARTIGO 2 Sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem	102
5.3 ARTIGO 3 Estudantes de enfermagem diante de sofrimento moral: estratégias de resistência	119
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
REFERÊNCIAS	141
APÊNDICES	150
ANEXOS	159

APRESENTAÇÃO

A escolha da temática “Sofrimento moral em estudantes de graduação em Enfermagem: perspectiva foucaultiana¹” emergiu de minha trajetória acadêmica no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), iniciada em 2008, como bolsista de Iniciação Científica.

Como integrante do NEPES, participei de inúmeras discussões sobre pesquisas que envolviam questões morais, éticas e sofrimento moral (SM). Assim, o SM vem sendo objeto de estudo no contexto brasileiro, especialmente no NEPES, por meio de pesquisas com profissionais de enfermagem (SILVEIRA, 2006; BULHOSA, 2006; LUNARDI, 1994; LUNARDI et al., 2004; 2007; 2009; LUNARDI, 2013; DALMOLIN, et al., 2009; 2012; 2014; BARLEM, 2009; 2012; BARLEM et al., 2012; 2013a; 2013b; 2013c).

Nesse contexto, como bolsista de iniciação científica, iniciei minha inserção no âmbito da pesquisa, desenvolvendo o projeto intitulado “Questões éticas do cotidiano profissional e a formação do enfermeiro”, a fim de identificar a percepção dos enfermeiros quanto ao seu processo educacional vivenciado na graduação para o enfrentamento de questões éticas no ambiente profissional (BORDIGNON et al, 2011).

Já em 2009, realizei o meu Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “Sofrimento moral entre estudantes de graduação em enfermagem que questionam a escolha da carreira profissional”, a fim de compreender como ocorreu o processo de decisão de permanência no Curso de graduação em Enfermagem de estudantes que manifestaram interesse em desistir do curso e os sentimentos de SM vivenciados nesse processo (BORDIGNON et al, 2014).

Dessa forma, o conceito de SM permite constatar que a vivência de situações em que se identifica incoerência entre as ações, crenças e conhecimentos (JAMETON, 1984), possibilita, também, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamentos, buscando resistir, fazer diferente. Nesse sentido, o papel alusivo à formação acadêmica, frente à ocorrência do SM em estudantes, é o de priorizar uma

¹A presente tese integra o projeto “Advocacia do paciente e coping na enfermagem: possibilidades de exercício de poder mediante vivências de sofrimento moral”, Chamada Universal 14/2012 (processo 474761/2012-6).

educação que incentive a autonomia, a criticidade, a ética e a moral entre os estudantes de graduação em enfermagem, visando construir novas formas de atuar, frente a ocorrência do SM.

Desse modo, minha trajetória no campo da pesquisa tem sido alicerçada em questionamentos acerca do ambiente de formação acadêmica, por entender que, para compreender e transformar, é preciso olhar para os estudantes de enfermagem como futuros profissionais. Para tanto, a partir dos estudos já realizados no NEPES e do reconhecimento do SM nos estudantes como uma possibilidade de contribuir para dirimir seus efeitos sobre os estudantes de enfermagem, e assim, suscitar reflexões acerca de possibilidades de enfrentamentos, buscamos responder ao objetivo de conhecer a ocorrência do SM em estudantes de graduação em enfermagem, a partir de uma perspectiva foucaultiana.

A escolha pelo referencial filosófico foucaultiano decorreu, especialmente, pelo entendimento de que as possíveis barreiras para o enfrentamento do SM, durante o processo de formação acadêmica, podem estar fortemente articuladas ao exercício de poder disciplinar, o qual é invisível, mas mantém o indivíduo disciplinado pelo jogo de olhares e pelo controle sobre seus corpos (FOUCAULT, 2009).

Assim, a presente tese encontra-se estruturada da seguinte forma: introdução, referencial filosófico, concepções teóricas, método, resultados e discussões e considerações finais, seguidos das referências utilizadas, apêndices e anexos, descritos a seguir.

Na Introdução, apresentou-se a temática Sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem, no contexto brasileiro, estabelecendo algumas correlações com a perspectiva foucaultiana. Também, abrange o problema de pesquisa, a tese proposta e os objetivos do estudo.

O segundo capítulo, constituiu-se do Referencial filosófico da presente tese, a partir da obra de Michel Foucault, explorando os conceitos de microfísica do poder e poder disciplinar. No terceiro capítulo Concepções teóricas apresentou-se as origens e as bases teóricas do SM, o SM em estudantes da área da saúde e de Enfermagem, o SM e o ambiente de formação, seu enfrentamento e possíveis repercussões; por último, as direções futuras para o enfrentamento do SM na formação acadêmica.

No Método, realizou-se uma descrição dos caminhos metodológicos percorridos, explicitando as técnicas aplicadas nas etapas dos estudos metodológico, quantitativo e qualitativo da tese, assim como os procedimentos éticos seguidos.

No capítulo Resultados e discussão, foram apresentados e discutidos os resultados no formato de três artigos. O primeiro, intitulado “Elaboração e validação da escala de sofrimento moral para estudantes de enfermagem (ESMEE)”, apresentando o processo de desenvolvimento e validação do instrumento de coleta de dados, conforme DeVellis (2003) realizado em oito etapas. O segundo, “Sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem”, evidenciou os resultados das análises de variância e correlações entre o perfil sócio demográfico dos estudantes e os constructos que podem gerar SM, realizado por meio da pesquisa quantitativa em três universidades. E o terceiro artigo "Estudantes de enfermagem diante de sofrimento moral: estratégias de resistência", corresponde à descrição da etapa qualitativa dessa pesquisa, que visou compreender as estratégias de resistência adotadas pelos estudantes de graduação em enfermagem, diante de situações de SM.

O último capítulo, Considerações finais, elucidou a síntese dessa tese, destacando seus principais achados e limitações. O presente estudo concluiu-se com a confirmação da tese proposta, demonstrando a importância de prosseguir realizando estudos sobre o SM em estudantes de enfermagem e assim, suscitando a utilização da escala de SM para estudantes de Enfermagem desenvolvida nesse estudo em outros contextos. Nesse sentido, almeja-se a transformação da realidade do ensino e de saúde, através de uma formação acadêmica que incentive os estudantes, futuros profissionais, a agir e defender a ética e a moral no cuidado ao usuário.

1 INTRODUÇÃO

A crescente complexidade dos problemas éticos contemporâneos no cuidado a saúde humana é um desafio à formação acadêmica de enfermeiros e à própria profissão enfermagem (OGUISSO; SCHMIDT; FREITAS, 2007; LAABS, 2011). Nesse sentido, a sociedade e os ambientes² de formação acadêmica exigem dos estudantes de graduação em enfermagem e enfermeiros uma atuação profissional baseada na ética e na moral, com intuito de garantir dignidade, direitos humanos, segurança e integridade para todos os envolvidos no processo de cuidar (COFEN, 2007).

Cada indivíduo age de acordo com seu próprio sistema de valores, construído por meio da aprendizagem (CORLEY, 2002). Assim, os estudantes de enfermagem devem aderir aos valores da profissão através do desenvolvimento do vínculo da ética e da moral com a educação, como prática entrelaçada com costumes, valores e relações interpessoais (COHEN; SEGRE, 1999).

No entanto, os estudantes enfrentam, durante o seu processo de aprendizagem acadêmica, inúmeras situações dilemáticas e contraditórias, referentes, por exemplo a modelos hierárquicos que dificultam a comunicação e a prestação de cuidados que violam a segurança e a dignidade do paciente (REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015). Tais situações podem ser reconhecidas como conflitos éticos e morais e ocorrem na maioria das fases de formação de um estudante de graduação em enfermagem. Desse modo, muitas vezes, eles presenciam ou participam de algo que acham impróprio, errado ou antiético (WOJTOWITZ, 2012; THEOBALD, 2013; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015) o que poderá lhes ocasionar a experiência de sofrimento moral (SM).

Para entender a dinâmica entre a vivência de conflitos e o SM, é necessário definir alguns conceitos relacionados aos problemas éticos e como eles se relacionam. De acordo com Jameton (1984), *Incerteza Moral* ocorre quando se reconhece um problema como uma situação moralmente inadequada ou incorreta. E o SM pode ser definido como o sentimento decorrente da incoerência entre as ações dos indivíduos e suas convicções.

²Por ambiente, compreende-se o lugar determinado ou percebido, onde elementos naturais e sociais estão em relações dinâmicas e em interação, implicando processos culturais, tecnológicos, históricos e sociais de transformações do meio natural e construído (REIGOTA, 2001).

Desse modo, os conceitos se relacionam quando o indivíduo identifica um problema moral, porém se reconhece impossibilitado de realizar determinada ação, seja por medo, circunstâncias que ultrapassam sua competência (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2008), erros de julgamento ou falhas pessoais (HARDIGHAM, 2004; KOPALA; BURKHART, 2005). Quando os enfermeiros têm seus valores, sua integridade e identidade, como agentes morais, comprometidos, eles podem passar a vivenciar o SM (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2008).

No contexto da enfermagem no Brasil, as investigações realizadas pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES), com trabalhadores de enfermagem, identificaram que os motivos para ocorrência do SM estão relacionados à forma como o ambiente de trabalho está organizado, envolvendo desde a insuficiência de recursos materiais e humanos, relações interpessoais, falta de respaldo institucional para o exercício de autonomia dos enfermeiros (DALMOLIN et al., 2012; BARLEM, 2013a; LUNARDI, 2013) e, até mesmo, a negação do papel da enfermagem como advogada do paciente (BARLEM, 2009; TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2014). Assim, muitas vezes, os profissionais experimentam SM, quando identificam o que deve e poderia ser feito, mas reconhecem sua impotência para fazê-lo (LUNARDI, 2013).

Desse modo, como os profissionais de enfermagem, nos ambientes clínicos e campos de prática da graduação, os estudantes de enfermagem, também, tem vivenciado SM, pois são expostos a situações moralmente dilemáticas, vivenciando as mesmas situações diárias que causam SM em enfermeiros (WOJTOWITZ; HAGEN; DAALLEN-SMITH, 2014).

Contudo, são escassas as investigações acerca do SM em estudantes de graduação em enfermagem no contexto brasileiro (BORDIGNON et al, 2014; RENNÓ; BRITO; RAMOS, 2015; RENNÓ; RAMOS; BRITO, 2016). No entanto, em âmbito internacional, as investigações sobre SM em estudantes de graduação em enfermagem tem recebido maior atenção, elucidando os tipos de problemas, os sentimentos, as consequências e o posicionamento dos estudantes frente aos problemas éticos e morais (KELLY, 1998; RANGE; ROTHERHAM, 2010; THEOBALD, 2013; PETER; MOHAMMED; SIMMONDS, 2013; CURTIS, 2014; GRADY, 2014; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALLEN-SMITH, 2014; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015).

Em relação aos tipos de problemas morais, encontrados no ambiente de formação acadêmica, com maiores índices para gerar SM nos estudantes, estão: o testemunho de violações de segurança e dignidade do paciente por profissionais de saúde; violações de comunicação para e sobre os pacientes; inobservância do consentimento; desrespeito para com o estudante e as tensões entre o currículo e a prática clínica (REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015). Também, a desonestidade acadêmica, incluindo fraude e plágio; inflação de notas; e incivildade (GANSKE, 2010).

Desse modo, determinadas situações que envolvem conflitos morais são capazes de gerar sentimentos de raiva, angústia, ansiedade, tristeza e culpa nos estudantes (REES, MONROUXE; MACDONALD, 2015), sintomas que podem estar associados ao SM. Ainda, como consequência do SM, é possível que ocorram alterações na qualidade de vida desses estudantes (OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006) resultando, até mesmo, em afastamento do curso de graduação, com possíveis prejuízos para a formação profissional e/ou favorecendo que os estudantes abandonem sua opção pela profissão muito cedo (TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2012; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014).

Quanto ao enfrentamento ou inação diante de determinados conflitos morais e éticos, alguns dos motivos para os estudantes não agirem estão relacionados à insegurança que sentem de realizar determinados enfrentamentos, diante de sua inexperiência e/ou falta de conhecimento e devido a questões hierárquicas (WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014). Já os possíveis motivos para os estudantes de enfermagem agirem estão ligados à influência do papel de advogados do paciente (WRIGHT et al., 2012). Considera-se, ainda, como relevante, a característica de as estudantes serem em sua maioria do sexo feminino e assim, possivelmente, mais propensas a narrar e/ou agir frente a seus problemas (REES; MONROUXE; MACDONALD, 2013; 2015).

Contudo, quando os estudantes agem e/ou reagem diante de problemas éticos podem enfrentar certos riscos e obstáculos, relacionados a futuras avaliações, a relações interpessoais e a sanções institucionais. Nesse contexto, é possível perceber que os estudantes de enfermagem, ao testemunharem e/ou participarem de conflitos morais e éticos, necessitam fazer certos juízos morais. Por exemplo, eles deveriam relatar as ações contraditórias praticadas por colegas, professores, supervisores ou outros trabalhadores e arriscarem-se às consequências? Como eles

podem resistir a participar e/ou testemunhar tais atos, quando realizados por seus supervisores, uma vez que muitos estudantes se sentem incapazes de agir em hierarquias de poder desiguais, e por vezes autoritárias, estabelecidas no âmbito acadêmico? (REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015).

A enfermagem brasileira, seus trabalhadores e futuros profissionais em formação, ainda hoje, apresentam fortes características de docilidade, submissão e obediência ao instituído (BARLEM et al., 2013b). Ao mesmo tempo, é relevante evidenciar que há expressões contrárias a essas no contexto da enfermagem, através de atitudes baseadas na autonomia no ambiente de trabalho, alicerçada em um fortalecimento da identidade profissional.

Para tanto, considera-se que a análise detalhada do ambiente de formação acadêmica em enfermagem poderá aumentar a compreensão das lutas e enfrentamentos éticos vivenciados entre teoria e prática, em salas de aula e em ambientes clínicos, durante todo o processo de formação profissional, possibilitando compreender as relações de poder que produzem "corpos dóceis" e geram SM nesse contexto (GRANT; GIDDINGS; BEALE 2005; FOUCAULT, 2009).

Desta forma, a vivência do SM por estudantes de graduação em enfermagem desperta a necessidade de refletir a formação acadêmica de enfermagem sob a ótica de alguns conceitos de Michel Foucault, como poder, resistência e poder disciplinar, revendo relações e ações nesse âmbito.

Poder, numa perspectiva foucaultiana, entendido como uma multiplicidade de relações de forças e de resistências está presente em todas as ações humanas e em todas as suas organizações sociais (FOUCAULT, 1988). Já as relações de poder, estabelecidas a partir do século XVIII, nas instituições como: família, escola, prisões, hospitais ou quartéis, foram marcadas pelo poder disciplinar, cujo objetivo era controlar minuciosamente as operações do corpo, assegurando a sujeição constante de suas forças e impondo uma relação de docilidade-utilidade. Dessa maneira, as forças individuais e coletivas eram aumentadas em níveis de utilidade econômica e diminuídas em termos políticos, de resistência e de luta (FOUCAULT, 2009).

Destarte, "o poder para Foucault, na sua forma moderna, se exerce cada vez mais em um domínio que não é o da lei, e sim o da norma e, por outro lado, não simplesmente reprime uma individualidade ou uma natureza já dada, mas, positivamente, a constitui, a forma" (CASTRO, 2009, p. 309).

A obra de Foucault tem especial atenção ao poder disciplinar e suas instituições, as quais instituíram técnicas e saberes que legitimaram diversas práticas de sujeição (VEIGA-NETO, 2007). Assim, o poder disciplinar é facilmente exercitado em instituições, como a universidade (ALBUQUERQUE et al., 2009), pois visa a disciplinarização, a normalização e o estabelecimento de modelos hierárquicos (CASTRO, 2009). Nesse contexto o estudante de enfermagem, ao vivenciar SM, pode encontrar dificuldades de resistência advindas do próprio sistema de formação acadêmico, baseado em mecanismos disciplinares do poder, que visam formar corpos dóceis, com máximas de obediência e submissão às normas e à hierarquia (LUNARDI, 1994).

Para tanto, o poder disciplinar é marcado pela organização dos indivíduos em termos de espaços de confinamento, cujo projeto ideal pode ser reconhecido na universidade, por meio de princípios como: distribuição no espaço; controle da atividade; capitalização do tempo e composição no espaço-tempo de uma força produtiva cujo efeito deve ser superior à soma das forças elementares. Através desses princípios, a disciplina é exercida de forma institucionalizada, em espaços fechados (SIQUEIRA-BATISTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2009; FOUCAULT, 2009). A partir dessas técnicas disciplinares de produção de corpos dóceis, os estudantes de graduação em enfermagem passam, então, a serem adestrados através da vigilância hierárquica, da sanção normalizadora, e do exame dentro dos ambientes de formação acadêmica.

Todo esse investimento no corpo e tempo dos indivíduos objetiva ainda moldar, testar, classificar, homogeneizar, controlar, normalizar e punir comportamentos, porém, não faz com que todos sejam iguais, mas que todos se pareçam em torno de um padrão, preservando, para todos os efeitos, a individualidade com características bem definidas de docilidade e utilidade (FONSECA, 2003).

O "conceito de normalização refere-se a esse processo de regulação da vida do indivíduos" (CASTRO, 2009, p. 309). Esse intuito de normalização imposto pelo poder disciplinar, pode ser identificado também, nas Diretrizes Curriculares de Enfermagem (2001), por meio de alguns verbos como: instituir, definir, aplicar, orientar, desenvolver, fazer e promover, pois mais do que ideias, instituem práticas, modos de ser e de se comportar (NIEMEYER; SILVA; KRUSE, 2010).

Ainda, podem conduzir o estudante ao medo da repressão, de falhar, gerando um condicionamento capaz de fazê-lo seguir rigorosamente todas as instruções e, sob os olhares de seus supervisores, arrefece sua capacidade de criticidade (CARNEIRO; COSTA; PEQUENO, 2009). Desse modo, o ensino passa a ser um adestramento (FOUCAULT, 2009) e o SM uma possibilidade diante dos inúmeros conflitos éticos vivenciados pelos estudantes na universidade.

Assim, a partir dos conceitos de Foucault sobre poder disciplinar, parece razoável supor que estudantes de enfermagem e enfermeiros são mais vulneráveis a manterem relações de docilidade-utilidade devido a uma socialização educacional que inclui práticas opressivas e que suscitam a experiência do SM (KELLY, 1998).

Face a esse cenário de desafios pessoais, profissionais e culturais resultantes de SM em estudantes, é importante conhecer e compreender os problemas éticos e morais que o desencadeiam (REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015). Ainda, detectar precocemente a ocorrência do SM em estudantes de graduação em enfermagem, nos seus ambientes de formação, pode constituir um indicador de possíveis dificuldades dos estudantes, tanto em nível de êxito escolar como de futuro profissional, possibilitando a construção de estratégias preventivas que os auxiliem nos processos de enfrentamentos morais e éticos (EPSTEIN; DELGADO, 2010), qualificando a formação profissional de estudantes de enfermagem (GANSKE, 2010; BORDIGNON et al, 2014).

O enfrentamento do SM vai exigir mudanças no ambiente de cuidados de saúde, na cultura organizacional e na formação de enfermeiros, com ênfase na construção de ambientes em que predomine a prática ética (HARDIGHAM, 2004). Tal prática deverá ser baseada em uma cultura de integridade, que promove a confiança, colaboração e uma busca por comportamentos éticos, permeando ambos os ambientes, acadêmicos e clínicos, de modo a diminuir a incidência de SM (GANSKE, 2010).

Dar voz e reconhecimento ao SM é o primeiro passo para o seu enfrentamento (HAMRIC; DAVIS; CHILDRESS, 2006). Destarte, este estudo **justifica-se** pela necessidade de aprofundar conhecimentos relacionados ao SM em estudantes de graduação em enfermagem que, até recentemente no Brasil, era considerado uma problemática relacionada ao contexto dos profissionais de enfermagem. Os estudantes, no entanto, enfrentam inúmeros problemas morais que

podem ser exacerbados, ao considerarmos as características próprias do ambiente de formação em enfermagem, cuja formação profissional está direcionada para um permanente compromisso moral com o cuidado do outro, seu foco de trabalho (GANSKE, 2010; COMRIE, 2012).

Destaca-se, ainda, além da escassez de pesquisas acerca do SM em estudantes de enfermagem, a inexistência de um instrumento específico de pesquisa para avaliar sua presença nessa população (GANSKE, 2010; COMRIE, 2012). Assim, um instrumento para analisar o SM em estudantes de enfermagem, que contemple o ambiente de formação, possibilitará identificar elementos presentes nesse ambiente que contribuam para ocorrência do SM.

Dessa forma, visando conhecer e compreender questões que envolvem o fenômeno do SM em estudantes de graduação em enfermagem e considerando as lacunas ainda existentes nesta temática, o desconhecimento acerca do sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem brasileira configura o **problema de pesquisa**.

Destarte, buscou-se defender a **tese** deste estudo: estudantes de graduação em enfermagem apresentam sofrimento moral diante de situações moralmente inadequadas e enfrentam dificuldades de resistir devido ao exercício de poder disciplinar vivenciado no ambiente de formação.

No intuito de defender a presente tese, teve-se como **objetivo geral**:

- Conhecer a ocorrência do sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem de diferentes universidades do Sul do Brasil.

A fim de subsidiar o alcance do objetivo geral, apresentam-se os seguintes **objetivos específicos**:

- Elaborar e validar um instrumento de análise da frequência e intensidade de sofrimento moral em estudantes de enfermagem.

- Analisar o sofrimento moral e sua relação com variáveis sociodemográficas e acadêmicas, em estudantes de graduação em enfermagem.

- Compreender as estratégias de resistência adotadas pelos estudantes de graduação em enfermagem, diante de situações de sofrimento moral.

2 REFERENCIAL FILOSÓFICO

Neste capítulo, será apresentado o referencial filosófico da presente tese, a partir da obra de Michel Foucault. Optou-se por esse referencial, pois Foucault analisou a forma como o saber e o poder se estruturaram a partir do século XVI, para fabricar a Modernidade e o sujeito moderno. É por meio dessa análise, das formas de poder e sua potencialização por meio dos saberes, que reside a habilidade crítica do autor sobre os processos existentes dentro de instituições educacionais (VEIGA-NETO, 2007).

Nesse sentido, Foucault não indica caminhos, antes, ele estimula a crítica, o desmonte das estruturas naturalizadas e tradicionais que compõem o cotidiano da sociedade, proporcionando novos olhares e possibilidades, principalmente sobre campos, muitas vezes, ignorados nas abordagens habituais (DAMETO, 2008). Assim, são abordados, a seguir, os principais conceitos que serão utilizados nesse trabalho: microfísica do poder e poder disciplinar.

2.1 MICROFÍSICA DO PODER: tríade poder, saber e resistência

O estudo do poder na obra de Michel Foucault faz parte da fase genealógica e não se trata de uma teoria, mas de uma série de análises fragmentárias e transformáveis sobre poder, ressaltando seu caráter produtivo e relacional (CASTRO, 2009). Assim, seu objetivo não era analisar as formas regulamentares do poder em domínio macro, mas, sim, captar o exercício do poder em âmbito micro, de forma ascendente (FOUCAULT, 1988).

Nesse sentido, Foucault enfatizou, em suas análises, que o poder não se encontra em algum lugar específico da estrutura social, pois todos os indivíduos estão permeados por ele, não havendo limites ou fronteiras para essa rede de poderes (FOUCAULT, 1988). Poder deve ser entendido como uma prática social, constituída historicamente, compreendendo forças desiguais, heterogêneas e em constante transformação, presente em todas as ações humanas e em todas as suas organizações sociais (MACHADO, 2008).

Foucault considerou que as relações de poder tem uma extensão consideravelmente grande nas relações humanas, de modo que há todo um

conjunto de relações de poder que podem ser exercidas entre indivíduos, pois o indivíduo é, ao mesmo tempo, receptor e emissor de poder (FOUCAULT, 2003).

Dessa forma, "rigorosamente falando, o poder não existe; existem práticas ou relações de poder". O que significa dizer que "o poder é algo que se exerce, que funciona. E tudo funciona como uma máquina social que não está situada em apenas um lugar, mas que se dissemina por toda a estrutura social" (MACHADO, 2008, p. XIV). Ainda, "o poder só se exerce sobre sujeitos livres, enquanto livres", desse modo, a liberdade constitui uma "condição de existência do poder", não há exercício de poder onde as relações estão saturadas, uma vez que não há confronto ou uma relação de exclusão entre poder e liberdade (RABINOW; DREYFUS, 1995, p. 244).

Considerando seu caráter relacional, as relações de poder somente poderão existir em função de uma multiplicidade de pontos de resistência que cumprem, nessas relações, o papel de apoio, de alvo, de adversário. Logo, as resistências não poderão existir senão no campo das relações de poder (FOUCAULT, 1988).

Nesse contexto, toda relação de poder suscita uma resistência, pois se não houvesse formas de resistência não haveria relações de poder (FOUCAULT, 2003). Inclusive, o caráter relacional do poder implica que as próprias lutas contra seu exercício são sempre resistência dentro da própria rede de poder. E como "onde há poder há resistência, não existe propriamente o lugar de resistência, mas pontos móveis e transitórias que também se distribuem por toda a estrutura social" (MACHADO, 2008, p. XIV).

Desse modo, cabe enfatizar que o poder se exerce, invariavelmente, instituindo ações e resistências em toda sociedade; e "não simplesmente reprime uma individualidade ou uma natureza já dada, mas, positivamente, a constitui, a forma" (CASTRO, 2009, p. 309). Consequentemente, o poder, para Foucault na sua forma moderna, se exerce cada vez mais em um domínio que não é o da lei, e sim o da norma. Assim, ao considerar os enfrentamentos entre poder e resistência, é importante salientar que:

[...] o aspecto negativo do poder - sua força destrutiva - não é tudo e talvez não seja o mais fundamental [...]. O poder possui uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica, uma positividade. E é justamente esse aspecto que explica o fato de que tem como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo (MACHADO, 2008, p. XVI).

Logo, o poder influencia a realidade mais concreta dos indivíduos por meio do corpo, penetrando na vida cotidiana e, por isso, podendo ser caracterizado como micro poder ou subpoder (MACHADO, 2008).

Destarte, Foucault apresenta a microfísica do poder, a qual significa um deslocamento do espaço da análise referente ao poder em suas formas locais, e do nível em que essa se efetua vinculada aos procedimentos técnicos do poder, tais como controle rigoroso do corpo, dos “[...] gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos” (MACHADO, 2008, p. XII). Para Foucault, interessa “captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e concretas, principalmente, quando penetram em instituições e corporifica-se em técnicas” (MACHADO, 2008, p.182). São essas técnicas, realizadas nos níveis mais periféricos da sociedade, que devem ser questionadas, ao invés das técnicas globais, que se pluralizam e se distribuem de cima para baixo (CASTRO, 2009).

“A microfísica do poder supõe que o poder não seja concebido como uma propriedade, mas como uma estratégia”. Portanto, não procura interrogar o poder a respeito de sua origem, de seus princípios ou limites, mas estudar os procedimentos e técnicas utilizadas em diferentes contextos institucionais para agir sobre o comportamento dos indivíduos tomados isoladamente ou em grupo, para formar, dirigir e modificar sua maneira de portar-se (CASTRO, 2009, p. 126).

O poder para exercer tais procedimentos e técnicas necessita formar, organizar e por em circulação um saber, ou melhor, aparelhos de saber, por meio de instrumentos de formação e de acumulação de saber vistos como máquinas de poder, os quais utilizam métodos de observação e técnicas de registro (MACHADO, 2008).

Nessa perspectiva, a complexa relação entre poder e saber foi abordada extensivamente por Foucault, e sua tese principal era de que “todo ponto de exercício de poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber”. Diante dessa análise, é fundamental ressaltar que “não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder” (MACHADO, 2008, p. XXI).

Com efeito, o poder e o saber se apoiam e se reforçam mutuamente por meio do controle sobre o corpo, o gesto, o comportamento, sempre com intuito de separar, hierarquizar e distribuir, suscitando assim a figura singular e individualizada do homem (MACHADO, 2008), o qual passa a ser percebido como efeito e objeto de

poder, mas também, como efeito e objeto de saber (FOUCAULT, 2009). Ainda, a individualidade se apresenta inteiramente atrelada ao poder e nós somos individualizados pelo próprio poder, visto que a individualidade pode ser considerada efeito e instrumento do poder (FOUCAULT, 2003).

Nesse sentido, o poder disciplinar articula uma rede de mecanismos que compreende os aspectos mais sutis da vida em sociedade. Caracterizado como um micropoder que se expande e se faz presente em todos os níveis da rede social (FONSECA, 2003) através do controle do tempo e da vigilância, produz novos saberes nas sociedades capitalistas. Desse modo, Foucault, ao analisar as relações entre poder e a produção de saberes, no século XVIII, buscava uma compreensão da economia do poder, a qual se utiliza do olhar que vigiava, e da norma que disciplinava (ARAÚJO, 2001).

2.2 PODER DISCIPLINAR: como se fabricam corpos dóceis

O poder disciplinar, na obra de Michel Foucault, é apresentado, em 1975, no livro intitulado *Vigiar e punir*. Esse livro é considerado o marco inaugural da fase genealógica do autor, pois passa a interessar, a Foucault, o poder como elemento capaz de explicar como se produzem os saberes e como nos constituímos na articulação entre ambos (VEIGA-NETO, 2007).

A fase da genealogia buscou analisar os processos dinâmicos das relações de poder, o que tais relações produzem, e procurar particularidades que formam o conhecimento, as percepções e o saber. Para tanto, a obra de Foucault tem especial atenção ao poder disciplinar e suas instituições, as quais instituíram técnicas e saberes que legitimaram diversas práticas de sujeição (MENDES, 2014).

A problemática estudada por Foucault, no livro *Vigiar e punir*, apresenta uma relação específica com o "poder que incide sobre os corpos dos indivíduos enclausurados, em prisões, hospitais, escolas, exército, fábricas, utilizando uma tecnologia própria de controle. Foi esse tipo de poder específico que Foucault denominou de disciplina ou poder disciplinar" (MACHADO, 2008, p XVII). Caracterizado como um dispositivo³, o poder disciplinar utiliza determinadas técnicas

³O termo dispositivo surge em Foucault, na década de 1970, e designa inicialmente operadores materiais do poder, isto é, técnicas, estratégias e formas de assujeitar desenvolvidas pelo poder (REVEL, 2011).

para atingir o controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade (FOUCAULT, 2009).

Dessa forma, no século XVIII, segundo Foucault (2009), surge uma nova relação de poder, denominada poder disciplinar, diferente daquele existente nas relações de soberania que era baseado na terra e seus produtos. Esse poder "apoia-se nos corpos e em seus atos, para tirar-lhes tempo e trabalho, mais do que bens e riqueza". Portanto, não corresponde mais ao regime de soberania, e "é claramente utilizado na sociedade burguesa como um instrumento importante para a formação do capitalismo industrial" (FOUCAULT, 2008, p.188).

Nesse sentido, Foucault (2009) defende que, no século XVIII, na época clássica, o corpo foi utilizado como objeto e alvo do poder, pela oportunidade de ser manipulado, modelado e treinado para ser dócil.

Os esquemas de docilidade propostos não são inéditos; as relações de poder agem e agiram desde sempre sobre o corpo, em qualquer sociedade, mas, com a modernidade, o corpo passa a ser dividido, separado, medido, investigado em cada detalhe por meio de um jogo de poderes, que o limita, proíbe e o obriga. Assim, o poder disciplinar age em cada indivíduo para fabricar corpos dóceis por meio do detalhe, o absolutamente ínfimo, aquilo que antes passava despercebido, visualizando o homem como algo que se fabrica. O corpo foi dobrado pelo poder, através dessas novas técnicas (FOUCAULT, 2009).

Logo, a "disciplina se tornou, no decorrer dos séculos XVII e XVIII, fórmula geral de dominação", diferente da escravidão, da domesticidade, da vassalagem e do ascetismo, pois não se fundamenta numa relação de apropriação dos corpos, nem de dominação constante, ou de submissão (FOUCAULT, 2009, p.133). O objetivo da disciplina, como instrumento do poder disciplinar, é justamente docilizar o indivíduo, fabricando-o, do ponto de vista social, econômico e político, fundamentado em uma:

[...] técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. Não é um poder triunfante [...] é um poder modesto, desconfiado, que funciona a modo de uma economia calculada, mas permanente. Humildes modalidades, procedimentos menores, se os compararmos aos rituais majestosos da soberania ou aos grandes aparelhos do Estado (FOUCAULT, 2009, p.164).

A disciplina é definida como a anatomia política do detalhe, pois "o corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe", por meio de "técnicas sempre minuciosas, muitas vezes íntimas, mas que têm sua importância: porque definem um certo modo de investimento político e detalhado do corpo, uma nova microfísica do poder" (FOUCAULT, 2009, p.134).

A invenção dessa nova anatomia política do poder apresenta-se em funcionamento em múltiplas instituições reconhecidas socialmente, como o estado, a escola, a universidade, o hospital, as fábricas, consideradas como instituições disciplinarizadoras por sua natureza, sendo as primeiras instâncias reguladoras da normalização, das conduções e criações de subjetividade, repartindo, classificando, diferenciando e, até mesmo, hierarquizando os indivíduos (CASTRO, 2009).

Segundo Foucault, o poder disciplinar é invisível, mantém o indivíduo disciplinado pelo jogo de olhares e pelo controle sobre os corpos. No entanto, o poder disciplinar não elimina outros tipos de relações de poder, mas os transforma e os auxilia a penetrarem de uma maneira mais discreta em toda a sociedade (FOUCAULT, 2009). É pela disciplina que as relações de poder se tornam mais facilmente observáveis, pois é "por meio dela que se estabelecem as relações hierárquicas: opressor-oprimido, mandante-mandatário" e tantas quantas forem as relações que exprimam relações de poder (FERREIRINHA; RAITZ, 2010, p. 371).

Nesse contexto, a "disciplina busca que não simplesmente se faça aquilo que é ordenado, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente" (FOUCAULT, 2009, p.133), pois trata-se de uma técnica de extrema racionalidade que, "a partir do século XVIII, impõe não apenas uma racionalização econômica, mas também técnicas políticas e de poder" (CASTRO, 2009, p. 126).

Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos (MENDES, 2014). Assim, o poder disciplinar se estabelece por meio de novas técnicas, centradas no corpo dos indivíduos, que implicam em resultados profundos e duradouros até mesmo no âmbito macropolítico (FOUCAULT, 2009).

O poder disciplinar não reprime, ele produz corpos dóceis, exercitando habilidades e capacitando-os. Isso ocorre em todas as esferas da sociedade, não há

um único indivíduo manipulando tudo, tudo e todos estão envolvidos, enfim, a sociedade como um conjunto de interesses e forças (FOUCAULT, 2009). Ainda,

[...] a disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma "aptidão", uma "capacidade" que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita. Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma sujeição acentuada (FOUCAULT, 2009, p. 134).

"A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis" que recebem com naturalidade a disciplina, constituída de métodos que permitem o controle minucioso das ações corpóreas, através da delimitação de espaço, controle e tempo e de movimento (FOUCAULT, 2009, p.133). Ainda, o poder disciplinar requer um registro permanente do conhecimento. Por isso que, ao mesmo tempo em que se executa um poder, produz-se um saber (MACHADO, 2008).

Para tanto, Foucault descreve quatro dispositivos disciplinares na formação de corpos dóceis, os quais possibilitaram ao indivíduo ser um objeto de saber, enquanto o poder permite o adestramento dos corpos (ARAÚJO, 2001). Esses quatro dispositivos constituem: distribuição espacial; controle da atividade; organização das gêneses e composição das forças.

2.2.1 Distribuição espacial

A disciplina se manifesta, na distribuição dos indivíduos em espaços, entendida como um procedimento que permite a análise e a utilização particular e combinatória dos indivíduos. No espaço investido pelos mecanismos disciplinares, cada indivíduo tem o seu lugar e todos os lugares têm a sua destinação. Assim, não há espaços vazios que permitam uma utilização despersonalizada (CASTRO, 2009).

Essa distribuição dos indivíduos no espaço é realizada por meio de diversas técnicas: a clausura como definição de um lugar heterogêneo e fechado em si mesmo, para o exercício do controle, representada, por exemplo, por colégios e quartéis; o quadriculamento que objetiva que cada indivíduo tenha seu lugar, evitando a distribuição por grupos, pois "o espaço disciplinar tende a se dividir em

tantas parcelas quanto corpos ou elementos que há a repartir" (FOUCAULT, 2009, p.138). Dessa forma, segundo o princípio da localização imediata, o importante é:

Estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar (FOUCAULT, 2009, p. 138).

Ainda como técnica de distribuição dos indivíduos no espaço, as localizações funcionais visam codificar um espaço, não apenas para vigiar, mas para estabelecer um espaço útil, no qual possa se vigiar tanto o grupo, como cada integrante, verificando a qualidade, a rapidez e a força de trabalho de maneira individual; e, como última técnica, a posição na fila, pois, na disciplina, os elementos são intercambiáveis. Assim, o lugar que o indivíduo ocupa na fila, o define: "A fila por sua vez individualiza os corpos por uma localização que não os implanta, mas os distribui e os faz circular numa rede de relações", simbolizando uma hierarquia do saber ou das capacidades, garantindo a obediência e auxiliando no controle dos indivíduos (FOUCAULT, 2009, p.141).

Nesse sentido, Foucault afirma que, por meio do ordenamento espacial dos homens, a disciplina forma "quadros-vivos", transformando "multidões confusas, inúteis ou perigosas em multiplicidades organizadas". Os quadros vivos eram ao mesmo tempo uma técnica de poder e um processo de saber, cuja intenção era a de dominar a diversidade, impondo-lhe uma ordem (FOUCAULT, 2009, p.143).

2.2.2 Controle da atividade

O controle da atividade é realizado fundamentalmente em função de dois polos: aquele em que a atividade é relacionada ao tempo, e o outro, em que a atividade é relacionada ao corpo que a realiza e ao objeto de sua realização. Foucault descreve o controle da atividade por meio do horário, da elaboração temporal do tempo, da correlação entre corpo e gesto, da articulação do corpo com objetos e da utilização exaustiva do tempo (CASTRO, 2009).

Dessa forma, as principais funções da sociedade disciplinar têm sua base no controle do tempo e dos corpos. Por meio do controle do tempo, controlam-se os horários, que estabelece censuras, obriga ocupações determinadas, regulamenta e garante os ciclos de repetição e a qualidade do tempo empregado, produzindo um

tempo integralmente útil. Considerando a elaboração temporal do ato, essa implementa um ritmo coletivo e obrigatório, determinando o movimento, sua direção, amplitude e duração. Assim, "o tempo penetra o corpo, e com ele todos os controles minuciosos do poder", os quais passam a impor precisão, exatidão e ritmo perfeito ao corpo do indivíduo (FOUCAULT, 2009, p.146).

Já, por meio do controle do corpo, o controle disciplinar impõe uma melhor relação entre o corpo e o gesto específico, visando uma maior eficácia e rapidez em um gesto eficiente. O tempo é precioso, deve ser usado com agilidade; o corpo dócil deve ficar concentrado e agir com destreza através das várias etapas, pois ao realizar bem o uso do corpo e do tempo nada deve ficar ocioso ou inútil (FOUCAULT, 2009).

Há também uma articulação entre corpo e objeto que visa definir cada movimento que o corpo deve manter com o objeto que manipula; através dessa articulação, a disciplina controla qualquer atividade, pois codifica de maneira instrumental o corpo. Desse modo, a codificação significa decompor a atividade em gestos, visando detalhar minuciosamente as ações do corpo sobre o objeto dentro de um espaço de tempo específico para cada etapa, possibilitando um controle total da atividade (FONSECA, 2003).

Em relação à utilização exaustiva do tempo, destaca-se a necessidade de "extrair do tempo sempre mais instantes disponíveis e de cada instante mais forças úteis". O princípio de utilização sempre crescente do tempo supõe que ele possa ser inesgotavelmente dividido e investido por alguma função, a fim de se conseguir um máximo de eficiência. Assim, o quadriculamento, combinado com o controle da atividade, de um jeito discreto e sutil, confina os indivíduos e concentra as forças de produção de seus corpos (FOUCAULT, 2009, p.148).

2.2.3 Organização das gêneses

A organização da gêneses é responsável por organizar as relações do tempo, dos corpos e das forças, com o propósito de capitalizar o tempo. Para tanto, a organização da gênese produz quatro processos de organização, em relação ao tempo: no primeiro, divide-se a duração das atividades em segmentos sucessivos, dos quais para cada uma há um termo exclusivo; após, organizam-se esses segmentos, sucedendo-se elementos simples que se combinam com outros mais

complexos de maneira crescente, pois trata-se essencialmente do exercício como técnica de repetição dos gestos e movimentos, porém graduados (FOUCAULT, 2009).

Em seguida aos segmentos temporais, aplica-se uma prova, a qual tem como objetivos: avaliar se o indivíduo atingiu o nível de aprendizagem para que passe ao nível seguinte, garantir que sua aprendizagem está em conformidade com a dos outros, e diferenciar as capacidades de cada indivíduo. Por fim, são estabelecidas múltiplas séries, prescrevendo que a cada nível e seu posto correspondem determinados exercícios. Isso permite um maior controle na forma da continuidade e da coerção, para que sejam atingidos um maior crescimento e uma maior qualificação (FOUCAULT, 2009).

Nesse sentido, “o exercício, transformado em elemento de uma tecnologia política do corpo e da duração, não culmina num mundo do além; mas tende para uma sujeição que nunca terminou de se completar” (FOUCAULT, 2009, p.156).

O poder “se articula diretamente sobre o tempo, realiza o controle e garante sua utilização”. A organização do espaço e do tempo leva diretamente à acumulação de saberes, e, também, à sujeição. O indivíduo a ser docilizado passa por várias etapas de formação; seu processo é dividido em classes, medido por provas, melhorado por exercícios. Uma série de estágios devem ser ultrapassados até que a formação esteja concluída, desde os conteúdos mais simples até os mais complexos. O poder disciplinar concentra-se nos detalhes, acumula-se na repetição (FOUCAULT, 2009, p. 154).

2.2.4 Composição das forças

Outra característica da disciplina é a construção de "uma máquina cujo efeito seja levado ao máximo pela articulação" e eficiência com as peças que a compõe. Essa característica se apresenta em três modos: o corpo singular torna-se um elemento que pode se articular, com os outros, pois o corpo se constitui como peça de uma máquina multissegmentar; o tempo de uns deve-se ajustar ao tempo de outros para que sejam extraídas as máximas quantidades de forças do total; e, ainda, há a necessidade de um mecanismo preciso de comando (FOUCAULT, 2009, p. 158).

Todo treinamento converge para um ponto máximo onde a composição de forças gera o máximo de eficiência; uma massa amorfa de indivíduos se torna agora um único corpo maquinal para produzir e exhibir conhecimento. A soma é maior que as partes individuais, mas a organização é sempre exterior, superior, quase transcendente. O sinal do professor, do supervisor ou do coronel deve ser respeitado e obedecido imediatamente. A máquina articulada não permite refletir, o corpo treinado se acopla e reproduz (FOUCAULT, 2009).

Em resumo, deve-se considerar o poder disciplinar como uma tática produtiva e geradora de individualidade. A forma da individualidade disciplinar corresponde a quatro características: "celular (pelo jogo da distribuição espacial), orgânica (pela codificação das atividades), genética (pela acumulação do tempo) e combinatória (pela composição das forças)" (FOUCAULT, 2009, p 161).

Portanto, há todo um poder que, investido sobre o corpo, para produzir o indivíduo docilizado, utiliza-se de táticas disciplinares ao construir, por meio de corpos localizados, atividades codificadas e aptidões formadas, aparelhos em que o produto das diferentes forças se encontra majorado por sua combinação calculada. Assim, a disciplina poderia ser entendida como um mecanismo de controle do exercício do poder, como uma forma de domar os corpos dos indivíduos, tornando-os governáveis (MACHADO, 2008; FOUCAULT, 2009).

2.3 PODER DISCIPLINAR: instrumentos para adestrar

Segundo Foucault, o poder disciplinar é com "efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior adestrar; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor". Logo, o poder disciplinar tem como objetivo "adestrar" as "multidões confusas e inúteis de corpos" e, a partir daí, fabricar indivíduos meros objetos e, ao mesmo tempo, instrumentos do seu próprio exercício (FOUCAULT, 2009, p. 164).

Nesse processo de adestramento dos corpos, é fundamental ter claro quais são os recursos necessários para que ocorra seu funcionamento e a sua consonância com as técnicas disciplinares. Assim, a disciplina utiliza três mecanismos ou tecnologias, constituídos pela vigilância hierárquica, sanção normalizadora e o exame, os quais foram inseridos no corpo individual e social moldando o indivíduo (FONSECA, 2003).

2.3.1 Vigilância hierárquica

"A vigilância hierarquizada, contínua e funcional não é, sem dúvida, uma das grandes invenções técnicas do século XVIII, mas sua insidiosa extensão deve sua importância às novas mecânicas de poder que traz consigo" (FOUCAULT, 2009, p. 170). Conforme a utilização de sistemas cada vez mais complexos de disposições espaciais, as técnicas empregadas para vigiar são intensificadas e aperfeiçoadas, pois a intenção é que nenhuma ação permaneça oculta aos olhos da vigilância. Desse modo, o objetivo de vigiar passa a ser o aumento da capacidade de vigilância do aparelho disciplinar, pois quanto mais abrangente e permanente esse olhar se tornar, mais eficiente será (FONSECA, 2003).

Para Foucault, a vigilância é invisível, piramidal, inscrita na organização espacial, a qual incorpora no indivíduo um sentimento de estar sendo eternamente vigiado, observado, transformando-o na razão da sua própria sujeição. Para tanto, o exercício da disciplina necessita de um dispositivo que utilize técnicas de observação para induzir efeitos de poder, e que, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam esses efeitos (FOUCAULT, 2009).

Dessa forma, as instituições disciplinares e seus projetos arquitetônicos visam "permitir muito mais um controle interior, a fim de tornar visíveis os que nelas se encontram, do que produzir efeitos voltados pra o espaço exterior" (FONSECA, 2003, p.55). Assim, a arquitetura interna possibilita uma maior exposição daqueles que abriga, facilitando o processo de observação constante do comportamento e incluindo a produção de treinamentos e registros. Ainda, há uma maior discricção e intensidade nas formas de conhecimento e controle, pois não necessita criar um lugar específico para a vigilância e controle dos indivíduos, utilizando-se de lugares já ocupados por eles (FONSECA, 2003).

Tal combinação de fatores pode ser aplicada nas mais diferentes atividades, por exemplo, os militares utilizavam, nos quartéis, a disposição das camas dentro dos alojamentos; na indústria, se usava na distribuição do maquinário e, nas escolas, a organização das carteiras em filas (FONSECA, 2003). Assim, no âmbito escolar, a disposição das filas e a organização em círculos, por exemplo, não significa senão uma nova opção para o olhar do professor (SILVA, 1999).

Destarte, o poder na vigilância hierarquizada das disciplinas não se detém como uma coisa, não se transfere como uma propriedade, funciona como uma máquina (FOUCAULT, 2009). A vigilância hierárquica, a partir de seus dispositivos, permite que o poder disciplinar se organize como um poder múltiplo, automático, anônimo, discreto - por funcionar sozinho e silenciosamente - por estar ao mesmo tempo em toda parte e sempre alerta. Esse fardo coercitivo, que a disciplina consegue transferir das relações de poder que a empregam para os próprios indivíduos, é fruto, portanto, da vigilância (MACHADO; 2008; CASTRO, 2009).

2.3.2 Sanção normalizadora

A sanção normalizadora está essencialmente ligada a uma forma de vigilância que permite conhecer os menores e mais sutis atos e comportamentos que acontecem em qualquer instituição que se aplique a tecnologia disciplinar. Desse modo, ao identificar pequenos atos, a sanção normalizadora utiliza formas singulares de punição, as quais objetivam a normalização do indivíduo (FONSECA, 2003).

Para tanto, Foucault descreve que a arte de punir, no regime do poder disciplinar, não visa nem a expiação, nem mesmo exatamente a repressão; desse modo, utiliza-se de cinco operações: o julgamento de micropenalidades, a penalidade, o exercício como castigo, a gratificação-sanção e a divisão segundo classificações (FOUCAULT, 2009).

Considerando o julgamento de micropenalidades, Foucault afirma que na "essência de todos os sistemas disciplinares, funciona um pequeno mecanismo penal", o qual estabelece penalidades para os mais sutis desvios de conduta, qualificando e reprimindo um conjunto de comportamentos não adequados aos grandes sistemas de castigo por sua relativa indiferença. Assim, cada indivíduo vivencia um contexto punível-punidor (FOUCAULT, 2009, p. 171).

O foco do poder disciplinar é controlar o tempo, o corpo, a atividade, o discurso, a sexualidade e a própria maneira de ser do indivíduo. Os desvios de conduta que deveriam ser punidos referiam-se, por exemplo, a atrasos, ausências, desatenção, negligência, desobediência, insolência, atitudes incorretas, falta de higiene e indecência (FOUCAULT, 2009).

Em relação às penalidades, a disciplina impõe uma maneira específica de punir, entendida como um modelo reduzido do tribunal, no qual tudo o que está inadequado à regra ou se afasta dela é chamado de desvio e para punir é utilizada "toda uma série de processos sutis, que vão do castigo físico leve a privações ligeiras e a pequenas humilhações". Assim, a penalidade disciplinar trata dos pequenos desvios definidos pela inobservância da regra (FOUCAULT, 2009, p 172).

Ainda, essas penalidades disciplinares devem respeitar uma ordem de base mista, pois deve se orientar de forma explícita por um regulamento e, também, deve ser definida por processos naturais e observáveis relacionados, como a duração de um aprendizado ou o tempo de um exercício (FOUCAULT, 2009).

No que se refere ao exercício como castigo, pode-se dizer que tem a função de reduzir os desvios e as inobservâncias, essencialmente pelo efeito corretivo e redirecionador. Nesse sentido, o castigo, que serve de forma de punição da sanção normalizadora, é o exercício de repetição da própria observância da regra (FONSECA, 2003).

Já no âmbito da gratificação-sanção, a punição disciplinar, não passa de um elemento de um sistema duplo, o qual tem seu papel baseado em um processo de treinamento e de correção (FOUCAULT, 2009). Nesse sistema de sanção e gratificação, a punição disciplinar é baseada em um sistema analítico; e, quanto mais analítico for o processo, maiores serão as chances de normalizar os indivíduos, pois trata-se de uma análise de caráter individual e particular (FONSECA, 2003). Assim,

[...] graças ao cálculo permanente das notas a mais ou a menos, os aparelhos disciplinares hierarquizam, numa relação mútua, os "bons" e os "maus" indivíduos. Através dessa micro economia de uma penalidade perpétua, opera-se uma diferenciação que não é a dos atos, mas dos próprios indivíduos, de sua natureza, de suas virtualidades, de seu nível ou valor. A disciplina, ao sancionar os atos com exatidão, avalia os indivíduos "com verdade"; a penalidade que ela põe em execução se integra no ciclo de conhecimento dos indivíduos (FOUCAULT, 2009, p 174).

A última operação da sanção normalizadora tem um papel duplo para a disciplina, pois a divisão, segundo classificações ou graus, tem por objetivo: expor os desvios, classificar as qualidades e as aptidões; mas também castigar e recompensar. O duplo efeito dessa penalidade hierarquizante, por exemplo, no contexto escolar, significa distribuir os alunos, segundo aptidões e comportamentos; exercer sobre eles uma pressão constante, para que se submetam todos ao mesmo

modelo, para que sejam obrigados todos juntos "à subordinação, à docilidade, à atenção nos estudos e nos exercícios, e à exata prática dos deveres e de todas as partes da disciplina" (FOUCAULT, 2009, p.175).

A normalização não é consequência de um formato de repressão, mas de mecanismos de sanções que envolvem a classificação e a qualificação de condutas; a obrigação de escolher entre determinados valores; a diferenciação dos indivíduos; a imposição de um sistema de exercícios repetitivos, expondo quem está de acordo com a normalidade e quem não está. Assim, não faz com que todos sejam iguais, mas que todos se pareçam em torno de um padrão, preservando, para todos os efeitos, a individualidade (FONSECA, 2003).

2.3.3 Exame

O terceiro instrumento é o exame, o qual supõe um mecanismo que liga um certo tipo de formação de saber a uma certa forma de exercício do poder, pois combina as técnicas da vigilância hierárquica e as da sanção normalizadora, visto que, pelo exame, se tem um controle normalizante e uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir (FOUCAULT, 2009). Para tanto, Foucault evidenciou três procedimentos que fazem do exame um mecanismo essencial da disciplina: a inversão da economia da visibilidade, o campo documental e a individualização dos casos (FONSECA, 2003).

O exame inverte a economia da visibilidade no exercício do poder, pois tradicionalmente o poder se mostrava, fazia-se visível e os sujeitos sobre os quais ele agia permaneciam na sombra; em oposição, no exame, o poder é invisível, assim, impõe maior e mais detalhada visibilidade dos que se submetem à sua atuação (CASTRO, 2009).

Já em relação ao campo documental, o exame produz um arquivo da individualidade, por meio de técnicas de registros e anotações, cuja fonte não é outra que não os indivíduos sobre os quais atua. Toda extração conseguida pelo exame é registrada e documentada; através dessa prática, nenhum detalhe é perdido (FOUCAULT, 2009).

Desse modo, cada indivíduo é transformado em um caso, e ele passa a ser uma peça de um dispositivo estratégico que permite a fixação das diferenças com intuito de projetar cada indivíduo a sua singularidade (FONSECA, 2003). Em

oposição à relevância do status, dos privilégios, das funções, o exame suscita uma nova modalidade de poder, na qual cada um recebe como status sua própria individualidade (FOUCAULT, 2009).

A partir do exame, as disciplinas se estabelecem como uma modalidade de poder para o qual a diferença individual é pertinente. Assim, a individualidade é um objeto de descrição e documentação, que, por receber esse tratamento, pode ser controlado e dominado a partir de um processo constante de objetivação e sujeição (CASTRO, 2009). Tal procedimento permite ao mecanismo disciplinar uma "utilização praticamente personalizada de cada indivíduo, com vistas a uma normalização, que não representa a uniformização das individualidades, mas sim a adequação a um dispositivo", o qual constitui o sujeito moderno, com características bem definidas de docilidade e utilidade (FONSECA, 2003, p. 62).

Por fim, a disciplinarização e a normalização da sociedade obtida pelos mecanismos do poder disciplinar, tem, como obra fundamental, o indivíduo moderno e seu maior efeito é produzir uma individualidade que corresponda às perspectivas de acumulação e de uma gestão útil dos corpos (FONSECA, 2003).

3 CONCEPÇÕES TEÓRICAS

3.1 SOFRIMENTO MORAL: bases teóricas

O conceito de Sofrimento Moral (SM), na literatura, foi idealizado por Andrew Jameton (PhD Philosophy, 1972, University of Washington; BA Psychology, 1965, Harvard University) que, na década de 80, publicou o livro intitulado “Prática de enfermagem: questões éticas”, apresentando o conceito de SM como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando o indivíduo não pode executar ações moralmente adequadas, segundo sua consciência (JAMETON, 1984).

Jameton (1984), com o intuito de elucidar suas ideias e diferenciar o SM de outras questões éticas bastante discutidas na literatura, classificou em três categorias os problemas éticos: *Incerteza Moral*, quando se reconhece um problema como uma situação moralmente inadequada ou incorreta; *Dilema Moral*, quando a partir de um problema moral, há duas ou mais ações eticamente justificáveis que podem ser tomadas, e muitas vezes, há desvantagens significativas para cada solução potencial; e *SM*, em que é provável que a ação eticamente adequada para resolver um problema moral tenha sido identificada, no entanto, sua implementação apresenta muitas dificuldades.

No decorrer das décadas de 1980 e 1990, alguns autores buscaram aprofundar o significado inicial de SM, como Wilkinson (1987) que estabeleceu a experiência de SM como um estado de sentimento negativo, além de desequilíbrio psicológico. O próprio Jameton (1993) argumentou que o papel do enfermeiro como agente moral pode gerar SM, ao participar de ações julgadas moralmente erradas. Nesse sentido, Liaschenko (1995) identificou, como fonte de SM, a perda da integridade moral, entendida como uma coerência entre crenças e ações; assim, ao ocorrer uma ação de incoerência entre esses dois fatores, poderá ocorrer SM (WEBSTER; BAYLIS, 2000; HARDINGHAM, 2004).

Webster e Baylis (2000) acreditam que o SM trata-se de um evento que poderá originar resultados positivos e/ou negativos para os que o vivenciam. Como o SM é percebido de uma maneira específica e diferentemente pelas pessoas, algumas podem considerar situações vivenciadas como angustiantes, ou não, com base em suas crenças, valores, experiências, percepções individuais que formam

sua sensibilidade moral; assim, em determinadas situações, a integridade moral de um indivíduo poderá ser preservada enquanto que, para outros, poderá ser violada (AUSTIN et al., 2008a).

No contexto da pesquisa quantitativa acerca do SM, Corley et al., (2001) criaram uma escala para medir a frequência e a intensidade de SM, a partir de situações vivenciadas no ambiente de trabalho, com base nas obras de Jameton e Wilkinson, denominada *Moral Distress Scale*. O instrumento, em sua primeira versão, englobava questões que versavam sobre prolongamento da vida, realização de exames e tratamentos desnecessários, ações profissionais incompetentes por parte da equipe médica e situações de omissão frente aos pacientes (CORLEY, 1995). Já na segunda versão, em 2001, foram incluídas questões referentes ao manejo da dor, gerência dos cuidados de enfermagem e incompetência dos profissionais de enfermagem (CORLEY et al., 2001).

Na primeira década de 2000, um dos marcos de reconhecimento ao conceito de SM foi sua inclusão no Código de Ética da Canadian Nurses Association, o qual apresentou, como fonte de SM, situações em que os enfermeiros não podem cumprir com suas obrigações e compromissos éticos, ou não conseguem perseguir o que eles acreditam ser o curso certo da ação, ou, ainda, quando deixam de viver de acordo com suas próprias expectativas da prática ética, por um ou mais dos seguintes motivos: erro de julgamento, decisão pessoal insuficiente, circunstâncias fora de seu controle. Tais situações podem gerar sentimentos de culpa, preocupação e desgosto (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2008).

Em relação às possíveis características do SM, Nathaniel (2006) defende que o SM é caracterizado por uma dor que afeta a mente, o corpo, e as relações. Em consonância, Kopala e Burkhart (2005) complementam a discussão, elencando características definidoras do SM, as quais incluem a situação em que o fato ocorre, como quando um julgamento moral não é posto em prática, bem como as respostas emocionais ao SM, como culpa, angústia, frustração e sentimentos de inutilidade, além de sintomas fisiológicos, como náuseas, desconforto gastrointestinal e enxaqueca.

Ainda, para McCarthy e Deady (2008, p. 254), SM trata-se de um conceito guarda-chuva que capta uma gama de experiências de indivíduos moralmente constrangidos. Podendo ser entendido como uma resposta às restrições individuais, institucionais ou sociais (KOPALA; BURKHART, 2005). Assim, os indivíduos podem

ser restringidos por causa de uma falha pessoal, como, medo ou falta de vontade; ou restrições situacionais, como a tomada de decisão hierárquica ou a falta de recursos (MCARTHY; DEADY, 2008).

O SM pode ocorrer quando o ambiente interno dos profissionais, seus valores e obrigações percebidos, são incompatíveis com as necessidades e pontos de vista predominantes no ambiente de trabalho externo, passando a requerer a identificação de problemas sociais, organizacionais e de responsabilidade para o seu enfrentamento (MCARTHY; DEADY, 2008; EPSTEIN; DELGADO, 2010).

Dessa forma, é importante salientar que a ausência de SM não indica necessariamente que problemas éticos não existam dentro de um meio ambiente específico, mas, sim, que o impacto sobre os indivíduos pode ser reduzido, devido ao seu nível de sensibilidade moral (AUSTIN et al., 2008a).

Embora três décadas de debate acerca do conceito de SM tenham se passado, Jameton (2013) ainda o define como um conceito útil para discutir mais diretamente os problemas morais. A vivência do SM já é uma experiência comum no cotidiano dos enfermeiros, mas a sensibilidade moral dos enfermeiro com relação aos problemas éticos da saúde também se assemelha a uma inquietação generalizada na sociedade em geral. De tal modo, SM como um conceito não se limita a enfermagem. Ele pode ser experimentado em todas as profissões e em todos os ambientes de trabalho (GANSKE, 2010).

3.2 SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM

A prática de enfermagem é fundamentalmente um empreendimento moral, já que o modo como os profissionais desempenham seu papel tem implicações morais (SCOTT, 1998) para os múltiplos sujeitos envolvidos, principalmente pelas diferentes relações de poder, de desigualdades sociais, culturais, de linguagem, de saber, dentre outras, presentes no ambiente de trabalho (LUNARDI et al., 2007; LUNARDI et al., 2009).

As ações dos enfermeiros, frente aos problemas morais e éticos, são baseadas em valores e crenças individuais, bem como em princípios éticos, códigos profissionais, e no contexto do ambiente de saúde no qual estão inseridos (COHEN; ERICKSON, 2006). Os problemas morais e éticos são iminentes aos profissionais de enfermagem e ocorrem quando diferenças no modo de perceber uma determinada

situação não podem ser adequadamente comunicadas, compreendidas e resolvidas, o que pode gerar SM (JAMETON, 1993).

O SM na prática da enfermagem, descrito como desequilíbrio psicológico, surge quando a pessoa sabe moralmente qual a decisão mais adequada a ser tomada, porém, por pressões externas ou de outrem, tem dificuldades de assumir tais decisões (JAMETON, 1984). Geralmente, as decisões de enfrentamento não podem ser adotadas por obstáculos institucionais, constrangimentos legais, políticas das instituições de saúde e/ou desequilíbrios nas relações de poder (JAMETON, 1984; KOPALA; BURKHART, 2005).

A enfermagem, frequentemente, se vê compelida a escolher entre os valores morais que norteiam sua prática profissional e os objetivos institucionais (KELLY, 1998). Muitas dessas decisões podem tornar-se frustrantes e desanimadoras para os enfermeiros que tentam defender os direitos do paciente e atuar com base em princípios éticos (TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2014). Essa evidência sugere que os enfermeiros podem sacrificar sua própria integridade moral, suas crenças e valores, para sobreviver no contexto dos serviços de saúde (HAM, 2004). Ainda, frente às diversas e contínuas exposições a conflitos e problemas morais, poderá ocorrer desses profissionais, às vezes, sequer reconhecerem o SM que vivenciam (LUNARDI, 2013).

Diversas pesquisas identificaram a ocorrência de SM em profissionais de enfermagem (JAMETON, 1984; CORLEY, 2001; MCCARTHY; DEADY, 2008; BARLEM et al., 2012; DALMOLIN et al., 2012), além de constatar que os danos à integridade moral dos profissionais ocorrem com frequência alarmante (EPSTEIN; DELGADO, 2010; THEOBALD, 2013; PETER; MOHAMMED; SIMMONDS, 2013).

Conforme a American Nurses Association (2010), um em cada três enfermeiros experimenta SM. Sendo particularmente mais propensos a esse sentimento, devido à sua responsabilidade direta no cuidado ao paciente (WIGGLETON et al., 2010) combinado aos desequilíbrios de poder entre os membros da equipe de saúde (JAMETON, 1993), à alta demanda de serviço e ao número reduzido de pessoal de enfermagem (LUNARDI et al., 2007; LUNARDI et al., 2009; BARLEM et al., 2012).

Manifestações de SM nos profissionais de enfermagem também foram associadas a situações comumente já consideradas como parte do seu cotidiano profissional, tais como a falta de consentimento informado de pacientes para

realização de procedimentos, o prolongamento da vida sem a preocupação com sua qualidade, práticas profissionais questionáveis, falta de competência profissional, abandono da advocacia do paciente, decisões fragmentadas e desigualdade na distribuição de recursos, em especial os destinados para a equipe de enfermagem (BULHOSA, 2006; BARLEM et al., 2012; DALMOLIN et al., 2012; TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2014).

Destaca-se que o SM, muitas vezes, envolve sentimentos negativos de frustração, raiva; frieza nas relações como recurso de defesa; insônia, ansiedade, depressão; falta de apoio moral e profissional; mudanças de personalidade frequentes que são bastante fáceis de reconhecer (CORLEY, 2002; ELPERN; COVERT; KLEINPELL, 2005).

Perceber o SM de modo solitário, isolado, sem interconexão com os demais profissionais da equipe de saúde, apenas intensifica o peso negativo desse sentimento, podendo contribuir para a sensação de impotência, desamparo e culpa (LUNARDI et al., 2009). Além disso, os enfermeiros são suscetíveis a sentir arrependimento e continuar a refletir sobre sentimentos dolorosos relacionados ao SM muito tempo depois de sua ocorrência (HAMRIC; DAVIS; CHILDRESS, 2006).

Nesse sentido, o SM parece envolver os seguintes mecanismos de defesa: a culpabilização da administração de enfermagem e o sistema hospitalar (KELLY, 1998); o abandono de princípios éticos e morais ao agir orientado por razões pragmáticas baseadas no medo, conveniência ou autopreservação (WEBSTER; BAYLIS, 2000).

Ainda, o abandono dos ideais da profissão pelos enfermeiros, principalmente, quando os problemas éticos deixam de ser percebidos (LUNARDI et al., 2009), afetando suas relações com pacientes e a qualidade, quantidade e custo dos cuidados de enfermagem, favorecendo o afastamento do contato com o paciente, alterações na capacidade para cuidar do outro e o desgaste da profissão (EPSTEIN; DELGADO, 2010).

O afastamento do contato com o paciente, ao mesmo tempo em que pode ajudar o profissional no curto prazo, também pode levá-lo a questionar sua identidade profissional, contribuindo ainda mais para seu sofrimento. O profissional, ao vivenciar acontecimentos e ações que chocam sua integridade moral, ou apresenta distanciamento de tudo ou amortece o seu impacto, por não reconhecê-los mais como problema (KELLY, 1998).

Como resultado desses enfrentamentos, poderá ocorrer, ainda, o abandono da profissão (KELLY, 1998; NATHANIEL, 2006; GARITY, 2009; WOJTOWICZ, 2012). O SM está relacionado diretamente à sensibilidade moral; assim, enfermeiros que deixam a profissão, em decorrência do SM, poderiam realmente ser os melhores advogados dos pacientes, demonstrando uma perda clara para pacientes e colegas (KELLY, 1998; AUSTIN et al., 2008b).

Paradoxalmente, na visão de Storch (2004), os enfermeiros moralmente envolvidos e preocupados com seus valores, incluindo o respeito, a dignidade e a qualidade de atendimento, ao perceberem esses valores ameaçados, sentem-se desafiados a agir em defesa do que acreditam ser o certo.

Em consonância, alguns pesquisadores têm observado que a experiência do SM pode ter um efeito positivo sobre os enfermeiros, constituindo-se em um catalisador para o seu crescimento por meio da auto-reflexão sobre crenças e valores individuais, institucionais e sociais, tornando-os mais conscientes e reflexivos sobre suas próprias crenças morais, espirituais e filosóficas (WEBSTER; BAYLIS, 2000; MCCARTHY; DEADY, 2008; DEADY; MCCARTHY, 2010; BARLEM; RAMOS, 2015). Desta forma a possibilidade de visualizar os problemas do cotidiano do trabalho em sua dimensão ética exige dos enfermeiros competências ético-morais capazes de mobilizar atitudes de resistência (BARLEM; RAMOS, 2015).

Nessa perspectiva positiva, os enfermeiros utilizam diversas estratégias para garantir que sua postura moral seja respeitada, resistindo ao impacto negativo do SM. Tais estratégias incluem: auto-cuidado, ao realizar pausas mais frequentes; assertividade, no ambiente de trabalho, discutindo, argumentando, recusando-se a participar de determinadas situações e mobilizando-se à participação em comitês de ética e sindicatos, a ações coletivas; e a retenção de ideais e valores éticos de enfermagem, aprendidos durante a formação (PETER; LUNARDI; MACFARLANE, 2004).

A partir dessas estratégias, um processo de aprendizagem e enfrentamento do SM poderá se estabelecer e, assim, favorecer que os enfermeiros se tornem mais sensíveis às demandas morais e mais conscientes dos obstáculos pessoais e institucionais para realizar boas práticas, aprimorando a qualidade do serviço prestado (CORLEY, 2002).

De acordo com o que foi elencado acerca do SM na enfermagem, parece adequado inferir que vivenciar o SM pode provocar uma série de respostas

diferentes, tanto positivas quanto negativas. Assim, é relevante assegurar que os enfermeiros não sejam vistos e nem se vejam simplesmente como vítimas (RODNEY, 2013), mas, sim, suscitar a necessidade de reavaliar o processo de formação acadêmica de enfermagem, para que esses profissionais reconheçam seu próprio poder de atuação como agentes ativos em suas tomadas de decisão (LUNARDI, 2013; PETER; LIASCHENKO, 2013).

A formação moral e ética deve ocorrer também no ambiente acadêmico, uma vez que a capacidade de compreender uma situação conflituosa como um problema moral requer ser trabalhada ainda na academia com os estudantes; o não reconhecimento de um problema moral interfere diretamente na forma de enfrentá-lo e tentar resolvê-lo (LUNARDI et al., 2004).

Contudo, as pesquisas em SM têm sido em grande parte realizadas com profissionais de enfermagem. A vivência de SM por estudantes de enfermagem tem sido pouco pesquisada, embora sua exposição a situações moralmente angustiantes é reconhecidamente ampla, devido ao cumprimento de experiências educacionais no ambiente clínico. Assim, os estudantes, do mesmo modo que profissionais enfermeiros, ao testemunharem circunstâncias de prestação de cuidados e comportamentos antiéticos, incompatíveis com seus valores, princípios e os padrões aprendidos durante sua formação acadêmica, percebem o SM (WOJTOWICZ, 2012; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014), validando a necessidade de investigar sua ocorrência em outras configurações, como a academia (GANSKE, 2010).

3.3 SOFRIMENTO MORAL EM ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

O SM em estudantes ocorre quando não exercem sua autonomia, declinando da resolução de um problema moral, devido à sua posição hierárquica e à preocupação com as avaliações docentes (LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009; WIGGLETTON et al., 2010). O interesse por essa temática na atualidade vem ampliando o seu campo de pesquisa, passando das primeiras investigações direcionadas aos profissionais de saúde para estudantes da área da saúde, relacionadas aos problemas morais, à sensibilidade e desenvolvimento moral (KELLY, 1998; GRANT, GIDDINGS; BEALE, 2005; BECKETTE; GILBERTSON; GREENWOOD, 2007; COMRIE, 2012), pensamento baseado em princípios (HAM,

2004), erros médicos (MARTINEZ; LO, 2008) e julgamento moral (KIM; PARQUE; HAN, 2007).

Especificamente, foi investigado SM em estudantes de terapia ocupacional (PENNY; YOU, 2011), medicina (HILLARDI; HARRISON; MADDEN, 2007; KELLY; NISKER, 2009; LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009; KNIFED; GOYAL; BERNSTEIN, 2010; WIGGLETON et al., 2010; REES; MONROUXE, MACDONALD, 2013; BERGER, 2014; MONROUXE et al, 2015), e em estudantes de enfermagem (KELLY, 1998; RANGE; ROTHERHAM, 2010; PETER; MOHAMMED; SIMMONDS, 2013; THEOBALD, 2013; CURTIS, 2014; GRADY, 2014; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015), além de estudos a partir do olhar docente sobre SM em estudantes de enfermagem (GANSKE, 2010; YOES, 2012), avançando para discussões institucionais como o ensino da ética na graduação como instrumento para enfrentar o SM (GARITY, 2009; ENGEL; PRENTICE, 2010).

No que se refere aos diferentes países e culturas que pesquisam SM em estudantes, esse tem sido objeto de estudo nos Estados Unidos da América (LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009; WIGGLETON et al., 2010; RANGE; ROTHERHAM, 2010; PENNY; YOU, 2011; THEOBALD, 2013; BERGER, 2014; GRADY, 2014), no Canadá (HILLARDI; HARRISON; MADDEN, 2007; KELLY; NISKER, 2009; KNIFED; GOYAL; BERNSTEIN, 2010; PETER; MOHAMMED; SIMMONDS, 2013; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014), e no Reino Unido (CURTIS, 2014; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015; MONROUXE et al, 2015).

Na maior parte desses estudos, é destacado ser de extrema relevância, ao pesquisar SM em estudantes, considerar fatores culturais, demográficos, religiosos, étnicos, ambientais, assim como o sexo, grau de formação acadêmica e a discrepância entre teoria e prática, devido a suas influências diretas ou indiretas nos níveis de SM (RANGE; ROTHERHAM, 2010; WIGGLETON et al., 2010; GANSKE, 2010; YOES, 2012; THEOBALD, 2013; CURTIS, 2014; GRADY, 2014; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015; MONROUXE et al, 2015).

Em relação ao sexo, as mulheres percebem um maior número de situações que geram SM, mas os homens sofrem mais ao testemunhá-las (WIGGLETON et al., 2010; MONROUXE et al., 2015). Em concordância, estudantes do sexo feminino

e não-brancos narraram significativamente mais problemas morais relacionados a abusos⁴ do que os entrevistados do sexo masculino e brancos. Ainda, estudantes do sexo feminino e brancos narraram insatisfação com ações dos profissionais de saúde significativamente de modo mais frequente do que os alunos do sexo masculino e não-brancos (REES; MONROUXE; MACDONALD, 2013). Além disso, de acordo com Range e Rotherham (2010), os discentes que tiveram uma formação religiosa católica relataram significativamente mais SM do que aqueles que informaram outras crenças religiosas.

Fatores ambientais também afetam o comportamento e o raciocínio moral dos estudantes relacionados ao contexto. Conforme o estudo de Rees, Monrouxe, Macdonald, (2013), os ambientes mais comuns para ocorrência de situações geradoras de SM em estudantes, estão no âmbito hospitalar não-cirúrgico (63,8%), cirúrgico (16,3%), e a prática em geral (9,1%), enquanto o ambiente universitário apresentou (4,4%) das citações. Esses resultados também são confirmados por Kelly e Nisker (2009), as quais identificaram que ambientes que combinam cuidados intensivos (UTI) com medicina interna concentram maiores situações geradoras de SM (27%), seguidos por cirúrgico (20%), obstétrico e ginecológico (14%), e oncológico (10%).

A discrepância entre os princípios aprendidos pelos estudantes, durante sua formação acadêmica, e o que eles percebem no cenário de prática, depende de ideais pessoais e profissionais, atrelados de maneira intrínseca a um forte senso de responsabilidade profissional desenvolvido durante o processo de formação (KELLY, 1998).

Destarte, ao considerar o grau de formação, Theobald (2013), em seu estudo com 160 estudantes de enfermagem, apresentou uma correlação direta entre o semestre cursado pelo estudante e os níveis de SM. Em seu estudo, apenas 29% dos estudantes de enfermagem, que cursavam o segundo ano, indicaram uma pontuação maior do que zero, enquanto 95% dos estudantes de séries mais avançadas obtiveram uma pontuação maior que zero para níveis de SM. Da mesma forma, Rees, Monrouxe, Macdonald (2013) afirmam que os estudantes, que estavam

⁴O termo abuso pode ser descrito como comportamentos ofensivos ou prejudiciais indesejáveis dirigidas por alguém a outro (WILKINSON et al., 2006).

mais ao final do curso, narraram, com mais frequência, problemas morais do que os estudantes que estavam nas fases iniciais.

Nesse sentido, Ham (2004), ao comparar estudantes de enfermagem e profissionais experientes frente ao nível de conforto em tomadas de decisão, afirma que os estudantes relatam mais SM em situações difíceis, devido: à falta de experiência (HAM, 2004; YOES, 2012), à falta de confiança em seu desempenho e tomada de decisão (MCCARTHY; DEADY, 2008; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014), e à insegurança nas relações discente e docentes, o que aumenta sua confusão e frustração ao enfrentar problemas morais (KELLY, 1998).

3.3.1 SM em estudantes de graduação em Enfermagem

Estudos realizados com estudantes de enfermagem, elencaram, como tema gerador de SM, algumas situações específicas, como: o processo de morte e morrer (RANGE; ROTHERHAM, 2010), a prestação de cuidado agressivo (PETER; MOHAMMED; SIMMONDS, 2013), o cuidado baseado em compaixão (CURTIS, 2014), o cuidado na saúde psiquiátrica (WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014), enquanto outros investigaram diversos temas geradores de SM (THEOBALD, 2013; GRADY, 2014; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015).

A prestação de cuidados agressivos é identificada como fonte predominante de SM, no estudo de Peter, Mohammed e Simmonds (2013). As autoras afirmam que o SM experimentado em relação aos cuidados agressivos pode ser uma expressão da falta de habilidade moral inerente aos arranjos sociais que estruturam intervenções agressivas. Nesse sentido, os participantes apresentaram, em suas concepções morais, o profundo impacto que os avanços da medicina moderna geram na negociação de responsabilidades do cuidar, medicar e tratar dos clientes, especialmente no que diz respeito à morte e ao morrer e, no caso de um participante, à concepção.

O processo de morte e morrer em doentes terminais está entre os mais desafiadores problemas morais da prática de enfermagem, podendo ser de âmbito prático, psicossocial, espiritual, jurídico, existencial ou de natureza médica, intensificando-se quando há solicitações dos próprios pacientes para a antecipação da sua morte (RANGE; ROTHERHAM, 2010).

No âmbito da saúde psiquiátrica, as experiências de SM para estudantes de enfermagem, dividiram-se em dois tipos de restrições, internas e externas. As internas são: o medo de represálias, identificado quando o estudante tende a se concentrar apenas na conclusão de uma tarefa técnica para atingir a avaliação satisfatória; a falta de autonomia e conhecimento, que diminui a confiança do estudante para questionar ações e a competência de outros profissionais de saúde, mesmo percebendo ações com um efeito negativo sobre o paciente. As restrições externas são referentes às estruturas institucionais, quando limitam a capacidade dos estudantes de enfermagem de influenciar ou questionar as normas; ao ambiente de trabalho, quando os estudantes têm experiências interpessoais negativas com pacientes, profissionais, ou supervisores da prática clínica; e à prática antiética de cuidados restritivos e coercitivos realizados no ambiente psiquiátrico (WOJTOWICZ, 2012).

De acordo com Curtis (2014), os estudantes de enfermagem necessitam mascarar suas emoções como parte do trabalho de enfermagem baseado na compaixão, para que o paciente se sinta seguro e cuidado. Ainda, os estudantes observaram posturas de dureza e frieza no exercício de liderança em enfermagem como uma possível estratégia para permitir a sobrevivência às demandas emocionais do trabalho. Além disso, a associação entre experiências pessoais e situações próprias dos pacientes também podem desencadear desequilíbrio psicológico nos discentes e fazê-los evitarem o envolvimento com os pacientes, devido às dificuldades para gerir suas emoções e sentimentos, o que poderia ser prejudicial para o seu próprio bem-estar, podendo ocorrer SM (CURTIS, 2014).

No estudo de Rees, Monrouxe, Macdonald (2015), estudantes de enfermagem citaram, em sua maioria, conflitos éticos e morais relacionados à segurança e a abusos físicos em situações de cuidados pessoais com o paciente e abusos perpetrados pelos pacientes. Essas situações podem estar relacionadas devido aos estudantes de enfermagem, comumente apresentarem mais contato físico com os pacientes. Já na pesquisa realizada por Theobald (2013), os estudantes de enfermagem apresentaram maiores índices de SM frente a situações que envolviam a sua falta de competência e a de outros profissionais com quem trabalhavam.

Nesse contexto, os estudantes demonstram um determinado grau de vulnerabilidade frente aos problemas éticos vivenciados no meio acadêmico, muitas

vezes, confundindo suas respostas e ações como um sinal de incompetência ou inadequação no desenvolvimento das atribuições do enfermeiro (GRANT, GIDDINGS; BEALE, 2005).

De tal modo, os estudantes passam a enfrentar a auto-culpa e o desapontamento pessoal quando se sentem incapazes de serem enfermeiros que defendem suas crenças e valores profissionais. Os efeitos das diferenças entre teoria e prática que geram SM na prática de Enfermagem poderão, também, influenciar, de forma negativa, a percepção dos estudantes frente a profissão enfermagem; expectativas idealistas podem não corresponder à prática clínica e, assim, os estudantes podem vivenciar dissonância e insatisfação (KELLY, 1998).

Ainda, deve-se considerar que os estudantes apresentam nível mais elevado de raciocínio moral em relação aos profissionais de enfermagem experientes, quando confrontados com um problema moral hipotético (HAM, 2004). Tal fato demonstra a relevância dessas interações no processo de socialização e aprendizagem, tanto para os enfermeiros, quanto para os estudantes (KELLY, 1998).

Narrativas de decepção, angústia e impotência fornecem um vislumbre da complexidade do SM em estudantes. Na maioria dos casos, as experiências de SM resultaram em atitudes negativas em relação a enfermagem, desilusão com os docentes e a própria profissão (WOJTOWITZ; HAGEN; DAALLEN-SMITH, 2014). Enquanto os discentes relatam experiências de desconforto, constrangimento e angústia frente a diversos eventos, os docentes raramente reconhecem a presença de vulnerabilidade neles (GRANT, GIDDINGS; BEALE, 2005). Ainda, existe a possibilidade de que esses estudantes sequer saibam que estão experimentando SM, porque desconhecem esse conceito (WOJTOWICZ, 2012).

O SM, por sua vez, ao ser vivenciado, poderá originar implicações tanto para o acadêmico, quanto para os diferentes sujeitos com os quais ele interage; ao negarem seus desejos, sua condição de sujeitos autônomos e o respeito a si mesmos, possivelmente, também estejam falhando em assegurar o respeito aos indivíduos que assumiram vir a cuidar (LUNARDI et al., 2009).

É possível, também, que ocorram alterações na qualidade de vida desses estudantes, resultando no seu afastamento de professores, colegas e familiares (OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006) e, até mesmo, do curso de graduação, com possíveis prejuízos para a formação profissional e/ou favorecendo a que os

estudantes, já como profissionais, abandonem a profissão muito cedo (TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2012; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014). Assim, é possível afirmar que os efeitos do ambiente nos estudantes de enfermagem e desses estudantes no ambiente são recíprocos.

Dessa forma, é relevante explicitar que os estudantes enfrentam problemas morais próprios (COMRIE, 2012) dentro do ambiente de formação em que estão inseridos, podendo revelar o enfrentamento de circunstâncias dúbias relacionadas ao exercício da autonomia, da ética e da moral. Nesta perspectiva, elucidar os tipos de situações que causam sentimentos negativos e, até mesmo, SM nos estudantes de graduação em enfermagem, nos ambientes de formação, poderá fornecer uma descrição das fragilidades universitárias (CARLOTTO; CÂMARA, 2008) e refletir-se diretamente na defesa e valorização do próprio estudante.

3.4 SOFRIMENTO MORAL EM ESTUDANTES E O AMBIENTE DE FORMAÇÃO

Ganske (2010) sugere em seu estudo que há evidências de SM também no ambiente acadêmico, embora a literatura documente SM, em sua maioria, no ambiente de prática clínica. A autora afirma que as situações que podem gerar SM no ensino de enfermagem estão relacionadas à desonestidade acadêmica, incluindo fraude e plágio; inflação de notas; e incivilidade. Assim, quando tais questões não são enfrentadas com transparência e justiça em um programa educacional, poderão ser criados antecedentes negativos no processo de formação dos estudantes, frente ao processo de tomada de decisão moral e ética, pois um clima de aceitação da desonestidade poderá prevalecer.

Estudos indicam, como fontes de angústia e SM, o imperativo de ter um rendimento satisfatório, pois frente ao anseio de expor dúvidas e se posicionar, muitos discentes questionam sua posição hierárquica e a repercussão negativa de suas atitudes nas avaliações dos docentes nas disciplinas (GINSBURG; REGEHR; LINGARD, 2003; HILLARDI; HARRISON; MADDEN, 2007; WIGGLETON et al., 2010); as dificuldades em perceber o real valor de sua prática profissional (BECKETT; GILBERTSON; GREENWOOD, 2007; BORDIGNON et al., 2014; TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2012) e a indecisão acerca da profissão escolhida (CARLOTTO; NAKAMURA; CÂMARA, 2006; BORDIGNON et al., 2014).

A situação que mais causou SM nos estudantes, relacionada ao ambiente acadêmico, diz respeito ao comportamento inadequado de algum docente frente a um colega, funcionário ou outro, situação que o estudante não denunciou, porque tinha medo que afetasse negativamente sua avaliação (WIGGLETTON et al., 2010).

Nesse sentido, os docentes de enfermagem demonstram falta de apoio e comportamento excessivamente crítico, contribuindo para um ambiente de aprendizagem desconfortável. Ainda, os participantes identificaram frustração com suas percepções de impotência frente a comportamentos dos docentes de enfermagem relacionados a exemplos de coerção, ameaças implícitas, ocultação de informações sobre o tratamento e atitudes que minimizem habilidades dos pacientes (WOJTOWITZ; HAGEN; DAALLEN-SMITH, 2014).

Quanto à formação profissional, há algumas fragilidades relacionadas, predominantemente, à fragmentação teórico-prática, destacando-se o distanciamento entre o que é teoricamente enfatizado e o que é vivenciado na prática. No estudo de Wojtowicz (2012), os estudantes sentiam que suas habilidades teóricas não eram avaliadas, em vez disso, perceberam que a realização de determinada tarefa técnica era mais valorizada pelo supervisor de enfermagem para determinar a aprovação em determinada disciplina. Assim, os discentes não necessariamente necessitavam de conhecimento teórico para obter sucesso em determinada avaliação, apenas habilidade manual.

Dessa forma, o SM pode começar na fase inicial da formação profissional quando os alunos sabem o que deve ser feito, com base em sua própria sensibilidade moral, mas não vêem o certo acontecer, pois percebem que comportamentos impróprios se perpetuam (GANSKE, 2010). De acordo com Wojtowicz, Hagen, Daalen-Smith (2014), em alguns casos, os participantes sabiam o que era a coisa certa a fazer, mas apenas observaram que não estava acontecendo.

Nesse sentido, no âmbito do ambiente clínico, assim como no ambiente acadêmico, a equipe de saúde tem sido tradicionalmente organizada em um modelo hierárquico, no qual, situações de intimidação de alguns membros da equipe são resultado natural dessa estrutura organizacional, e isso pode ser entendido como um influenciador de comportamentos e comunicação (LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009); assim, os estudantes de enfermagem relatam SM ao enfrentar problemas éticos, também, no ambiente clínico (GARITY, 2009).

De acordo com os estudos analisados, é possível realizar uma síntese de diversas situações, presentes no ambiente clínico no qual ocorre a formação dos estudantes da área da saúde, que são percebidas como possíveis fontes de SM. No âmbito institucional, são alusivos aos sistemas de cuidados relacionados a problemas institucionais e/ou comunitários, incluindo questões de acesso a cuidados adequados, à falta de continuidade de cuidados, e à alocação de recursos (KELLY, NISKER, 2009; LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009); discrepâncias entre o ensino teórico/prático e a prática clínica (LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014); status hierárquico entre profissionais, supervisores, docentes e os estudantes, relacionado à inexperiência (HILLARDI; HARRISON; MADDEN, 2007; LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015); trabalhar com níveis de profissionais que o aluno considera inseguro e/ou não tão competentes para o atendimento necessário ao paciente (THEOBALD, 2013; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014); clima ambiental agressivo, hostil e/ou intimidador (WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014).

No que se refere ao comportamento de docentes e equipe de saúde, foram elencados: a depreciação e/ou humilhação praticadas pela equipe de saúde, como abuso verbal, físico e/ou discriminação (sexual, racial, religiosa) em relação aos pacientes, profissionais, pessoal auxiliar e/ou estudantes (KELLY; NISKER, 2009; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2013; 2015; MONROUXE et al, 2015); má comunicação entre as equipes, comprometendo o plano de tratamento (LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009; WIGGLETTON et al., 2010; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2013; GRADY, 2014); divergências com supervisor ou docente sobre abordagens/métodos usados no tratamento de determinado paciente (KNIFED; GOYAL; BERNSTEIN, 2010; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014).

Com o enfoque nos estudantes, foram relatadas situações em que os estudantes se sentem ignorados por professores e supervisores; a ocorrência de perguntas de forma intimidadora e para além do nível de formação do estudante; ainda, estudantes desenvolvendo tarefas domésticas devido a ordens de docentes e supervisores (MONROUXE et al., 2015).

Já na assistência direta ao paciente, as possíveis fontes de SM dos estudantes estão relacionadas: aos cuidados inadequados, assistência abaixo do

padrão, ações irresponsáveis frente aos compromissos com o cuidado do paciente, comportamento não profissional ou antiético, realizados por estudantes ou profissionais (HILLARDI; HARRISON; MADDEN, 2007; LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009; KELLY; NISKER, 2009; WIGGLETTON et al., 2010; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2013; 2015; GRADY, 2014; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014; MONROUXE et al, 2015); observação da prestação de cuidados inadequados pela família do paciente (REES; MONROUXE; MACDONALD, 2013); ato de não explicar adequadamente tratamentos e prognósticos para o paciente, como a não orientação sobre cuidados após a alta; negar ou esconder informações, realizar ou testemunhar exames ou procedimentos sem consentimento válido, realizados por estudantes ou profissionais (HILLARDI; HARRISON; MADDEN, 2007; LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009; KELLY; NISKER, 2009; WIGGLETTON et al., 2010; KNIFED; GOYAL; BERNSTEIN, 2010; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2013; 2015; PETER; MOHAMMED; SIMMONDS, 2013; MONROUXE et al, 2015).

Ainda em relação a assistência direta ao paciente, as possíveis fontes de SM, estão relacionadas à realização de procedimentos para os quais o estudante não se sentia qualificado (WIGGLETTON et al., 2010; KNIFED; GOYAL; BERNSTEIN, 2010; THEOBALD, 2013; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015); desrespeito à privacidade do paciente, quebra de confidencialidade, ação de um profissional ou estudante que comprometa a dignidade do paciente, como falar com ou sobre os pacientes de maneira desrespeitosa e o ato de expor fisicamente pacientes por mais tempo do que o necessário (KELLY; NISKER, 2009; LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009; THEOBALD, 2013; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2013; 2015; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014; MONROUXE et al, 2015); violação da segurança do paciente, como falta de higiene, erros clínicos, erros médicos, realização de procedimentos visando apenas a aprendizagem com ou sem consentimento (LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009; KELLY; NISKER, 2009; KNIFED; GOYAL; BERNSTEIN, 2010; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2013; 2015; MONROUXE et al, 2015); prestação de cuidados fúteis, agressivos e o prolongamento da vida (PETER; MOHAMMED; SIMMONDS, 2013); preconceito com determinados pacientes (KELLY; NISKER, 2009).

No estudo de Wojtowicz (2012), os participantes identificaram situações que lhes fizeram sentir SM no ambiente da prática clínica, relacionados aos modelos hierárquicos de atenção à saúde estabelecidos e ao clima ambiental implacável, demonstrados por meio de repreensão verbal, crítica e deboche entre alguns profissionais, especialmente quando os estudantes tentaram assumir um papel mais ativo. Além de percepções de um ambiente hostil, os participantes consideraram que o atendimento ao paciente se reduzia a somente uma lista de verificação a ser concluída, com enfoque apenas clínico.

Grady (2014) relatou uma experiência de má prática clínica, presenciada quando estudante de enfermagem, no período de estágio na unidade médico/cirúrgica, o qual lhe gerou SM. Na internação de um homem com lesão traumática cerebral, a enfermeira disse à estudante: “Não se preocupe com ele, ele é praticamente um vegetal” insistindo que ele não precisava de mudança de decúbito, higiene oral, ou qualquer outro cuidado de rotina, “porque ele vai morrer”. No entanto, ao realizar a avaliação inicial desse paciente, ficou claro para a estudante que ele não era "um vegetal", pois ele seguia seus movimentos com os olhos e tentava se comunicar. Ao relatar isso para a enfermeira, essa reafirmou que a estudante estava perdendo tempo e proibida de voltar ao quarto do paciente, e a lhe dar um atendimento de qualidade. A estudante sabia que a enfermeira também não iria ao quarto do paciente. Mesmo nessa situação, a autora pensou em não denunciá-la por não querer problemas com a responsável pelo campo prático e por medo de comprometer sua avaliação final na disciplina.

Do mesmo modo, outro relato de experiência, de problema ético que gerou SM, ocorreu em uma enfermaria de um hospital, envolvendo uma paciente, uma estudante e sua supervisora. As acusações advindas da estudante de enfermagem revelaram vários lapsos de profissionalismo por parte da enfermeira supervisora, desde o ato de chutar a cama de uma paciente para acordá-la e gritar para a paciente levantar, e, ainda, realizar vários abusos verbais com a estudante, associadas à exclusão da estudante em oportunidades de aprendizagem. Essas ações ilustram a precariedade do exercício da ética, do compromisso moral e da responsabilidade profissional da enfermeira (REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015).

Dessa maneira, a posição hierárquica que os estudantes assumem, relacionada ao processo de aprendizagem atrelado a sua inexperiência, podem

resultar em situações em que eles não se sintam seguros para desenvolver ou, até mesmo, para negar-se a realizar determinada tarefa durante a prática clínica. Ainda, o não reconhecimento desse fato pelos docentes caracteriza-se por uma supervisão inadequada e omissa (HILLARDI; HARRISON; MADDEN, 2007).

O olhar para o ambiente de formação dos estudantes de graduação em enfermagem pode revelar que muitos enfrentamentos morais associados ao SM nos estudantes dizem respeito às condições próprias do meio universitário. Entretanto, diversas situações, também, podem estar associadas às atividades da prática profissional que o estudante passou a exercer, sinalizando para a importância de intervenções que atentem aos elementos que podem estar associados ao SM em estudantes, favorecendo, assim, o processo de formação profissional (WOJTOWICZ, 2012).

3.5 ENFRENTAMENTO DO SM: possíveis repercussões

A incapacidade percebida para promover mudanças ou falar contra a prática institucional e docente são limitações inerentes ao fazer do estudante de enfermagem, de tal modo que nos casos em que os discentes, frente a uma situação moralmente inadequada, identificam a coisa certa a fazer, simultaneamente também identificam fatores que acreditam impedi-los de agir, contribuindo para a ocorrência de SM (WOJTOWICZ, 2012). Ao observar uma situação indesejável, o estudante pode, ou não, se sentir capacitado para agir, para enfrentá-la (LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009).

As causas com maiores níveis de frequência para o estudante não agir em face de situações de SM são referentes à sua falta de confiança em um entendimento completo da situação, relacionada a sua inexperiência e/ou falta de conhecimento; e ao fato de desempenhar um papel subordinado na equipe. Além disso, os estudantes referiram uma preocupação primordial de autopreservação e conclusão bem sucedida do curso, assim como, as preocupações sobre práticas relacionadas tanto aos seus direitos quanto ao atendimento correto ao cliente ficaram em segundo plano (WIGGLETON et al., 2010; WOJTOWICZ, 2012).

De acordo com Wojtowicz (2012), os estudantes de enfermagem acreditam que não estava ao seu alcance mudar determinadas situações, atribuindo sua inação à falta de um modelo profissional, o que lhes provocou sentimentos de

incapacidade e frustração para efetuar mudanças em situações que identificaram como inadequadas, já que os instrutores pareciam tolerar ou perpetuá-las; ainda, há a percepção de vulnerabilidade no seu papel de estudante, pois os discentes sentiam que não era o lugar, nem o momento, para realizar questionamentos sobre circunstâncias e situações inadequadas, nem para desafiar a quietude de seus professores de enfermagem, gerando sentimentos de restrição e impotência.

No estudo de Monrouxe et al (2015), duas reações frente aos problemas éticos foram apresentadas: de habituação e perturbação. A habituação ocorreu quando os estudantes de medicina se mostraram emocionalmente insensíveis às situações que poderiam ser justificadas pela sua aprendizagem, relatando menos SM em decorrência da maior frequência que essas situações ocorreram. Como exemplo, o professor clínico pedir ao estudante para instigar um desnecessário desconforto do paciente frente às necessidades próprias de aprendizagem ou o próprio estudante instigando o desconforto do paciente; o professor clínico instigando a realização de exames, para benefício do estudante, apesar do paciente ser incapaz de consentir, devido a fatores pessoais. Já frente a perturbação, os estudantes tornaram-se mais angustiados com repetidas ocorrências de situações que não podem ser justificadas pela sua aprendizagem, incluindo; violações do paciente, segurança do aluno e dignidade.

A posição dos alunos numa posição hierarquicamente inferior parece absolvê-los de um sentido de responsabilidade para as situações que vivenciaram, mas, paradoxalmente, esse senso de responsabilidade parecia aumentar, porque, muitas vezes, eles se sentiram como os únicos que se importavam. Especificamente, os alunos relataram que tinham um forte desejo de fazer o que eles pensavam ser o melhor para si e/ou para seus clientes, mas foram frustrados por uma série de obstáculos (WIGGLETTON et al., 2010).

Dessa forma, a inclinação para desistir de questões sobre as quais eles perceberam que não tinham controle era comum entre todos os participantes; apoio insuficiente, confiança limitada e nenhum poder contribuíram para tornar a inação a única opção (WOJTOWICZ, 2012). Ainda, há uma preocupação de que os estudantes demonstrem certo grau de regressão do desenvolvimento moral durante o treinamento clínico, ao invés de crescimento moral (LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009).

No entanto, é possível que os estudantes enfrentem os problemas morais e éticos ainda no período de formação, sofrendo, assim, consequências negativas. Grady (2014), em seu relato de experiência sobre a vivência de SM na graduação de enfermagem, afirma ter optado por denunciar os atos de discriminação, coação e negligência praticados pela enfermeira responsável pela unidade durante seu estágio hospitalar. A denúncia foi feita em primeira instância para seu instrutor clínico e, após, para o chefe de enfermagem; no entanto, o anonimato garantido não foi cumprido, fato que gerou sentimentos de frustração e vulnerabilidade na estudante. Embora a autora soubesse que o paciente não estava recebendo cuidados adequados, ela ainda duvidou se havia optado pela atitude correta, devido ao medo de posteriores avaliações, baseadas nos cuidados que prestara e em seu comportamento na prática clínica. Felizmente, sua atitude não passou despercebida pela equipe de enfermagem, que a parabenizou, declarando sua intenção de fazer o mesmo há anos (GRADY, 2014).

Em consonância, no estudo com estudantes de enfermagem, Rees, Monrouxe, Macdonald, (2015) afirmaram que (79,3%) dos estudantes referiram agir frente a seus problemas éticos. Entre as ações referidas, estavam atos como: corrigir, no momento do fato, o autor; relatar sua discordância ao autor após o incidente; mostrar preocupação com a pessoa injustiçada; demonstrar um ato físico de resistência como: deixar ou permanecer no local do problema, ou o ato de não achar graça de determinados comentários. As participantes do sexo feminino, inclusive, foram significativamente mais propensas do que os entrevistados do sexo masculino a relatar ter agido frente ao problema moral.

Além disso, Rees, Monrouxe, Macdonald, (2015) relatam, em seu estudo, a ação de uma estudante frente a seu conflito ético e moral. A estudante, logo após evidenciar o comportamento antiético de seu supervisor, com uma paciente e com ela própria, relata esse fato para a enfermeira responsável pela unidade, solicitando uma mudança de supervisor. Ao descrever o fato, a estudante caracteriza seu supervisor como o vilão da história: ele é descrito como verbalmente abusivo para com o paciente, ignorante e desinteressado em relação a si mesma como sua aluna e temido pelos outros profissionais; o paciente é descrito como vítima, pois é cego, não tem mobilidade e está em fase terminal de câncer. A estudante, como narradora da história, posiciona-se como heroína: ela constrói-se simultaneamente como advogada do paciente através de sua ação de relatar o ocorrido a seus superiores.

No entanto, a estudante também afirma que vivenciou outras situações antiéticas e que não as relatou à ninguém, porque ela não duraria cinco minutos em seu processo de formação caso realizasse todos esses enfrentamentos.

Nesse contexto, a maioria dos estudantes enfrentam estas situações de forma individual, ou negam seu enfrentamento, devido a poucas oportunidades para discutir questões morais e éticas com supervisores/docentes, além dessas questões serem, muitas vezes, por eles desconsideradas (HILLARDI; HARRISON; MADDEN, 2007). Dessa forma, por causa das pressões sociais e da aculturação profissional durante a formação, é possível que, depois de repetidas exposições a exemplos negativos, os discentes que atualmente condenam determinado ato, possam vir a aceitá-los (MARTINEZ; LO, 2008).

No entanto, é relevante ressaltar que as ações dos discentes estão diretamente vinculadas ao nível de SM, uma vez que aqueles que tomaram medidas no momento exibiram menor SM, enquanto que aqueles que expressaram arrependimento por não agir experimentaram maiores níveis de SM (LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009).

Destarte, suscitar atitudes de assertividade e poder de articulação entre os indivíduos é mais vantajoso no enfrentamento do SM do que apenas assumir um perfil de passividade. A resposta para o enfrentamento, ou não, do SM é falar e lutar dentro e fora das instituições. A resposta à passividade é o ativismo (JAMETON, 2013).

3.6 A FORMAÇÃO ACADÊMICA: direções futuras para enfrentar o SM

A formação acadêmica para o enfrentamento do SM vem sendo amplamente discutida em diversos estudos (KELLY, 1998; GARITY, 2009; RANGE; ROTHERHAM, 2010; YOES, 2012; THEOBALD, 2013; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALLEN-SMITH, 2014; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015). A maior parte dessas pesquisas identificou que docentes e enfermeiros devem ser encorajados a desenvolver papéis ativos e participativos, no desenvolvimento de programas educacionais que melhor preparem os discentes para enfrentar com confiança os problemas morais e éticos (GARITY, 2009; WOJTOWITZ; HAGEN; DAALLEN-SMITH, 2014; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015), considerando que o treinamento

frente a tomadas de decisões pode reduzir o SM (GARITY, 2009; RANGE; ROTHERHAM, 2010).

Desse modo, os docentes e enfermeiros devem estar cientes da influência que têm sobre o processo de formação dos estudantes de enfermagem. Assim, em vez de aconselhar a simples observação de práticas em uma unidade, os instrutores devem ensinar, aos discentes, atitudes de defesa ativa de seus pacientes, deles mesmos, e de seus colegas de enfermagem (REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015).

Ainda, os docentes e enfermeiros devem desempenhar comportamentos profissionais condizentes com a moral e a ética (WOJTOWITZ; HAGEN; DAALEN-SMITH, 2014). Apesar de os docentes, nos locais de prática clínica, poderem sentir-se como convidados, percebendo sua influência limitada sobre a forma como a assistência ao cliente é prestada, a responsabilidade do corpo docente para a prestação de cuidado adequados com base nos princípios educacionais, éticos e morais, frente aos alunos e colegas de profissão, não fica reduzida. É por meio do exemplo e do apoio, entre instrutores e estudantes de enfermagem, que esses poderão construir com sucesso seu futuro profissional (YOES, 2012).

Em relação à prática de enfermagem, docentes e enfermeiros precisam perceber a importância de proporcionar um ambiente favorável de formação acadêmica, valorizando a autoestima, a auto confiança e a autonomia dos estudantes, pois esses conceitos tem recebido pouca atenção na educação em enfermagem, assim como o conceito de auto-avaliação que se articula em estreita colaboração com os demais. Se os alunos de enfermagem tivessem mais práticas avaliativas de si mesmos, eles poderiam ser mais capazes de confiar em opiniões sobre si mesmos e em suas contribuições para a esforço de equipe (KELLY, 1998). Além disso, os docentes têm de estar atentos para o nível de habilidade de seus discentes, os quais devem se sentir seguros para falar se estão trabalhando além de sua competência (KNIFED; GOYAL; BERNSTEIN, 2010).

A noção de que a pressão social não só influencia a modificação de valores e comportamentos, mas é uma fonte de muita angústia que pode resultar prejudicialmente ao desempenho, é essencial em um processo de formação. Desenvolver um forte senso de autonomia poderia possivelmente proteger o graduando do sistema de pressões (KELLY, 1998) e preservar seu crescimento moral.

A formação acadêmica tem um papel fundamental na abordagem de questões relacionadas ao SM (LOMIS; CARPENTER; MILLER, 2009). Diversas estratégias tem sido elencadas, como o diálogo individual e em grupo para os discentes que revelaram, ou não, terem vivenciado o SM. Mesmo que todos reconheçam que algumas situações geradoras de SM não podem ser resolvidas facilmente, é percebido o impacto positivo em ter um fórum de discussão, simplesmente reconhecendo as preocupações dos estudantes como válidas. Além disso, outra estratégia de enfrentamento do SM é o programa de escrita reflexiva, método que tem sido utilizado com sucesso, pois permite a reflexão individual sobre determinado evento e, após, sua discussão em grupo (REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015).

A maioria das escolas de enfermagem oferecem formação sobre morte e morrer como estratégia de enfrentamento do SM nessas situações, destacando-se uma experiência de aprendizado por meio de dramatização, que teve um efeito positivo sobre as atitudes dos estudantes de graduação em enfermagem para o cuidado de pessoas que morrem (MALLORY, 2003); em outro estudo, o treinamento foi associado, seis meses depois, com a ansiedade reduzida sobre a morte, o aumento do conhecimento e uma atitude melhor para cuidar de pessoas que estão morrendo (KURZ; HAYES, 2006).

Ainda, o ensino baseado em um currículo integrado com base na ética e na moral, além do curso de política jurídica (GARITY, 2009), poderia preparar os estudantes para analisar com sucesso os problemas morais e resolvê-los, possivelmente, diminuindo a ocorrência de SM sobre aspectos de cuidados prestados ao fim da vida, tais como pedidos de uma morte prematura.

Tomadas em conjunto, essas estratégias sugerem que o ensino de enfermagem pode ajudar os discentes a tornarem-se mais confortáveis em lidar com determinadas situações conflituosas, formando-se como pessoas mais sensíveis aos aspectos multifacetados da prática de enfermagem. Nessa teia de causas circulares, é de extrema relevância identificar o problema para que esse não se torne uma vulnerabilidade combinada com a falta de apoio, evitando a perpetuação deste processo psicossocial no âmbito da formação acadêmica de enfermagem (KELLY, 1998).

Enquanto se aguarda essa mudança de cultura, os discentes devem ser orientados de forma segura para tomar medidas quando percebem o SM. Apesar do

SM, provavelmente, não poder ser eliminado, ele pode ser mitigado através da reflexão e discussão.

Dessa forma, devido à complexidade do ambiente de saúde global de hoje, os desafios morais e éticos irão permanecer intrínsecos ao ambiente de formação acadêmica de enfermagem. Destaca-se a necessidade de estudantes de enfermagem terem uma preparação adequada para lidar com SM, diferentemente de demandas educativas que os pressionem em demasia, impedindo-os de aprender a gerenciar de maneira construtiva suas decisões frente às situações que, de alguma forma, lhes poderão gerar SM. Assim, ensinar aos discentes atitudes eficazes para responder a situações angustiantes e processar suas preocupações é responsabilidade dos docentes e enfermeiros (WOJTOWICZ, 2012).

Ainda, destaca-se a relevância de questionar os estudantes sobre o que vão fazer na próxima vez se depararem com um problema ético? (KELLY; NISKER, 2009; REES; MONROUXE; MACDONALD, 2015). Faz-se necessário superar a inércia, muitas vezes demonstrada, na modificação dos ambientes de trabalho e de formação acadêmica, através do exercício de poder latente, preferentemente, através de um coletivo de resistência a essas situações que resultam em SM (LUNARDI, 2013). Além disso, a discussão sobre a problemática do SM e de seu enfrentamento deve abranger todas as pessoas envolvidas no programa de treinamento, incluindo diretores dos programas, de modo a garantir um ambiente educacional eficaz (KNIFED; GOYAL; BERNSTEIN, 2010).

Em conclusão, o SM ocorre em toda a extensão da carreira de enfermagem, inclusive, entre os estudantes. A presença de SM em estudantes de enfermagem indica a necessidade do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e de intervenções a serem ensinadas no ambiente acadêmico. Situações que causam SM em estudantes de enfermagem devem ser enfrentadas por todas as escolas de enfermagem, a fim de manter o bem-estar dos estudantes e assegurar uma formação acadêmica de qualidade (THEOBALD, 2013).

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo operacionalizado em três etapas, uma metodológica, uma quantitativa e outra qualitativa. A opção por um estudo de caráter metodológico ocorreu devido a necessidade de elaborar e validar um instrumento que permitisse analisar a frequência e a intensidade do SM em estudantes de enfermagem, tendo em vista sua inexistência na literatura.

O estudo quantitativo foi desenvolvido pela possibilidade de analisar o sofrimento moral e sua relação com variáveis sociodemográficas e acadêmicas, em estudantes de graduação em enfermagem de diferentes universidades do Sul do Brasil. Já a pesquisa qualitativa foi empregada nesse estudo como intuito de aprofundar o conhecimento acerca das estratégias de resistência adotadas pelos estudantes, diante de situações de enfrentamento do sofrimento moral, com ênfase nos processos vivenciados e nos significados atribuídos.

4.1 ESTUDO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo metodológico que objetivou trabalhar com métodos de obtenção, organização e análise de dados, a partir da elaboração, adaptação, validação e avaliação de instrumento. Para tanto, o pesquisador direciona-se a construir instrumentos que sejam capazes de mensurar, de maneira precisa, as variáveis adotadas como fundamentais para o estudo de determinados fenômenos (GRAY, 2012).

Esse tipo de estudo aplica-se a qualquer forma de conhecimento científico, no entanto, torna-se imprescindível em campos relativamente novos ou pouco explorados (GRAY, 2012), como a elaboração e validação de um instrumento que permita analisar a frequência e a intensidade do SM em estudantes de enfermagem.

4.1.1 Elaboração e validação do instrumento de coleta de dados

A proposta de elaboração do instrumento resultou da compreensão de que era necessário utilizar um questionário que contemplasse as especificidades dos ambientes de formação em enfermagem no Brasil, no sentido de explorar elementos que possam contribuir para a ocorrência de SM nos estudantes. Para atingir os

objetivos propostos, essa pesquisa seguiu as oito etapas indicadas por DeVellis (2003) para o desenvolvimento de uma escala:

A *primeira etapa* no processo de desenvolvimento da escala diz respeito à necessidade de determinar claramente o que é que o pesquisador quer medir. Para tanto, a pesquisa bibliográfica em bancos de dados internacionais, proporcionou o aprofundamento teórico e conhecimento amplo e atual sobre a temática pesquisada.

Realizou-se uma revisão integrativa nas bases de dados CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), MEDLINE e no portal PUBMED utilizando-se o descritor do *Medical Subject Headings* (MeSH): “*student*” e as palavras: “*moral distress*”, com o operador booleano AND. As buscas foram realizadas pelo acesso *on-line*, no mês de junho de 2015.

Os critérios de inclusão das publicações definidos para essa revisão integrativa foram: artigos de pesquisa, completos, sem limites para temporalidade, apresentando resumo para primeira análise e enfocando como assunto principal o SM em estudantes da área da saúde. Inicialmente, foram encontrados o total de 109 artigos: 64 no PUBMED, 18 na CINAHL e 27 na MEDLINE.

Na etapa de avaliação dos 109 artigos, identificaram-se 38 repetições; 52 artigos foram excluídos por não apresentarem aderência à temática, afinidade à questão de pesquisa e aos critérios de inclusão pré-estabelecidos, obtendo-se um total de 19 artigos para análise.

Assim, a proposta de elaboração de um instrumento que analise a frequência e intensidade de sofrimento moral em estudantes de enfermagem justifica-se nessa revisão, a partir da evidência da inexistência de um instrumento disponível para tais medidas

A *segunda etapa* constituiu-se da geração de um conjunto de itens para compor a escala. Essa etapa foi fundamentada em dois conjuntos de materiais: na revisão integrativa e na produção científica do NEPES (SILVEIRA, 2006; BULHOSA, 2006; LUNARDI, 1994; LUNARDI et al., 2004; 2007; 2009; LUNARDI, 2013; DALMOLIN, et al., 2009; 2012; 2014; BARLEM et al., 2009; 2012; 2013a; 2013b; 2013c; DUARTE, 2015).

Desse modo, por meio da revisão integrativa, verificou-se que as principais situações que geram SM em estudantes versam sobre dimensões do ambiente acadêmico, comportamento docente, ambiente institucional/organizacional e

ambiente prático/clínico. A partir desse conjunto de materiais, utilizou-se das dimensões elencadas, para auxiliarem na elaboração das questões.

As questões foram elaboradas em um formato de afirmativas, com linguagem clara e básica, evitando palavras ou frases indutivas e observando que cada questão abordasse somente um conteúdo, para serem apreciadas por meio de uma escala. Na primeira etapa, foram elaboradas 57 questões distribuídas nas quatro dimensões.

A *terceira etapa* de desenvolvimento da escala refere-se à determinação do formato de medição. Para tanto, foi utilizada a escala Likert de sete pontos, comprovadamente confiável na medição do SM (CORLEY, 1995; 2001; BARLEM et al., 2009; 2012). Assim, utilizaram-se duas escalas Likert de sete pontos, uma medindo a intensidade de SM, a qual variava de 0 (nenhum), a 6 (para sofrimento muito intenso), e a outra medindo a frequência com que as situações que geram SM ocorrem, a qual variou de 0 (nunca), a 6 (frequente).

Já a *quarta etapa* refere-se à submissão do conjunto de itens, elaborados inicialmente, à revisão de especialistas. Nessa etapa, foram realizadas a validação de face e conteúdo. A validação de constructo será descrita na etapa sete.

A validade de face tem por finalidade verificar se os itens do instrumento de coleta de dados se apresentam com equivalências semânticas, cultural e conceitual da escala (HAIR et al., 2009). Assim, o instrumento foi submetido a um comitê de especialistas, composto por três professores doutores em enfermagem de Universidades Públicas do Sul do Brasil.

O comitê indicou a retirada de três itens por redundância, a adequação da escrita de alguns itens referentes ao esclarecimento do ator que realiza a ação e a divisão de itens que apresentavam situações dúbias, totalizando 54 itens no instrumento.

A validade de conteúdo foi realizada objetivando confirmar se os itens do instrumento representam o conteúdo que se desejava analisar (HAIR et al., 2009). Nessa etapa, a versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada de forma individual a 30 estudantes de graduação em enfermagem de uma Universidade Pública do Sul do Brasil, matriculados no quinto semestre, que aceitaram participar desse processo, evidenciando o tempo médio, bem como as dificuldades e facilidades no preenchimento do instrumento.

Assim, o pré-teste permitiu confirmar que os itens da escala representavam o conteúdo analisado, de modo que o instrumento demonstrou ser de fácil compreensão e preenchimento, não sendo necessária nenhuma adaptação na sua linguagem, tendo sido utilizado um tempo médio de 10 a 20 minutos para o seu preenchimento.

Ainda, foi inserido no pré-teste uma questão aberta, de número 55, a qual solicitava o registro de alguma situação que causasse SM em estudantes de enfermagem e que não houvesse sido contemplada no instrumento. Havia o intuito de verificar a necessidade de inclusão de alguma situação que o instrumento não tivesse abordado a respeito do SM, no entanto não houve indicação relevante para qualquer inclusão.

Na *quinta etapa* do guia, há a possibilidade de considerar a inclusão de itens de validação no corpo do instrumento. No entanto, optou-se por estabelecer o processo de validação após a constituição da escala final.

Em relação à caracterização da amostra, foram inseridos, na página inicial do instrumento, itens, para preenchimento do estudante, relativos à instituição formadora; semestre/série atual; sexo; idade; estado civil; ano de ingresso no curso; reprovações em alguma disciplina; formação anterior e atividade remunerada.

Os itens de caracterização visaram preservar o anonimato dos respondentes, para que se sentissem absolutamente livres para emitir suas respostas, favorecendo sua participação e, por conseguinte, gerando uma avaliação mais fidedigna. Os questionários tinham também, na página inicial, um texto introdutório, onde era explicitada a definição de SM e a forma de preenchimento do instrumento.

Portanto, ao final das etapas 1, 2, 3, 4 e 5, a escala então denominada Escala de Sofrimento Moral para Estudantes de Enfermagem (ESMEE) apresentava itens de caracterização da amostra e o texto introdutório na página inicial, seguidos de 54 questões que correspondiam aos itens de medição de SM, mensurados através de duas escalas likert de sete pontos.

A *sexta etapa* constitui a administração dos itens em uma amostra de desenvolvimento. Para seleção do tamanho da amostra, adotou-se uma fórmula específica, que objetivou estimar o mínimo tamanho para que fosse possível a realização de determinados procedimentos estatísticos (HILL; HILL, 2002). Conhecendo previamente o total da população, composta por 802 estudantes de

enfermagem nas três instituições pesquisadas, e aplicando-se a fórmula, chegou-se ao número mínimo de 263 informantes.

A pesquisa foi desenvolvida junto a três cursos de graduação em enfermagem, localizados em dois municípios do extremo sul do Brasil. Dois cursos pertencem a universidades públicas, um localizado na cidade do Rio Grande e o outro na cidade de Pelotas; o terceiro curso pertence a uma universidade privada localizada também na cidade de Pelotas. A caracterização dos cursos de graduação em enfermagem e dos estudantes será apresentada na descrição da etapa quantitativa.

Os participantes desse estudo foram estudantes de cursos de graduação em enfermagem, matriculados da primeira à última série. Os critérios para sua inclusão se restringiram a ser estudante do curso de graduação em enfermagem das universidades selecionadas, ter disponibilidade e interesse em responder ao instrumento. Já os critérios de exclusão foram limitados à ausência do estudante no local e no momento de coleta de dados (por mobilidade acadêmica, regime de exercício domiciliar, trancamento), e por falta de disponibilidade ou de interesse em participar da pesquisa.

Na seleção dos participantes, foi utilizada a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de forma que os informantes foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que o processo de coleta de dados foi implementado (HULLEY et al., 2008).

A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro de 2015, por meio de visitas às diferentes turmas dos cursos de graduação em enfermagem das três universidades selecionadas, previamente agendadas com os professores das disciplinas. Foram visitadas 26 turmas, divididas em 19 turmas pertencentes as universidades federais e 7 turmas a universidade privada. No momento da coleta, foram apresentados os coletadores, previamente treinados, e realizado o convite para participação no estudo; logo após a entrega dos instrumentos, foi realizada a descrição dos objetivos da pesquisa e da metodologia adotada, lendo a primeira folha do instrumento e explicitando a sua forma de preenchimento. Para a amostra estudada, obteve-se um total de 499 estudantes participantes.

A *sétima etapa* determina a avaliação dos itens. Após a aplicação da ESMEE na amostra selecionada, conforme a etapa seis, foram realizados os testes estatísticos para garantir a validade de constructo: a análise fatorial, que visa à

redução e sumarização dos dados, formando, assim, grupos de variáveis associadas entre si (constructos); e o *alfa de Cronbach*, que testa a confiabilidade do instrumento, verificando se as questões incluídas nas escalas conseguiram medir, de maneira consistente, o fenômeno em questão (HAIR et al., 2009). Os testes foram realizados através do *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 22.0.

Destarte, para a validação de constructo, as 54 questões do instrumento foram submetidas à análise fatorial exploratória (entre blocos), buscando verificar a validade discriminante do instrumento. Definiu-se, como método de extração, a análise de componentes principais, aplicando-se a rotação ortogonal Varimax para discriminar melhor a pertinência das variáveis aos componentes identificados. A formação dos fatores obedeceu a dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais (>,500); e o seu grau de subjetividade.

O primeiro agrupamento sugeriu a formação de nove constructos, dificultando a categorização. Assim, realizou-se o processo de exclusão gradual das questões que apresentavam baixas correlações em seus blocos, de modo a possibilitar o agrupamento das questões, considerando-se, como ponto de corte, cargas fatoriais (inferiores a 0,500) para formação de cada constructo.

Desse modo, do total de 54 questões, 13 questões foram excluídas do instrumento por apresentarem baixas cargas fatoriais (inferiores a 0,500) e/ou baixa comunalidade (inferiores a 0,500).

As questões excluídas foram: 4) Presenciar comportamentos inadequados de docente em relação a estudantes; 5) Presenciar comportamentos inadequados de docente com outros docentes; 6) Presenciar comportamentos inadequados de docente com demais servidores; 8) Vivenciar dificuldades relacionadas a ambientes de sala de aula inadequados; 14) Sentir receio de desenvolver atividades práticas, na presença do docente; 17) Vivenciar dificuldades na relação orientador e estudante; 18) Sentir dificuldades em participar de aulas práticas com animais; 30) Perceber divergências entre docentes, quanto ao modo de realizar procedimentos; 32) Perceber-se discriminado por enfermeiros da Unidade ou enfermeiros supervisores do campo prático; 33) Sentir-se despreparado para realizar cuidados aos usuários nas atividades práticas; 34) Vivenciar perdas de oportunidades de aprendizagem na atuação prática relacionadas à competência docente; 36) Realizar

atividades de prática com excesso de usuários por estudante; 54) Sentir-se despreparado para lidar com o processo de morte do usuário.

Ao final da análise, formaram-se seis constructos com o total de 41 questões validadas (APÊNDICE A). A fidedignidade dos seis constructos do instrumento foi testada através do cálculo do alfa de *Cronbach* que apresentou valor 0,97, considerando-se que os coeficientes dos seis constructos situaram-se entre 0,60 e 0,97, valores considerados elevados para estudos exploratórios, evidenciando, assim, a fidedignidade da escala na amostra selecionada.

As seis dimensões do instrumento explicam 65,8% da variação das questões, o que representa um adequado grau de sintetização dos dados, facilitando seu manuseio e interpretação. A medida de adequação da amostra obtida (KMO) foi de 0,967.

A *oitava etapa* proposta para o desenvolvimento da escala é referente à possibilidade de otimizar o comprimento da escala por meio da análise do alfa de *Cronbach* tratando-se da exclusão de algum dos itens dos seis constructos, formados na análise fatorial, visando aumentar a confiabilidade do instrumento. No entanto, não foram realizadas alterações no conjunto de itens devido o alfa de *Cronbach* ter apresentado um valor de 0,97.

4.2 ETAPA QUANTITATIVA

A pesquisa quantitativa é tipicamente dedutiva, visto que a maioria dos conceitos podem ser reduzidos a variáveis, tornando possível testar e estabelecer relações. Assim, o conhecimento resultante de uma pesquisa quantitativa é sempre baseado em uma observação minimalista, além da medição e interpretação objetiva da realidade, o que permite a análise das causas e suas influências nos resultados (CRESWELL, 2007).

4.2.1 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo com delineamento transversal, o qual propõe a realização da coleta de dados em um espaço de tempo predeterminado, visando descrever e analisar o estado de uma ou várias variáveis em um dado momento (HAIR et al., 2009).

4.2.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida junto a três cursos de graduação em enfermagem, localizados em dois municípios do extremo sul do Brasil. Dois cursos pertencem a universidades públicas, um localizado na cidade de Rio Grande e o outro na cidade de Pelotas, o terceiro curso pertence a uma universidade privada localizada também na cidade de Pelotas. As referentes instituições universitárias serão denominadas nesse estudo como "U1", "U2" e "U3".

O Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) (U1) teve sua criação autorizada no dia 20 de agosto de 1975. Sua implantação ocorreu no primeiro semestre letivo de 1976, tendo sido reconhecido pelo Decreto 1.223/79, publicado no DOU de 18 de dezembro de 1979; e em 15 de agosto de 2009, o Colegiado Especial da FURG aprovou a criação da Escola de Enfermagem (EEnf) (FURG, 2012).

O Projeto Pedagógico do Curso visa a formação de um profissional da saúde com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; qualificado para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos; capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, ou seja, o ecossistema costeiro, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes, e a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania como promotor da saúde integral do ser humano (FURG, 2012).

O Curso de Graduação em Enfermagem da FURG encontra-se com dois currículos em andamento. O currículo em extinção, aprovado em 2005 e implementado no ano de 2006, desenvolve-se em regime seriado semestral com carga horária de 4055 horas distribuídas em nove semestres. A carga horária total é dividida em 2835 horas de disciplinas teóricas e teórico-práticas obrigatórias, incluindo o projeto e o trabalho de conclusão de curso (TCC), 1020 horas referentes aos estágios supervisionados e 200 horas para as atividades complementares. Por necessidade de adequação à legislação vigente, foi aprovado, em 2012 e implementado no ano de 2013, o atual currículo, no qual o curso passou a desenvolver-se em regime por disciplinas, com carga horária total referente à 4.110 horas desenvolvidas em dez semestres. A carga horária total é dividida em 3000

horas de disciplinas teóricas e teórico-práticas obrigatórias, distribuídas nos turnos manhã e tarde, incluindo o projeto e o trabalho de conclusão de curso (tcc), 960 horas de estágios supervisionados e 150 horas de atividades complementares. Para tanto, o corpo docente lotado na Escola de Enfermagem da FURG é constituído por 31 professores, dos quais 27 possuem doutorado e conta, ainda, com 10 técnicos administrativos em educação (FURG, 2012).

Atualmente, o ingresso no Curso de Graduação em Enfermagem da FURG ocorre através do Sistema de Seleção Unificado – SISU/ENEN; o número de vagas anuais é 60, em regime por disciplinas, com duplo ingresso (30 estudantes no primeiro semestre e 30 estudantes no segundo), encontrando-se um total de 223 estudantes matriculados.

O Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) (U2) teve sua criação autorizada no dia 30 de novembro de 2005, e seu reconhecimento pela Portaria MEC nº 606, publicada no Diário Oficial da União em 21 de março de 2011. O Projeto Pedagógico do Curso visa formar um enfermeiro capaz de influenciar na construção de novos paradigmas de saúde, através de conhecimentos próprios, embasados no cuidado humano integral, para atuar nas áreas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, no processo saúde-doença do ser humano, família e comunidades, comprometidas eticamente com o próprio crescimento pessoal e social, na busca de uma melhor qualidade de vida (UCPEL, 2008).

O currículo desenvolve-se em regime semestral com carga horária total de 4.000 horas, desenvolvidas em dez semestres no turno da tarde. A carga horária total é dividida em 2.840 horas de atividades teórico-práticas, 800 horas de estágios supervisionados, 300 horas de atividades curriculares complementares e 60 horas de disciplinas optativas. Para tanto, o corpo docente lotado, especificamente, para o curso de graduação em enfermagem da UCPEL é constituído por 44 professores, dos quais 21 são doutores (UCPEL, 2008).

O ingresso no Curso de Graduação em Enfermagem da UCPEL ocorre através de vestibular próprio, realizado duas vezes ao ano (vestibular de verão e inverno), sendo oferecidas 80 vagas anuais: 40 vagas no vestibular de verão e 40 vagas no vestibular de inverno, encontrando-se, atualmente, 168 estudantes matriculados.

O Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) (U3) teve sua aprovação em 24 de agosto de 1976, por portaria nº 01/76, sendo reconhecido pelo MEC, pela portaria nº 402 de 24 de junho de 1980. Ainda, o curso transformou-se em Faculdade em 28 de novembro de 1988, através da portaria do MEC nº 581. O Curso de Graduação em Enfermagem da UFPEL visa formar enfermeiros generalistas, críticos, reflexivos, competentes em sua prática e responsáveis ética e socialmente. Capazes de conhecer e intervir sobre as situações e problemas referentes ao processo saúde-doença prevalentes no país e na região em que vive, considerando os aspectos culturais. Nesse sentido, o espaço de formação fundamental para o enfermeiro é o Sistema Único de Saúde como sistematização da atenção em saúde/processo de construção de uma atenção orientada pela universalidade, igualdade e qualidade de atenção em saúde (UFPEL, 2009).

O currículo do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPEL foi implementado no ano de 2009, e está baseado em uma pedagogia de ensino que tem como suporte um currículo integrado, constituído em ciclos distribuídos ao longo de cinco anos. Cada ciclo corresponde a um ano letivo, sob a égide de três dimensões formativas: formação específica, formação complementar e formação livre, organizando-se temporalmente nas unidades educacionais, rompendo com a lógica de disciplinas. Ainda, o currículo estrutura-se em metodologias ativas de ensino aprendizagem por meio de instrumentos, como síntese de campo, simulação da prática e caso de papel. Nesse sentido o estudante é avaliado de acordo com suas competências e habilidades. A carga horária total do curso é de 5.187 horas, divididos em 493 horas de componentes básicos, 2.584 horas de componentes específicos, 1.150 horas de estágio, 756 horas de formação livre e 204 horas de formação complementar; distribuídas nos turnos manhã e tarde. Para tanto, o corpo docente lotado na faculdade de enfermagem da UFPEL é constituído por 35 professores, dos quais 20 possuem doutorado e conta, ainda, com 9 servidores técnicos-administrativos em educação (UFPEL, 2009).

O ingresso de estudantes no Curso de Graduação em Enfermagem da UFPEL ocorre de duas formas: através do Sistema de Seleção Unificado – SISU/ENEN e do Programa de Avaliação da Vida Escolar – PAVE⁵. O número de

⁵Trata-se de um sistema alternativo de ingresso para os cursos de graduação da UFPEL, implementado em 2004, estruturado em subprogramas que contemplam o triênio de formação no

vagas anuais é 103, (47 vagas no SISU de verão e 5 para o PAVE no primeiro semestre do ano; e no segundo semestre são 47 vagas no SISU de inverno e 4 para o PAVE), estando, atualmente, 411 estudantes matriculados.

4.2.3 Participantes do estudo

Foram participantes da etapa quantitativa 499 estudantes de três universidades brasileiras, dos cursos de graduação em enfermagem, matriculados da primeira à última série. A amostra foi constituída por 384 (76,9%) estudantes de universidades públicas e 115 (23%) de universidade privada; 267 (53,5%) estudantes estavam matriculados entre o primeiro e o quinto semestre, 281 (56,3%) nunca reprovou em alguma disciplina e 288 (57,7%) ingressou no curso nos últimos três anos. Dentre os estudantes, 440 (88,2%) eram do sexo feminino. Com relação à idade, obteve-se uma média correspondente a 24,8 anos, variando entre 17 e 60 anos, sendo 22 anos a moda de idade entre os participantes. A maioria dos acadêmicos era solteira, 387 (77,6%). Verificou-se também que a maioria dos estudantes afirmava não trabalhar 389 (78%) e, do restante, 67 (13,4%) relatavam trabalhar na área da saúde. Ainda, 110 (22%) estudantes referiram ter formação anterior e desses 99 (19,8%) como técnicos/auxiliares de enfermagem.

Os critérios para a inclusão dos participantes restringiram-se a ser estudante do curso de graduação em enfermagem das universidades selecionadas, ter disponibilidade e interesse em responder ao questionário. Para seleção dos participantes, utilizou-se a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de forma que os informantes foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que o processo de coleta de dados (HULLEY et al., 2008). Desse modo, todos os estudantes de graduação em enfermagem das referidas instituições, que se encontraram nas salas de aula durante o período de coleta de dados, foram convidados a participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão dos participantes limitaram-se à ausência do estudante no local e no momento de coleta de dados (por mobilidade acadêmica, regime de exercício domiciliar, trancamento), e por falta de disponibilidade ou de

ensino médio. Assim, os estudantes são submetidos a uma prova, a cada ano letivo, baseada nos conteúdos referentes à série recém cursada. A participação é restrita a estudantes matriculados no ensino médio regular (UFPEL, 2015).

interesse em participar da pesquisa. Ainda, foram excluídos os questionários em branco. Para seleção do tamanho amostral, adotou-se o critério proposto por Hill e Hill (2002). A seguir, apresentamos a fórmula:

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

Onde: **n**= tamanho da amostra

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

N= o tamanho da população

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

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

O objetivo dessa regra é estimar o mínimo tamanho amostral para que seja possível a realização de determinados procedimentos estatísticos, uma vez que procedimentos diferentes apresentam necessidades específicas de número de participantes. Conhecendo previamente o total da população, composta por 802 estudantes de enfermagem, e aplicando-se a fórmula, chegou-se ao número mínimo de 263 informantes.

4.2.4 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2015. Para aplicação do instrumento ESMEE, foram realizadas visitas a 26 turmas dos três cursos de graduação em enfermagem das universidades selecionadas, previamente agendadas com os professores das disciplinas, ocorrendo a apresentação dos coletadores, previamente treinados, e o convite para participar do estudo; logo após, realizou-se a descrição dos objetivos da pesquisa e a metodologia adotada, ao ler a primeira folha do instrumento e explicitar a sua forma de preenchimento.

Os participantes foram informados que qualquer dúvida poderia ser esclarecida pessoalmente, por telefone ou mesmo por e-mail, sendo explicitados

todos esses dados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Ainda, informou-se, ao estudante, a possibilidade de participar ou não da pesquisa, de acordo com a sua vontade, podendo, também, retirar sua permissão de participação a qualquer momento, sem nenhuma necessidade de justificativa.

Mediante a distribuição dos instrumentos e consentimentos diretamente aos informantes, sem identificação, o preenchimento ocorreu na própria sala de aula e, logo após, realizou-se o recolhimento dos instrumentos preenchidos. Excluíram-se cinco instrumentos, por se apresentarem em branco, sendo a amostra final constituída por 499 questionários.

4.2.5 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada a partir do software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0, facilitando o processo de organização em tabelas que permitiu uma melhor visualização dos resultados e sua interpretação. Os resultados referentes à amostra estudada foram submetidos a diferentes tipos de análises: estatística descritiva, testes de associação (teste t e Anova) e regressão.

A estatística descritiva constitui-se de um conjunto de técnicas que objetiva descrever, resumir, totalizar e apresentar dados de pesquisa por meio de técnicas de distribuição de frequência, medidas de tendência central (média, mediana e moda), medidas de dispersão e correlações (GAYA, 2008). Nesse estudo, a utilização de médias e distribuição de frequência dos constructos e seus indicadores permitiu analisar a ocorrência do SM em estudantes de graduação em enfermagem.

Já a análise de variância permitiu que vários grupos fossem comparados por meio da diferença entre as médias. Essa análise foi utilizada para verificar diferenças significativas entre os grupos de sujeitos, de acordo com as características da amostra, como: instituição, série, idade, sexo, entre outros. Para realização da análise de variância, os dados foram submetidos ao teste de normalidade, verificando-se distribuição normal (GAYA, 2008).

4.3 ETAPA QUALITATIVA

A abordagem qualitativa tem por foco a compreensão dos fenômenos estudados, com ênfase nos processos vivenciados e nos significados atribuídos pelos participantes, não havendo, portanto, pretensão de “testar hipóteses para comprová-las ou refutá-las ao final da pesquisa” (MORAES, GALIAZZI, 2011, p. 11).

4.3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. Exploratório, pois busca aumentar a experiência em torno do problema, adquirindo um maior conhecimento sobre o mesmo. Já o caráter descritivo procura descrever as características da população e do fenômeno em estudo (APPOLINÁRIO, 2012).

4.3.2 Participantes do estudo

Os estudantes foram convidados a participar da etapa qualitativa durante a etapa quantitativa, mediante convite oral e solicitação de email dos interessados no instrumento quantitativo, para posterior contato. Os critérios de inclusão restringiram-se a ser: estudante de graduação em enfermagem, desejar participar da pesquisa e ter disponibilidade para responder ao guia de entrevista gravado.

Assim, 134 estudantes manifestaram interesse; desses, 65 foram contatados, por estarem matriculados entre o sexto e o décimo semestre, devido a sua possibilidade de terem vivenciado uma maior gama de situações moralmente inadequadas no decorrer de sua formação acadêmica e, possivelmente, pela maior diversidade de estratégias de resistência utilizadas. Desse modo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com todos os 21 estudantes que retornaram os contatos da pesquisadora (oito estudantes da U1, cinco da U2 e oito da U3); entrevistas gravadas, com duração média de 45 minutos,

4.3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro de 2015 e fevereiro de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas, contendo questões fechadas, para a caracterização dos participantes, e questões abertas,

enfocando aspectos relacionados à vivência do SM, especialmente no que se refere às estratégias de resistência ao SM desenvolvidas pelos estudantes de graduação em enfermagem, barreiras, facilitadores e possíveis implicações desse enfrentamento (APÊNDICE C).

As entrevistas foram agendadas previamente com os participantes da pesquisa, na própria instituição de ensino a que o estudante pertencia e realizadas em local e horário de acordo com a preferência dos estudantes. As entrevistas foram registradas por gravador de voz, buscando assim uma maior fidedignidade das falas, mediante a autorização dos participantes e assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), sendo, logo após, transcritas.

4.3.4 Análise dos dados

O processo de análise dos dados, obtidos através das entrevistas, foi realizado a partir da Análise Textual Discursiva, (ATD), que estabelece o exercício da escrita como ferramenta mediadora na produção de significados. Por isso, em processos recursivos, a análise se desloca do empírico para a abstração teórica, por meio de movimentos intensos de interpretação e produção de argumentos (MORAES; GALIAZZI, 2011).

A ATD pode ser entendida como um processo de desconstrução e reconstrução do material lido, constituído por um conjunto de documentos denominado “*corpus*”, essencialmente de produções textuais. “Que representa um movimento interpretativo de caráter hermenêutico” (MORAES; GALIAZZI, 2011, p. 7). Assim, o desenvolvimento analítico ocorreu em quatro etapas fundamentais: a unitarização dos textos; o estabelecimento de relações; a captação do novo emergente e a construção de um processo auto-organizado (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Dessa forma, o ciclo de unitarização foi desenvolvido sob a forma de um exercício de produzir e expressar sentidos sobre a vivência do SM em estudantes de graduação em enfermagem. A análise textual discursiva apresenta como pressuposto ser “impossível ver sem teoria; impossível ler e interpretar sem ela” (MORAES; GALIAZZI, 2011, p. 15). Desse modo, foram utilizados os conceitos de poder, resistência e poder disciplinar, propostos por Michel Foucault, como referencial filosófico do presente estudo.

Nessa primeira fase, o pesquisador necessita imergir nos temas explorados, em um processo desconstrutivo das próprias ideias (MORAES; GALIAZZI, 2011). Portanto, na unitarização, os textos submetidos à análise foram recortados, pulverizados e desconstruídos, no intuito de ampliar a compreensão dos fenômenos estudados e estabelecer pontes entre os dados empíricos e a teoria “a priori” utilizada (MORAES; GALIAZZI, 2011, p. 15).

Assim, o processo de unitarização foi dividido em: 1) fragmentação do *corpus* e codificação de cada unidade; 2) reescrita de cada unidade de modo a assumir um significado atribuído, o mais completo e profundo possível; 3) atribuição de um nome ou título para cada unidade estabelecida (MORAES; GALIAZZI, 2011). Esse processo não necessita ter como foco exclusivo o que já está expresso nos textos de forma explícita; os sentidos podem advir das interpretações do pesquisador, implícitas nos textos.

Após a realização da unitarização, a segunda etapa compreendeu a articulação de significados semelhantes e constituiu a categorização das unidades anteriormente obtidas. A categorização, por sua vez, é um movimento construtivo de uma ordem diferente da original, que necessita de comparação constante entre as unidades iniciais estabelecidas na primeira etapa da análise, conduzindo-as a agrupamentos semelhantes, mediante associação com o referencial teórico adotado (MORAES; GALIAZZI, 2011). As categorias podem assumir níveis diferentes, passando de iniciais para intermediárias e finais, constituindo, nessa ordem, categorias mais abrangentes e em menor número.

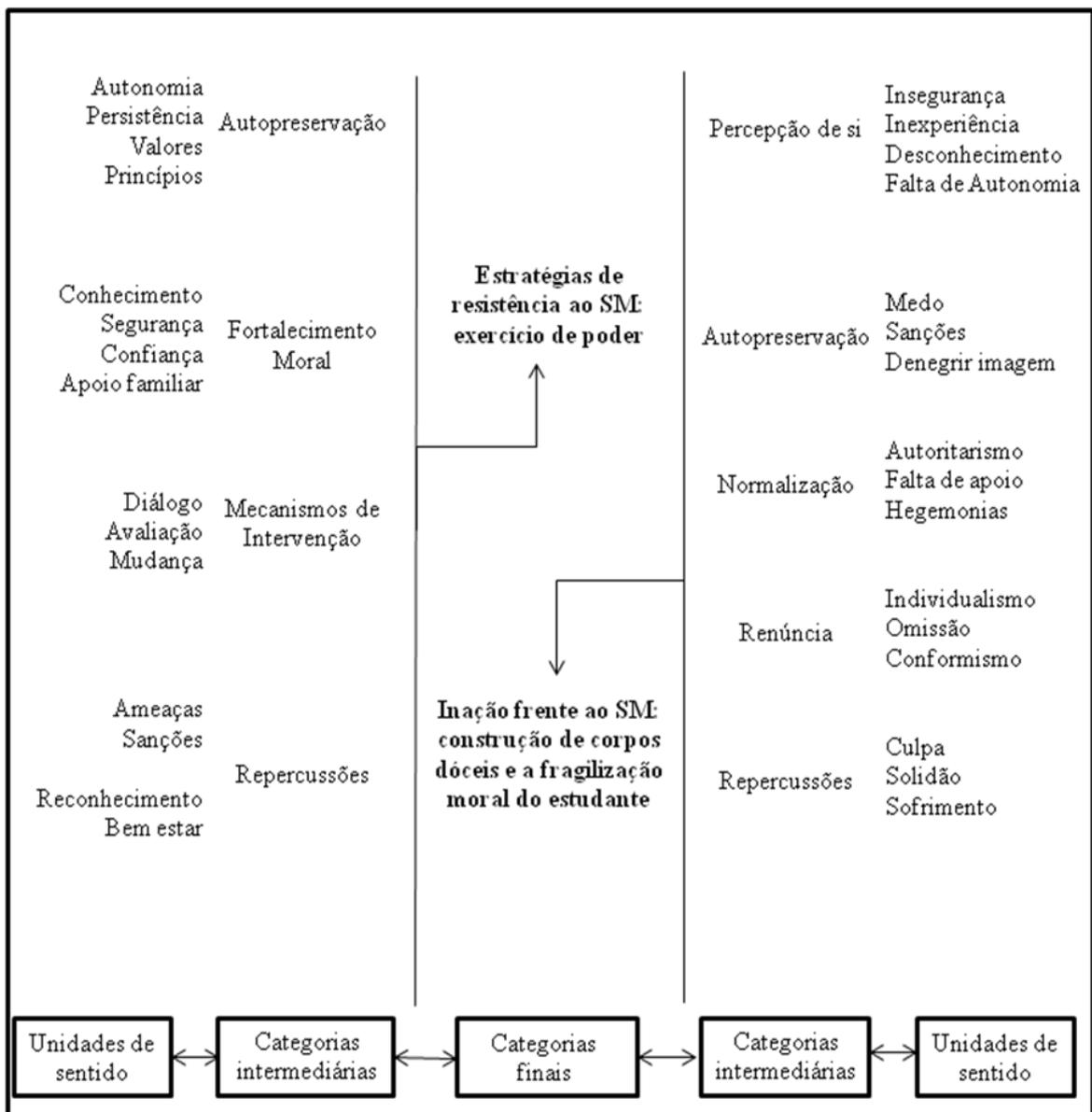
Durante a categorização, foram identificadas relações entre as unidades de significado, comparando-as e realizando o agrupamento de elementos de significação próximos em categorias intermediárias, e após, em duas categorias finais (Quadro 1). Desse modo, emergiram duas categorias apresentadas a seguir: Estratégias de sobrevivência/defesa ao SM: Inação frente ao SM: a construção de corpos dóceis e a fragilização moral do estudante; Estratégias de resistência ao SM: exercício de poder.

A captação do novo emergente constituiu-se na terceira etapa do processo de ATD, caracterizada pela obtenção do metatexto, resultado desse processo, que permitiu criar, a partir de vozes emergentes nos textos analisados, a produção de novos entendimentos sobre os fenômenos e discursos investigados (MORAES; GALIAZZI, 2011). Dessa forma, a produção escrita na análise textual discursiva

caracteriza-se por uma permanente incompletude e pela necessidade de crítica constante (MORAES; GALIAZZI, 2006).

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

Quadro 1-Modelo estrutural de construção das categorias. Rio Grande, RS, Brasil, 2016.



4.4 ASPECTOS ÉTICOS

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

Após avaliação do Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EEenf), o projeto “Advocacia do paciente e coping na enfermagem: possibilidades de exercício de poder mediante vivências de sofrimento moral”, do qual esse estudo é parte integrante, foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa local e recebeu parecer favorável (Parecer Nº 97/2013) (ANEXO 1).

Foi encaminhado à direção das Universidades um documento, solicitando sua permissão para a execução do projeto (APÊNDICE E), especificando os objetivos do estudo, bem como os possíveis riscos e benefícios envolvidos.

Ocorrerá a devolução dos resultados obtidos aos cursos, a sua coordenação, docentes e discentes, com os quais os dados foram coletados e à comunidade científica através do comprometimento em produzir artigos científicos a serem encaminhados a periódicos de reconhecimento e relevância internacional. Após a pesquisa, os instrumentos de pesquisa e demais materiais utilizados foram guardados em arquivos específicos para esse fim, e serão mantidos por um período mínimo de cinco anos, após a publicação dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo, serão apresentados os três artigos que compuseram essa tese, sendo o primeiro artigo derivado da etapa metodológica, o segundo da etapa quantitativa e o terceiro da etapa qualitativa.

O primeiro artigo de caráter metodológico, intitulado "Elaboração e validação da Escala de Sofrimento Moral para Estudantes de Enfermagem (ESMEE)", refere-se ao processo de elaboração e validação do instrumento de coleta de dados, segundo as oito etapas propostas por DeVellis (2003).

O segundo artigo quantitativo, "Sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem", analisou os níveis de frequência e intensidade do SM em estudantes de enfermagem e sua relação com variáveis sociodemográficas e acadêmicas, por meio da Escala de SM para estudantes de enfermagem aplicada em três universidades do Brasil.

Já o terceiro artigo, apresenta o título "Estudantes de enfermagem diante de sofrimento moral: Estratégias de resistência" evidencia resultados referentes as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos estudantes diante de situações que geram SM, mediante pesquisa qualitativa realizada em três universidades do Brasil.

5.1 ARTIGO 1

Elaboração e validação da Escala de Sofrimento Moral para Estudantes de Enfermagem (ESMEE)⁶

Objetivo: Elaborar e validar um instrumento de análise da frequência e intensidade de sofrimento moral em estudantes de enfermagem. **Método:** Estudo metodológico que visou realizar a elaboração e validação de uma escala, utilizando-se um guia de oito etapas para seu desenvolvimento. A amostra foi constituída por 499 estudantes de graduação em enfermagem de três universidades no sul do Brasil. As etapas do desenvolvimento da escala foram: 1) determinar o que o pesquisador quer medir; 2) gerar conjunto de itens; 3) determinar o formato para a medição; 4) revisão de especialistas; 5) incluir itens de validação; 6) administrar itens em uma amostra; 7) avaliar os itens; 8) otimizar o comprimento da escala.

Resultados: A partir da análise fatorial, foram identificados seis constructos: *Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário; Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário; Práticas docentes autoritárias; Falta de competência do docente; Desrespeito à dimensão ética da formação profissional; Opção profissional.* O instrumento apresentou consistência interna satisfatória, com alfa de Cronbach 0,97 para o instrumento, e entre 0,60 e 0,97 para as dimensões. **Conclusão:** A Escala de Sofrimento Moral para Estudantes de Enfermagem (ESMEE) é um instrumento válido e fidedigno para ser utilizado na avaliação do sofrimento moral durante a graduação em enfermagem, contemplando o ambiente acadêmico e o ambiente clínico.

Descritores português Estudos de validação, Estudantes de Enfermagem, Moral, Ética.

Descritores espanhol Estudios de Validación, Estudiantes de Enfermería, Moral, Ética.

Descritores inglês Validation Studies, Education Nursing, Moral, Ethics.

²Artigo a ser encaminhado para a Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE). Normas disponíveis em: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/media/preparo-do-artigo.pdf>.

Introdução

O sofrimento moral (SM), na prática da enfermagem, foi descrito inicialmente como desequilíbrio psicológico, surgindo quando a pessoa sabe moralmente qual a decisão mais adequada a ser tomada, porém, por pressões externas ou de outrem, tem dificuldades de assumir tais decisões. Geralmente, as decisões de enfrentamento não podem ser adotadas por obstáculos institucionais, constrangimentos legais, políticas das instituições de saúde e/ou desequilíbrios nas relações de poder⁽¹⁾.

Nesse sentido, as pesquisas quantitativas sobre SM, tiveram seu início em 1995⁽²⁾, através do desenvolvimento de uma escala para medir SM em profissionais de enfermagem a partir de situações vivenciadas no ambiente de trabalho, denominada *Moral Distress Scale (MDS)*. Sua segunda versão foi apresentada em 2001⁽³⁾.

No Brasil, a primeira adaptação e validação do MDS ocorreu em 2009⁽⁴⁾ e apresentou duas escalas likert para discriminar intensidade e frequência de SM, com a conclusão de que o instrumento não parecia ter explorado suficientemente o SM relacionado aos problemas vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem no seu ambiente de trabalho, especificamente na realidade brasileira. Nesse sentido, a partir dos 10 itens do MDS original validados para o contexto brasileiro⁽⁴⁾, foi proposto em 2012 um novo instrumento, incluindo 13 itens oriundos do conhecimento produzido a partir da realidade nacional; desse modo, a versão final do instrumento foi validada com 23 itens⁽⁵⁾.

Nessa perspectiva, as pesquisas em SM têm sido em grande parte realizadas com profissionais de enfermagem. No entanto, a vivência de SM também ocorre com estudantes de enfermagem⁽⁶⁻⁷⁾, a qual tem sido pouco pesquisada, embora sua exposição a situações moralmente angustiantes seja reconhecidamente ampla, devido ao cumprimento de experiências educacionais no ambiente clínico. Assim, os estudantes, do mesmo modo que profissionais enfermeiros, ao testemunharem circunstâncias de prestação de cuidados e

comportamentos antiéticos, incompatíveis com seus valores, princípios e os padrões aprendidos durante sua formação, percebem o SM⁽⁶⁾, validando a necessidade de investigar sua ocorrência em outras configurações, como a academia⁽⁸⁾.

Destaca-se, além da escassez de pesquisas acerca do SM em estudantes de enfermagem, a inexistência de um instrumento específico de pesquisa desenvolvido para avaliar sua presença nessa população⁽⁸⁻⁹⁾. De tal modo, a elaboração de uma escala para analisar o SM em estudantes de enfermagem, que contemple o ambiente de formação, possibilitará identificar elementos que contribuam para ocorrência do SM, justificando esse estudo.

Nesse sentido, este estudo teve por objetivos elaborar e validar um instrumento de análise da frequência e intensidade de sofrimento moral em estudantes de enfermagem.

Método

Tratou-se de um estudo metodológico, no qual são descritas as etapas de elaboração e validação de um instrumento de pesquisa e sua face exploratória, em vista da insuficiência de produções sobre o tema. Destarte, utilizou-se um guia de oito etapas⁽¹⁰⁾ para o desenvolvimento da escala de sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem: *Etapa 1-* Determinar claramente o que o pesquisador quer medir⁽¹⁰⁾: realizou-se uma revisão integrativa em bancos de dados internacionais, proporcionando o aprofundamento teórico e conhecimento amplo e atual sobre a temática pesquisada. Assim as buscas foram feitas pelo acesso *on-line*, no mês de junho de 2015, nas bases de dados CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), MEDLINE e no portal PUBMED utilizando-se o descritor do *Medical Subject Headings* (MeSH): “*student*” e as palavras: “*moral distress*”, com o operador booleano AND.

Os critérios de inclusão das publicações definidos para esta revisão integrativa foram: artigos de pesquisa, completos, sem limites para temporalidade, apresentando resumo para primeira análise e enfocando como assunto principal o SM em estudantes na área da saúde.

Etapa 2- Gerar um conjunto de itens⁽¹⁰⁾: essa etapa foi desempenhada em dois momentos, na Revisão integrativa, realizada em bases de dados internacionais e no levantamento da produção científica do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES).

A partir da revisão integrativa, as situações que geram SM em estudantes referiam-se, no ambiente de formação, a problemas relacionados ao plágio; alteração de notas; comportamentos inadequados⁽⁸⁾; desarticulação entre teoria e prática^(6,11); e, à escolha profissional⁽¹²⁾. Em relação ao comportamento docente, a divergências no modo de realizar procedimentos; discriminação; falhas didáticas dos docentes; ocorrência de perguntas de forma intimidadora^(6,13). No ambiente institucional, a problemas de acesso a cuidados e a sua continuidade aos usuários; alocação de recursos⁽¹¹⁾; clima ambiental intimidador; incompetência da equipe de saúde^(6,14).

Já no ambiente clínico, as situações que geram SM estão pautadas na prestação de cuidado, devido ao desrespeito ao usuário (relacionados a privacidade, consentimento, segurança, preconceito, futilidade nos procedimentos, erro de medicação)^(6,11,13-15) Ainda, a ocorrência de situações com enfoque nos estudantes, como: a realização de procedimentos para os quais não se sente qualificado^(6,13-15); procedimentos que visam apenas a aprendizagem^(11,13).

No segundo momento, por meio da produção científica do NEPES^(4-5,16-17) foi possível elencar questões relevantes para o SM no âmbito dos estudantes de enfermagem, que versam sobre a falta de recursos materiais na prática clínica; falta de consentimento informado; erros de medicação; procedimentos fúteis ou que visem apenas o aprendizado; falta de respeito à privacidade; negação de informações; trabalhar com equipe que considera incompetente; não se sentir preparado para cuidar de determinados clientes.

Os itens foram elaborados em um formato de afirmações com linguagem clara e básica, evitando palavras ou frases indutivas e observando que cada um abordasse somente um conteúdo, para serem apreciados por meio de uma escala. Na primeira etapa, para as quatro dimensões, foram elaborados 57 itens.

Etapa 3- Determinar o formato para a medição⁽¹⁰⁾: de acordo com o objetivo de medir intensidade e frequência de SM, utilizaram-se duas escalas Likert de sete pontos, uma medindo a intensidade de SM, a qual variava de 0 (nenhum) a 6 (para sofrimento muito intenso), e a outra medindo a frequência com que as situações que geram SM ocorrem, a qual variou de 0 (nunca) a 6 (frequente).

A utilização da escala Likert de sete pontos é comprovadamente confiável na medição do SM⁽²⁻⁵⁾, sendo a mais utilizada em levantamentos de atitudes, opiniões e avaliações. Essa forma de medição se caracteriza por apresentar um determinado número de alternativas em que o respondente deve julgar um enunciado⁽¹⁰⁾.

Etapa 4- Revisão de especialistas⁽¹⁰⁾: nessa etapa, foram realizadas validade de face e validade de conteúdo. A validade de face tem por finalidade verificar se os itens do instrumento de coleta de dados se apresentam com equivalências semânticas, cultural e conceitual da escala⁽¹⁸⁾. Para tanto, o instrumento foi submetido a um comitê de especialistas, composto por três professores doutores em enfermagem de Universidades Públicas do Sul do Brasil. Os quais indicaram a retirada de três questões, assim de 57 questões o instrumento passou a apresentar 54 questões.

Já a validade de conteúdo objetivou confirmar se os itens do instrumento representam o conteúdo que se deseja analisar⁽¹⁸⁾. Nessa etapa, a versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada de forma individual a 30 estudantes de graduação em enfermagem de uma Universidade Pública do Sul do Brasil, evidenciando-se o tempo médio de aplicação, bem como as dificuldades e facilidades no preenchimento do instrumento.

Ainda, apenas para realização do pré-teste, foi inserido uma questão aberta de número 55, a qual solicitava o registro de alguma situação que causasse SM em estudantes de enfermagem e que não havia sido suficientemente contemplada no instrumento; no entanto, não houve indicação relevante para qualquer inclusão; assim, o instrumento manteve sua apresentação com 54 itens.

Etapa 5- Inclusão de itens de validação⁽¹⁰⁾: nessa etapa, há a possibilidade de considerar a inclusão de itens de validação no corpo do instrumento; no entanto, optou-se por estabelecer o processo de validação após a constituição da escala final.

Ainda, em relação à caracterização da amostra, foram inseridos, na página inicial do instrumento, itens para preenchimento do estudante, relativos à instituição formadora; semestre/série atual; sexo; idade; estado civil; ano de ingresso no curso; reprovação anterior e número de vezes; formação anterior; atividade remunerada. Os itens de caracterização visaram preservar o anonimato dos respondentes, para que se sentissem absolutamente livres para emitir suas respostas, favorecendo sua participação e, por conseguinte, gerando uma avaliação mais fidedigna. O instrumento apresentava também, na página inicial, um texto introdutório, onde era explicitada a definição de SM e a forma de preenchimento.

Portanto, ao final das etapas 1, 2, 3, 4 e 5, a escala, então denominada de Escala de Sofrimento Moral para Estudantes de Enfermagem (ESMEE) apresentava itens de caracterização da amostra e o texto introdutório na página inicial, além de 54 itens que correspondiam à vivência de SM, mensurados através de duas escalas likert de sete pontos.

Etapa 6- Administração dos itens em uma amostra de desenvolvimento⁽¹⁰⁾: Para seleção do tamanho da amostra, adotou-se uma fórmula específica, que objetivou estimar o mínimo tamanho para que fosse possível a realização de determinados procedimentos estatísticos⁽¹⁹⁾. Conhecendo previamente o total da população, composta por 802 estudantes de enfermagem

nas três instituições pesquisadas, e aplicando-se a fórmula, chegou-se ao número mínimo de 263 informantes.

A pesquisa foi desenvolvida junto a três cursos de graduação em enfermagem, localizados em dois municípios do extremo sul do Brasil. Dois cursos pertencem a universidades públicas, e o terceiro curso pertence a uma universidade privada.

Os participantes desse estudo foram estudantes de cursos de graduação em enfermagem, matriculados da primeira à última série. Os critérios para a inclusão dos participantes se restringiram a ser estudante do curso de graduação em enfermagem das universidades selecionadas e estar matriculado em umas das séries do curso. Já os critérios de exclusão foram limitados à ausência do estudante no local e no momento da coleta de dados, por mobilidade acadêmica, regime de exercício domiciliar ou por trancamento.

Na seleção dos participantes, foi utilizada a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de forma que os informantes foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que o processo de coleta de dados foi implementado.

A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro de 2015, por meio de visitas às diferentes turmas dos cursos de graduação em enfermagem das três universidades selecionadas, previamente agendadas com os professores das disciplinas. Foram visitadas 26 turmas, quando foram apresentados os coletadores, previamente treinados, e realizado o convite para participação no estudo; logo após a entrega dos instrumentos, foi realizada a descrição dos objetivos da pesquisa e a metodologia adotada, lendo a primeira folha do instrumento e explicitando a sua forma de preenchimento. A amostra final obteve um total de 499 estudantes participantes.

Etapa 7- Avaliação dos itens⁽¹⁰⁾: após a aplicação da escala na amostra selecionada, foram realizados dois testes estatísticos para garantir a validade de constructo: a análise fatorial, que

visa à redução e sumarização dos dados, formando, assim, grupos de variáveis associadas entre si (constructos); e o *alfa de Cronbach*, que testa a confiabilidade do instrumento, verificando se os itens incluídos nas escalas conseguiram medir de maneira consistente o fenômeno em questão. Os testes foram realizados através do *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0.

Para a validação de constructo, os 54 itens do instrumento foram submetidos à análise fatorial exploratória (entre blocos), buscando verificar a validade discriminante do instrumento. Definiu-se, como método de extração, a análise de componentes principais, aplicando-se a rotação ortogonal Varimax para discriminar melhor a pertinência das variáveis aos componentes identificados. A formação dos fatores obedeceu a dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, identificado através das cargas fatoriais ($>0,500$); e o seu grau de subjetividade, que corresponde à coerência conceitual quanto ao referencial e com o bloco.

O primeiro agrupamento sugeriu a formação de nove constructos, dificultando a categorização. Assim, realizou-se o processo de exclusão gradual dos itens que apresentavam baixas correlações em seus blocos, de modo a possibilitar o agrupamento, considerando-se como ponto de corte cargas fatoriais inferiores a 0,500 para formação de cada constructo.

Etapa 8- Otimizar o comprimento da escala: na última etapa é possível, por meio da análise do alfa de *Cronbach*, realizar a exclusão de algum item dos seis constructos, formados na análise fatorial, visando aumentar a confiabilidade do instrumento. No entanto, optou-se por não realizar nenhuma alteração no conjunto de itens.

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 097/2013).

Resultados

Na primeira etapa, a revisão integrativa evidenciou o total de 109 artigos: divididos em 64 no PUBMED, 18 na CINAHL e 27 na MEDLINE. Na etapa de avaliação dos 109 artigos, ocorreram 38 repetições e 52 artigos foram excluídos por não apresentarem aderência à temática, afinidade à questão de pesquisa e aos critérios de inclusão pré-estabelecidos, obtendo-se um total de 19 artigos para análise.

Assim, a proposta de elaboração de um instrumento, que analise a frequência e intensidade de sofrimento moral em estudantes de enfermagem, resulta dessa revisão que evidenciou a inexistência de um instrumento disponível para tais medidas.

Na segunda etapa, a geração do conjunto de itens, que compuseram a escala, ocorreu em dois momentos. O primeiro, por meio da revisão integrativa, quando se constatou que as principais situações que geram SM em estudantes versam sobre dimensões do ambiente de formação, comportamento docente, ambiente institucional/organizacional e ambiente prático/clínico; no segundo momento, por meio da produção científica do NEPES^(4-5,16-17). Deste modo, a partir desse conjunto de materiais, utilizaram-se as dimensões elencadas para auxiliarem na elaboração dos itens.

Na quarta etapa, realizou-se a submissão do conjunto de itens, elaborados inicialmente, à revisão de especialistas para avaliação da coerência semântica, cultural, idiomática e conceitual dos itens. Para tanto, o comitê de especialistas indicou a retirada de três itens por redundância, a adequação da escrita de alguns itens referentes ao esclarecimento do ator que realiza a ação e a divisão de itens que apresentavam situações dúbias. Após a realização das alterações, a versão validada pelos especialistas foi aplicada no pré-teste com 30 estudantes de graduação em enfermagem matriculados no quinto semestres, que permitiu confirmar que os itens da escala representavam o conteúdo analisado, de modo que o instrumento demonstrou ser de fácil compreensão e preenchimento, não sendo necessária nenhuma adaptação na sua

linguagem, tendo sido utilizado um tempo médio de 10 a 20 minutos para o seu preenchimento.

A sexta etapa constituiu a administração da ESMEE em uma amostra de 499 estudantes matriculado em três universidades do sul do Brasil. Os dados sócio demográficos da amostra estudada demonstraram que 384 (76,9%) pertenciam a universidades públicas e 115 (23%) a universidade privada; 232 (46,4%) estudantes estavam matriculados entre o sexto e o décimo semestre, 281 (56,3%) nunca reprovaram em disciplinas e 288 (57,7%) ingressaram no curso nos últimos três anos.

Dentre os estudantes, 440 (88,2%) eram do sexo feminino. Com relação à idade, obteve-se uma média correspondente a 24,8 anos, variando entre 17 e 60 anos, sendo 22 anos a moda de idade entre os participantes. A maioria dos acadêmicos eram solteiros 387 (77,6%). Verificou-se, também, que a maioria dos estudantes afirmava não trabalhar 389 (78%) e, o restante, 67 (13,4%) relatava trabalhar na área da saúde. Ainda, 110 estudantes (22%) referiram ter formação anterior e, desses, 99 (19,8%) como técnicos/auxiliares de enfermagem.

Na sétima etapa, realizou-se a validade de constructo através da análise fatorial e do *alfa de Cronbach*, foi possível formar seis constructos, com o total de 41 itens validados. Assim, do total de 54 itens, 13 itens foram excluídos do instrumento por apresentarem baixas cargas fatoriais (inferiores a 0,500) e/ou baixa comunalidade (inferiores a 0,500).

A fidedignidade dos seis constructos do instrumento foi testada através do cálculo do alfa de *Cronbach* que apresentou valor 0,97, considerando-se que os coeficientes dos seis constructos situaram-se entre 0,60 e 0,97, valores considerados elevados para estudos exploratórios, evidenciando-se, assim, a fidedignidade da escala na amostra selecionada.

As seis dimensões do instrumento explicam 65,8% da variação dos itens, o que representa um adequado grau de sintetização dos dados, facilitando seu manuseio e interpretação. A medida de adequação da amostra obtida (KMO) foi de 0,967. Assim, a Tabela 1 apresenta as cargas

fatoriais de cada constructo, de acordo com sua formação nos fatores, a variância explicada, da mesma maneira que os valores do alfa de *Cronbach*.

Tabela 1 – Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax). Rio Grande, RS, Brasil, 2016

Indicadores	Bloco	F1	F2	F3	F4	F5	F6
<i>Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário</i>							
I44 Observar ações que comprometam a dignidade do usuário	,749	,781	,203	,216	,220	,027	0,39
I43 Observar quebra de confidencialidade de informações pessoais do usuário	,666	,734	,248	,107	,204	,076	,081
I45 Observar violação da segurança do usuário	,678	,730	,198	,234	,217	,022	,054
I49 Perceber a prestação de cuidados ao usuário que visem somente o adiamento da sua morte	,596	,729	,087	,093	,111	,188	,021
I41 Perceber a realização de procedimentos, em usuário, sem consentimento	,648	,710	,231	,237	,165	,006	,084
I42 Observar situações de desrespeito à privacidade do usuário	,707	,694	,384	,101	,235	,061	,086
I48 Observar estudantes de enfermagem realizando procedimentos em usuários apenas para aprimorar suas habilidades	,637	,678	,237	,180	,105	,258	,103
I50 Perceber-se impotente ao constatar a administração errada de medicamentos	,597	,670	,104	,266	,006	,210	,152
I52 Observar a obediência à ordens médica de não dizer a verdade ao usuário, mesmo quando o usuário lhe pede a verdade	,585	,670	,184	,273	,000	,141	,091
I47 Observar estudantes de medicina realizando procedimentos em usuários apenas para aprimorar suas habilidades	,632	,655	,383	,158	,099	,198	,132
I46 Perceber preconceito em relação aos usuários	,667	,654	,348	,171	,171	,116	,105
I38 Observar cuidados inadequados ao usuário, realizados por profissionais de saúde	,725	,652	,488	,159	,153	,093	,072
I40 Observar orientações inadequadas ao usuário	,652	,650	,378	,189	,167	,154	,005
I27 Presenciar desrespeito aos direitos dos usuários pelos demais profissionais da equipe de saúde, durante as atividades práticas	,701	,606	,561	,193	,079	,173	,121
I25 Presenciar desrespeito aos direitos dos usuários pela enfermeira, durante as atividades práticas	,769	,600	,515	,161	,045	,126	,177
I37 Observar cuidados inadequados ao usuário, realizados por estudantes	,590	,595	,316	,302	,186	,100	,005
I53 Perceber-se impotente para recusar auxílio a um médico que não está executando ações com competência	,571	,590	,290	,253	,083	,231	,122

I51 Vivenciar delegação de cuidados de enfermagem aos familiares dos usuários	,585	,573	,418	,120	,194	,172	,023
I26 Presenciar desrespeito aos direitos dos usuários por profissionais de serviços de apoio, durante as atividades práticas	,666	,559	,490	,235	,058	,184	,148
I24 Presenciar desrespeito aos direitos dos usuários pelos estudantes da área da saúde, durante as atividades práticas	,632	,547	,468	,253	,004	,143	,172
I28 Presenciar o comprometimento do cuidado ao usuário, devido à má comunicação entre as equipes	,645	,525	,493	,242	,158	,169	,122
I39 Observar cuidados inadequados ao usuário, realizados por familiares	,516	,511	,350	,238	,227	,151	,039
<i>Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário</i>							
I19 Identificar dificuldades de acesso dos usuários a cuidados adequados	,662	,294	,719	,076	,185	,090	,102
I22 Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos usuários	,726	,280	,699	,304	,128	,145	,042
I20 Observar falta de continuidade de cuidados aos usuários, durante as atividades práticas	,703	,375	,697	,156	,243	,100	,082
I21 Realizar improvisações para enfrentar a falta de materiais no cuidado aos usuários	,699	,270	,695	,280	,128	,222	,059
I23 Trabalhar com profissionais não suficientemente preparados para prestar o atendimento necessário aos usuários	,666	,409	,620	,234	,130	,182	,098
I29 Perceber divergências no modo de realizar procedimentos entre enfermeiro assistencial e docentes	,630	,441	,557	,203	,207	,138	,149
<i>Práticas docentes autoritárias</i>							
I13 Perceber a ocorrência de questionamentos de forma intimidadora	,777	,261	,295	,760	,160	,115	,042
I12 Perceber relações intimidadoras durante as atividades práticas	,663	,225	,315	,718	,141	,196	,021
I11 Perceber relações intimidadoras dentro de sala de aula	,724	,178	,239	,701	,213	,161	,107
I31 Perceber-se discriminado por docentes	,774	,312	,081	,664	,164	,080	,131
I35 Ser requisitado por docentes a desempenhar tarefas que não apresentam teor acadêmico	,595	,424	,100	,587	,076	,056	,085
<i>Falta de competência do docente</i>							
I10 Identificar falhas dos docentes em relação à competência didática	,550	,257	,189	,219	,769	,156	,104
I9 Identificar falhas dos docentes em relação ao domínio de conteúdos	,612	,191	,228	,250	,749	,184	,140
I7 Identificar desarticulação entre o conhecimento teórico e a aplicação prática no seu processo de ensino aprendizagem	,766	,308	,299	,264	,514	,172	,253
<i>Desrespeito a dimensão ética da formação</i>							

<i>profissional</i>							
I1 Identificar plágio realizado por estudante	,665	,156	,136	,130	,068	,774	,039
I2 Perceber alteração de notas de colega, pelo docente, para evitar a reprovação	,619	,240	,159	,138	,102	,692	,168
I3 Presenciar comportamentos inadequados entre estudantes	,503	,147	,225	,140	,309	,562	,014
<i>Opção profissional</i>							
I16 Perceber-se indeciso acerca da profissão escolhida	,646	,028	,066	,100	,136	,004	,866
I15 Sentir-se desvalorizado quanto a sua escolha profissional (Graduação em Enfermagem)	,783	,171	,321	,165	,152	,273	,624

% variância explicada – rotated (65,8%)

Alfa de Cronbach (instrumento 0,970).

KMO medida de adequação da amostra (KMO = 0,967).

Teste de Bartlett: qui-quadrado = 14681,429.

Subsequentemente, realizou-se a análise fatorial exploratória (nos blocos), de modo a se observar a unidimensionalidade dos constructos. A partir dessa análise, foi possível identificar que os itens de cada constructo, analisados conjuntamente, convergiram para um único fator, sugerindo serem todos unidimensionais. Assim, em sua versão final, o instrumento apresentou seis constructos, constituídos por 41 itens e definidos conforme apresentado na Figura 1.

Constructo	Definição do constructo
<i>Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário</i>	Itens referentes aos direitos dos usuários à privacidade, segurança, cuidados adequados, dignidade, respeito, informação, termo de consentimento, problemas de má comunicação, ^(6,11,13-15) .
<i>Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário</i>	Itens referentes ao sistema de cuidados no âmbito institucional e organizacional, relacionados a problemas de incompetência profissional, acesso a cuidados adequados, à falta de continuidade de cuidados, e à alocação de recursos ^(6,11,14) .
<i>Práticas docentes autoritárias</i>	Itens referentes a relacionamentos interpessoais entre estudante e docente. Nesse sentido, os docentes de enfermagem demonstram falta de apoio e comportamento excessivamente crítico, contribuindo para um ambiente de aprendizagem desconfortável ^(6,13) .
<i>Falta de competência do docente</i>	Itens referentes aos fatores relativos as falhas docentes em relação à competência didática, domínio de conteúdos, desarticulação entre teoria e prática ^(6,11) .
<i>Desrespeito a dimensão ética da formação</i>	Itens referentes ao plágio, alteração de notas e comportamentos inadequados ⁽⁸⁾ .

<i>profissional</i>	
<i>Opção profissional</i>	Itens referentes a escolha do curso de graduação, permanência no curso, e sentimentos de desvalorização profissional ⁽¹²⁾ .

Figura 1 – Definição dos constructos do SM em estudantes de Enfermagem formados a partir da análise fatorial – Rio Grande, 2016.

Discussão

No que se refere à utilização da análise fatorial e formação de constructos, foram validados 41 itens, divididos em seis constructos. O constructo *Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário* foi constituído com 22 itens (alfa de *Cronbach* 0,97). O elevado número de itens nesse constructo pode estar associado aos estudos analisados na revisão integrativa que destacaram, em sua maioria, situações do ambiente clínico como geradoras de SM em estudantes. Assim, ao se elaborar os itens do instrumento, buscou-se alcançar maior precisão e fidedignidade no conhecimentos dos elementos relacionados ao SM nesse contexto. Disso, decorreu que há grupos de questões que abordam a mesma ação, porém executada por diferentes atores. Assim, essa dimensão mostrou-se condizente com a literatura^(6, 14-15).

O constructo *Falta de competência do docente* formou-se com três itens (alfa de *Cronbach* 0,91). Nesse constructo, as situações que podem gerar SM em estudantes estavam relacionadas a falhas didáticas e de conhecimento dos docentes e, ainda, à fragmentação teórico-prática. Destaca-se que o distanciamento entre o que é teoricamente enfatizado e o que é vivenciado na prática pode ocasionar um certo grau de desvalorização para os estudantes, pois suas habilidades teóricas não condizem com a realização de determinados procedimentos avaliados pelos supervisores e que determinam sua aprovação. Assim, os discentes não necessariamente necessitavam de conhecimento teórico para obter sucesso em determinada avaliação, apenas habilidade manual⁽⁶⁾.

O constructo *Práticas docentes autoritárias* apresentou cinco itens (alfa de *Cronbach* 0,86). Essa dimensão mostrou-se condizente com a literatura, uma vez que a situação que mais

causou SM nos estudantes, relacionada ao ambiente de formação, diz respeito ao comportamento inadequado de algum docente frente a um colega, funcionário ou outro, situação que o estudante não denunciou, porque tinha medo que afetasse negativamente sua avaliação⁽¹⁵⁾. Ainda, os participantes identificaram sua frustração com suas percepções de impotência frente a comportamentos dos docentes de enfermagem, relacionados a exemplos de coerção e ameaças implícitas⁽⁶⁾.

O constructo *Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário* formou-se com três itens (alfa de *Cronbach* 0,83). Essa dimensão mostrou-se pertinente, ao evidenciar a preocupação dos estudantes de enfermagem com as questões alusivas ao sistema de cuidados prestados ao usuário, demonstrando a consciência, como graduandos, de analisarem o sistema de saúde em suas diversas esferas micro e macro. As situações que geram SM parecem enraizadas na cultura e comportamento da sociedade, refletindo-se diretamente nas instituições prestadoras de saúde e nas suas organizações de trabalho.

O constructo *Desrespeito a dimensão ética da formação profissional* foi constituída por três itens (alfa de *Cronbach* 0,67). Esse constructo refere-se à desonestidade no ambiente de formação, incluindo fraude, plágio e inflação de notas. Assim, quando tais questões não são enfrentadas com transparência e justiça em um programa educacional, poderão ser criados antecedentes negativos na formação dos estudantes, frente ao processo de tomada de decisão moral e ética, pois um clima de aceitação da desonestidade poderá prevalecer⁽⁸⁾.

O constructo *Opção profissional* apresentou dois itens (alfa de *Cronbach* 0,60). O constructo mostrou-se pertinente e condizente com a literatura no que diz respeito à enfermagem, pois, sua escolha como opção profissional, em muitos casos, decorre de uma pretensa afinidade pela área da saúde e por uma tendência de optar pelo curso, conforme a possibilidade de aprovação no processo seletivo. Desse modo, associado ao fato de que o desejo era por outra profissão que não a de enfermagem, as atribuições da enfermeira podem não lhes parecer

interessantes, dificultando a visualização de seu sentido e a gratificação de seu esforço, provocando-lhes, até mesmo, sentimentos de desvalorização e possíveis situações de sofrimento⁽¹²⁾.

Conclusão

Mediante os objetivos propostos, conclui-se que a ESMEE, elaborada, foi validada e os resultados encontrados evidenciam constituir-se em um instrumento capaz de analisar a intensidade e a frequência de SM em estudantes de enfermagem, contribuindo para a compreensão pontual dos fatores que, possivelmente, provocam SM na graduação. Acredita-se que a escala desenvolvida contribuirá para formação profissional em enfermagem, na medida que problematiza situações do cotidiano da formação profissional, relacionadas ao sm, visando sua qualificação e aprimoramento podendo resultar na melhoria da qualidade da assistência.

Referências

1. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWNONNS Clin Issues Prenat Womens Health Nurs.* 1993; 4(4): 542–51.
2. Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care.* 1995; 4(4):280-5.
3. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. *J Adv Nurs.* 2001; 33(2):250-6.
4. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira *Rev. esc. enferm. USP.* 2012; 46(3): 681-8.

5. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaszewski-Barlem JG, Almeida AS, Hirsch CD. Características psicométricas da Moral Distress Scale em profissionais de enfermagem brasileiros. *Texto contexto Enferm.* 2014; 23(3):563-72.
6. Wojtowicz B, Hagen B, Daalen-Smith CV. No place to turn: Nursing students' experiences of moral distress in mental health settings. *Int J Ment Health Nurs.* 2014; 23(3):257-64
7. Grady A. Experiencing moral distress as a student nurse. *Imprint.* 2014; 61(2):40-2.
8. Ganske KM. Moral Distress in Academia. *The Online J Issues Nurs.* 2010; 15(3):1-1.
9. Comrie RW. An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nurs Ethics.* 2012; 19(1):116-27.
10. Devellis RF. *Scale development: theory and applications.* Newbury Park: Sage, 2003. 171p.
11. Lomis KD, Carpenter RO, Miller BM. Moral distress in the third year of medical school; a descriptive review of student case reflections. *Am Surg.* 2009; 197(1):107-12.
12. Bordignon SS, Lunardi VL, Barlem ELD, Lunardi Filho WD, Tomaszewski-Barlem JG, Ramos AM. Moral distress among undergraduate nursing students who question the choice of professional career. *J. Nurs. Socioe. Health.* 2014; 1(1):63-9.
13. Monrouxe LV, Rees CE, Dennis I, Wells SE. Professionalism dilemmas, moral distress and the health care student: insights from two online UK-wide questionnaire studies. *BMJ Open.* 2015; 5:e007518.
14. Theobald A. Moral Distress in Baccalaureate Nursing Students. *Ky Nurse.* 2013;61(2):5-6.
15. Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley J, Tarpley M, O'Gorman ML, et al. Medical Students' Experiences of Moral Distress: Development of a Web-Based Survey. *Acad Med.* 2010; 85(1):111-7.
16. Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS, Santos SSC, Lunardi Filho WD, Silveira RS, et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2009; 62(4): 599-603.

17. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implications of moral distress on nurses and its similarities with burnout. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(1): 200-8.
18. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009. 688 p.
19. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Editora Sílabo; 2012. 377p.

5.2 ARTIGO 2

Sofrimento Moral em estudantes de graduação em enfermagem⁷

Resumo

Perspectiva teórica: Sofrimento moral é entendido como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando o indivíduo não pode executar ações moralmente adequadas, segundo sua consciência.

Objetivos: Analisar o sofrimento moral e sua relação com variáveis sociodemográficas e acadêmicas, em estudantes de graduação em enfermagem de diferentes universidades do Sul do Brasil

Método: Trata-se de um estudo quantitativo com delineamento transversal. A amostra foi constituída por 499 estudantes, submetidos à aplicação da Escala de Sofrimento Moral para Estudantes de Enfermagem (ESMEE). Realizou-se análise estatística descritiva, testes de associação (teste t e Anova) e regressão.

Considerações éticas: O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisada Universidade Federal do Rio Grande.

Resultados: Ocorreram correlações significativas entre as variáveis sociodemográficas e acadêmicas e os constructos: Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário; Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário; Práticas docentes autoritárias; Falta de competência do docente; Desrespeito à dimensão ética da formação profissional e Opção profissional, que podem gerar SM no ambiente acadêmico.

Conclusão: Estudantes de graduação em enfermagem, que referiram maiores níveis de SM, tiveram como características demográficas e acadêmicas estarem matriculados nas séries finais do curso, em uma universidade federal e não terem, como formação anterior, o curso auxiliar/técnico de enfermagem.

Descritores Estudantes de Enfermagem, Educação em Enfermagem, Moral, Ética.

Introdução

O sofrimento moral (SM) em estudantes ocorre quando não exercem sua autonomia, declinando da resolução de um problema moral, devido à sua posição hierárquica e à preocupação com as avaliações docentes.¹ O interesse por essa temática na atualidade vem ampliando o seu campo de pesquisa, passando das primeiras investigações direcionadas aos profissionais de saúde para estudantes da área da saúde. Especificamente, foi investigado SM em estudantes de enfermagem em âmbito nacional,²⁻⁴ e internacional.⁵⁻¹³

Dessa forma, é relevante explicitar que os estudantes enfrentam problemas morais próprios¹⁴ no ambiente de formação em que estão inseridos, podendo revelar o enfrentamento de circunstâncias dúbias relacionadas ao exercício da autonomia, da ética e da moral. Nessa perspectiva, elucidar as situações que causam SM nos

²Artigo a ser encaminhado para a Nursing Ethics. Normas disponíveis em: <http://www.sagepub.com.ez40.periodicos.capes.gov.br/journals/Journal201821#submission-guidelines>

estudantes de graduação em enfermagem, nos ambientes de formação, poderá fornecer uma descrição das fragilidades universitárias¹⁵ e refletir diretamente na defesa e valorização do próprio estudante, como na qualificação da sua formação.

O tema SM tem sua origem na problematização do cotidiano dos profissionais de enfermagem. Nesse sentido, o SM em estudantes de enfermagem tem sido pouco pesquisado, embora sua exposição a situações moralmente angustiantes é reconhecidamente ampla, especialmente devido ao cumprimento de experiências educacionais no ambiente clínico. Assim, os estudantes, do mesmo modo que profissionais enfermeiros, ao testemunharem circunstâncias de prestação de cuidados e comportamentos antiéticos, incompatíveis com seus valores, princípios e padrões aprendidos durante sua formação acadêmica, percebem o SM,¹³ validando e justificando a necessidade de investigar sua ocorrência em outras configurações, como a academia.¹⁶

Para tanto, olhar para o ambiente de formação dos estudantes de graduação em enfermagem pode revelar que muitos enfrentamentos morais associados ao SM em estudantes dizem respeito às condições próprias do meio universitário. Desse modo, a presença de SM em estudantes de enfermagem indica a necessidade do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e de intervenções a serem ensinadas no ambiente acadêmico, por todas as escolas de enfermagem, a fim de manter o bem-estar dos estudantes e assegurar uma formação acadêmica de qualidade,¹⁰ fatores que demonstram a relevância de ampliar o conhecimento acerca dessa temática em estudantes de enfermagem.

Perspectiva teórica

O conceito de SM, na literatura, foi idealizado por Andrew Jameton, na década de 80, apresentando seu conceito como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando o indivíduo não pode executar ações moralmente adequadas, segundo sua consciência.¹⁷

Nesse sentido os problemas éticos foram classificados em três categorias: *Incerteza Moral*, quando se reconhece um problema como uma situação moralmente inadequada ou incorreta; *Dilema Moral*, quando a partir de um problema moral, há duas ou mais ações eticamente justificáveis que podem ser tomadas, e muitas vezes, há desvantagens significativas para cada solução potencial; e *SM*, em que é provável que a ação eticamente adequada para resolver um problema moral tenha sido identificada, no entanto, sua implementação apresenta inúmeras barreiras.¹⁷

Destarte, SM trata-se de um conceito guarda-chuva que capta uma gama de experiências de indivíduos moralmente constrangidos,¹⁸ podendo ser entendido como uma resposta às restrições individuais, institucionais

ou sociais.¹⁹ Ainda, os indivíduos podem sofrer restrições por causas pessoais, como medo ou falta de vontade; ou restrições situacionais, como a tomada de decisão hierárquica ou a falta de recursos.¹⁸

Objetivo

Analisar o sofrimento moral, e sua relação com variáveis sociodemográficas e acadêmicas, em estudantes de graduação em enfermagem de diferentes universidades do Sul do Brasil.

Metodologia

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal.²⁰ Realizado por meio da Escala de Sofrimento Moral para Estudantes de Enfermagem (ESMEE), validada previamente, com estudantes de enfermagem de três universidades do Brasil.

Participantes e local do estudo

O estudo foi realizado em três universidades localizadas no sul do Brasil – Dois cursos pertencem a universidades públicas, e um a uma universidade privada. Os participantes desse estudo foram estudantes de cursos de graduação em enfermagem, de três universidades brasileiras, matriculados da primeira à última série.

Os critérios para a inclusão dos participantes se restringiram a ser estudante do curso de graduação em enfermagem das universidades selecionadas, ter disponibilidade e interesse em responder ao instrumento. Já os critérios de exclusão foram limitados à ausência do estudante no local e no momento de coleta de dados (por mobilidade acadêmica, regime de exercício domiciliar, trancamento) e por falta de disponibilidade ou de interesse em participar da pesquisa.

Para a seleção dos participantes, foi utilizada a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de forma que os informantes foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que o processo de coleta de dados foi implementado. Ainda, conhecendo previamente o total da população, composta por 802 estudantes de enfermagem, e aplicando-se a fórmula,²¹ chegou-se ao número mínimo de 263 informantes.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 1 de novembro a 20 de dezembro de 2015, por meio de visitas às diferentes turmas dos cursos de graduação em enfermagem das três universidades selecionadas, previamente agendadas com os professores das disciplinas. Foram visitadas 26 turmas, às quais foram apresentados os coletadores, previamente treinados, e realizado o convite para participar do estudo; logo após a entrega dos instrumentos, foi realizada a descrição dos objetivos da pesquisa e da metodologia adotada, lendo a primeira folha do instrumento e explicitando sua forma de preenchimento.

Instrumento

A ESMEE foi validada previamente contendo 41 itens, apresentando duas escalas Likert de sete pontos, uma medindo a intensidade de SM, a qual variava de 0 (nenhum) a 6 (para sofrimento muito intenso), e a outra medindo a frequência com que as situações que geram SM ocorrem, a qual variou de 0 (nunca) a 6 (frequente). Em relação à caracterização da amostra, foram inseridos, na página inicial do instrumento, itens para preenchimento do estudante, relativos à universidade; semestre/série atual; sexo; idade; estado civil; reprovação anterior; ano de ingresso no curso; formação anterior; atividade remunerada. O instrumento apresentava, também, na página inicial, um texto introdutório, onde era explicitada a definição de SM e a forma de preenchimento.

Os constructos dividiram-se em seis: C1-Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário, C2-Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário C3-Práticas docentes autoritárias, C4-Falta de competência do docente, C5-Desrespeito à dimensão ética da formação profissional e C6-Opção profissional.

Análise de dados

A análise dos dados foi realizada a partir do software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0. Os resultados referentes à amostra estudada foram submetidos a diferentes tipos de análises: estatística descritiva, testes de associação (teste t e Anova) e regressão.

Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.³⁰ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande

(Parecer n. N° 097/2013). Optou-se por identificar as universidades estudadas pela letra U seguida de um número sequencial (U1, U2 e U3).

Resultados

A amostra foi constituída por 499 estudantes de enfermagem: 384 de universidades públicas e 115 de universidade privada; 232 estudantes estavam matriculados entre o sexto e o décimo semestre, 56,3% nunca reprovou em alguma disciplina e 57,7% ingressou no curso nos últimos três anos. Dentre os estudantes, 440 (88,2%) eram do sexo feminino. Com relação à idade, obteve-se uma média correspondente a 24,8 anos, variando entre 17 e 60 anos, sendo 22 anos a moda de idade entre os participantes. A maioria dos acadêmicos era solteira, 387 (77,6%). Verificou-se também que a maioria dos estudantes afirmava não trabalhar 389 (78%) e, do restante, (13,4%) relatavam trabalhar na área da saúde. Ainda, 110 estudantes (22%) referiram ter formação anterior e desses 99 (19,8%) como técnicos/auxiliares de enfermagem.

Os seis constructos obtidos correspondem a diferentes situações que o estudante de enfermagem pode vivenciar no ambiente de formação acadêmica e que podem gerar SM. Nesse sentido, o constructo C1- *Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário* é definido por questões relacionadas aos direitos dos usuários à privacidade, segurança e cuidados adequados.^{1,8-10,31} Já o constructo C2- *Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário* no sistema de cuidados no âmbito institucional e organizacional, relaciona-se a problemas de incompetência profissional, acesso a cuidados adequados, falta de continuidade de cuidados, e alocação de recursos.^{10,13,31} Em relação às C3- *Práticas docentes autoritárias*, são referidas questões de relacionamentos interpessoais entre estudante e docente, nos quais, os docentes de enfermagem demonstram falta de apoio e comportamento excessivamente crítico, contribuindo para um ambiente de aprendizagem desconfortável.^{9,13}

Ainda, o constructo C4- *Falta de competência do docente* inclui fatores relativos ao comprometimento da qualificação docente, no uso de metodologias adequadas, assim como na distribuição dos conteúdos curriculares, na consistência das disciplinas ofertadas e similaridade dos conteúdos ministrados com a realidade prática.^{11,31} O constructo C5- *Desrespeito à dimensão ética da formação profissional* abrange situações de plágio, alteração de notas e comportamentos inadequados.⁷ E o constructo C6- *Opção profissional* compreende a escolha do curso de graduação, a permanência no curso e sentimentos de desvalorização profissional.² As médias de intensidade de SM nos constructos variaram de (1,60) a (2,55) (Tabela 1). Em relação as frequências de ocorrência de situações que conduzem ao SM nos constructos variaram de (1,21) a (2,43). Assim a frequência

para U1 a médias foram para C1 (1,84), C2 (2,65), C3 (1,70), C4 (2,53), C5 (1,80) e C6 (1,71). Para U2 a médias foram para C1(1,71), C2(2,60), C3 (1,02), C4 (2,09), C5 (2,21) e C6 (1,78). Para U3 a médias foram para C1(1,52), C2(1,80), C3 (0,97), C4 (1,65), C5 (2,00) e C6 (1,43).

Tabela 1. Médias de intensidade de sofrimento moral vivenciados pelos estudantes de enfermagem de três universidades.

Indicadores	N	I _{SM}	N	I _{U1}	n	I _{U2}	n	I _{U3}
C1-Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário	496	1,83	147	2,24	234	2,24	115	1,78
I44 Observar ações que comprometam a dignidade do usuário	492	1,93	147	2,12	230	1,93	115	1,69
I43 Observar quebra de confidencialidade de informações pessoais do usuário	493	2,20	147	2,12	231	2,40	115	1,92
I45 Observar violação da segurança do usuários	494	1,66	147	1,98	232	1,57	115	1,42
I49 Perceber a prestação de cuidados ao usuário que visem somente o adiamento da sua morte	494	1,77	147	2,03	232	1,69	115	1,61
I41 Perceber a realização de procedimentos, em usuário, sem consentimento	493	1,77	147	1,93	231	1,89	115	1,30
I42 Observar situações de desrespeito à privacidade do usuário	493	2,53	147	2,67	231	2,66	115	2,10
I48 Observar estudantes de enfermagem realizando procedimentos em usuários apenas para aprimorar suas habilidades	495	2,06	147	2,21	233	1,94	115	2,12
I50 Perceber-se impotente ao constatar a administração errada de medicamentos	493	1,78	147	2,15	231	1,71	115	1,44
I52 Observar a obediência à ordens médica de não dizer a verdade ao usuário, mesmo quando o usuário lhe pede a verdade	495	2,07	147	2,14	233	2,03	115	2,04
I47 Observar estudantes de medicina realizando procedimentos em usuários apenas para aprimorar suas habilidades	495	2,68	147	2,67	233	2,70	115	2,66
I46 Perceber preconceito em relação aos usuários	492	2,52	147	2,61	230	2,66	115	2,15
I38 Observar cuidados inadequados ao usuário, realizados por profissionais de saúde	493	2,57	147	2,63	231	2,89	115	1,86
I40 Observar orientações inadequadas ao usuário	486	2,14	147	2,42	224	2,16	115	1,76
I27 Presenciar desrespeito aos direitos dos usuários pelos demais profissionais da equipe de saúde, durante as atividades práticas	496	2,28	147	2,35	234	2,62	115	1,52
I25 Presenciar desrespeito aos direitos dos usuários pela enfermeira, durante as atividades práticas	494	1,91	147	1,94	233	2,28	114	1,11
I37 Observar cuidados inadequados ao usuário, realizados por estudantes	492	1,70	147	1,99	230	1,76	115	1,23
I53 Perceber-se impotente para recusar auxílio a um medico que não está executando ações com competência	495	1,90	147	2,35	233	2,86	115	1,80
I51 Vivenciar delegação de cuidados de enfermagem aos familiares dos usuários	492	2,33	147	2,53	230	2,33	115	2,08
I26 Presenciar desrespeito aos direitos dos usuários por profissionais de serviços de apoio, durante as atividades práticas	495	1,93	147	1,86	233	2,18	115	1,49
I24 Presenciar desrespeito aos direitos dos usuários pelos estudantes da área da saúde, durante as atividades práticas	496	2,10	147	2,06	234	2,44	115	1,47
I28 Presenciar o comprometimento do cuidado ao usuário, devido à má comunicação entre as equipes	495	2,71	147	2,61	233	2,97	115	2,31
I39 Observar cuidados inadequados ao usuário, realizados por familiares	493	2,41	147	2,41	231	2,53	115	2,18

C2-Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário	497	2,55	147	2,65	235	2,81	115	1,91
I19 Identificar dificuldades de acesso dos usuários a cuidados adequados	496	2,41	147	2,25	234	2,83	115	1,77
I22 Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos usuários	495	2,62	147	2,43	233	2,81	115	2,00
I20 Observar falta de continuidade de cuidados aos usuários, durante as atividades práticas	495	2,70	147	2,47	233	3,14	115	2,09
I21 Realizar improvisações para enfrentar a falta de materiais no cuidado aos usuários	492	2,70	147	2,64	230	2,82	115	2,10
I23 Trabalhar com profissionais não suficientemente preparados para prestar o atendimento necessário aos usuários	496	2,56	147	2,78	234	2,83	115	1,74
I29 Perceber divergências no modo de realizar procedimentos entre enfermeiro assistencial e docentes	494	2,46	147	2,97	323	2,49	115	1,76
C3-Práticas docentes autoritárias	497	1,60	147	2,08	235	1,48	115	1,24
I13 Perceber a ocorrência de questionamentos de forma intimidadora	497	2,02	147	2,58	235	1,92	115	1,51
I12 Perceber relações intimidadoras durante as atividades práticas	495	2,02	147	2,56	233	1,95	115	1,49
I11 Perceber relações intimidadoras dentro de sala de aula	496	1,80	147	2,23	234	1,62	115	1,59
I31 Perceber-se discriminado por docentes	487	1,34	147	1,82	226	1,10	114	1,20
I35 Ser requisitado por docentes a desempenhar tarefas que não apresentam teor acadêmico	495	,86	147	1,24	233	0,81	115	0,45
C4-Falta de competência do docente	498	2,46	147	2,83	236	2,45	115	2,00
I10 Identificar falhas dos docentes em relação à competência didática	495	2,41	147	2,86	233	2,33	115	1,99
I9 Identificar falhas dos docentes em relação ao domínio de conteúdos	495	2,39	147	2,75	233	2,33	115	2,05
I7 Identificar desarticulação entre o conhecimento teórico e a aplicação prática no seu processo de ensino aprendizagem	495	2,56	146	2,88	234	2,65	115	1,97
C5-Desrespeito a dimensão ética da formação profissional	497	2,00	147	1,87	235	2,00	115	2,15
I1 Identificar plágio realizado por estudante	476	1,51	146	1,35	224	1,54	106	1,64
I2 Perceber alteração de notas de colega, pelo docente, para evitar a reprovação	486	1,54	146	1,35	226	1,67	114	1,38
I3 Presenciar comportamentos inadequados entre estudantes	491	2,95	146	2,79	232	2,81	113	3,43
C6-Opção profissional	498	1,96	147	1,91	236	2,23	115	1,47
I16 Perceber-se indeciso acerca da profissão escolhida	497	2,52	147	1,35	232	1,68	115	0,90
I15 Sentir-se desvalorizado quanto a sua escolha profissional (Graduação em Enfermagem)	494	1,40	147	2,48	235	2,78	115	2,05

Foram obtidas correlações ao nível de 5% com a realização de análises post-hoc no teste de Duncan (Tabela 3), possibilitando identificar grupos homogêneos em cada uma das variáveis. Os resultados das universidades federais apontaram correlações significativas em SM geral, e em quatro constructos: C2-Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário, C4-Falta de competência docente, C3-Práticas docentes autoritárias e C6-Opção profissional, comparados à universidade privada. Já o constructo C3 apresentou maior média isolada na U1.

Tabela 2. Comparação da intensidade do SM segundo as universidades.

	N	SM Geral	C2	C3	C4	C6	
Instituição		p	,014*	,000*	,000*	,002*	,003*
U1	147	2,28	2,65	2,08	2,83	1,91	
U2	237	2,23	2,81	1,48	2,45	2,23	
U3	115	1,76	1,91	1,24	2,00	1,47	

* significância ao nível de 5%

Das análises de variância realizadas, algumas correlações importantes foram identificadas, com índice de significância ao nível de 5% (Tabela 2). Primeiramente, através do Teste T, buscando encontrar diferenças significativas entre os grupos de dados, verificou-se que os estudantes com menos de 25 anos de idade apresentam correlações significativas entre SM e o constructo C6-Opção profissional. Já os estudantes das séries finais identificaram maiores média de SM em geral e em cinco constructos, exceto o constructo C6.

Em relação à formação anterior, os estudantes que eram técnicos de enfermagem apresentaram menor nível de SM geral e em dois constructos: C1-Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário e C3-Práticas docentes autoritárias, em relação aos estudantes que tinham formações prévias em outras áreas.

Ainda, os estudantes que reprovaram, uma ou mais vezes, apresentaram índices maiores de intensidade de SM em dois constructos: C3-Práticas docentes autoritárias e C6-Opção profissional, comparados aos estudantes que nunca reprovaram.

Tabela 3. Comparação da intensidade do SM segundo as variáveis demográficas e acadêmicas.

	SM Geral		C1		C2		C3		C4		C5		C6		
	M	p	M	P	M	P	M	p	M	P	m	P	M	p	
Idade															,025
< de 25														2,16	
>de 25														1,54	
Séries		,000		,000		,000		,000		,000		,000			
Iniciais	1,54		1,43		1,80		1,09		2,16		1,63				
Finais	2,82		2,93		3,41		2,18		2,79		2,42				
Formação		,035		,048				,034							
Técnicos	1,92		1,93				1,52								
Outros	2,55		2,59				2,54								
Reprovar								,000							,035
0 vezes							1,30							1,80	
1 vez ou +							1,99							2,16	

* significância ao nível de 5%

Através da ANOVA (teste Dunckan), é possível inferir que o nível de SM é mais significativo nas séries mais avançadas (entre o 5º e o 10º) da graduação em enfermagem, comparado às séries iniciais do curso. Em relação aos constructos e às séries em geral, o constructo C1- Comprometimento da dimensão ética do cuidado

ao usuário evidenciou influenciar os estudantes desde a 5ª série até a 10ª. Já o constructo C2- Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário demonstrou maiores médias para gerar SM em estudantes entre o 7º e o 10º semestre (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação da intensidade do SM segundo as séries.

Séries Gerais	N	SM Geral		C1		C2	
		p	,000*	,000*	,000*	,000*	
1	57	,63		,38		,62	
2	85		1,19		1,10		1,22
3	45		1,88		1,56		2,48
4	52		1,98		1,94		2,63
5	28		3,07		3,30		3,25
6	47		2,60		2,66		2,98
7	54		3,14		3,23		3,73
8	43		2,72		2,78		3,44
9	47		2,82		2,92		3,41
10	41		2,79		3,04		3,48

* significância ao nível de 5%

Na avaliação dos efeitos dos seis constructos em relação ao SM em estudantes de enfermagem, mediante o modelo de regressão linear, calculou-se a média dos seis constructos; assim, o valor da média foi utilizado como variável dependente. Os resultados identificaram relação de significância ao nível de 5% em todos os constructos. O constructo que mais apresentou efeito sobre o SM em estudantes de enfermagem foi C1- Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário (Tabela 5). O teste obteve, como coeficiente de determinação ajustado (R^2), o valor de 1,00 representando um valor de 100% de explicação do SM em estudantes de enfermagem a partir do questionário validado.

Tabela 5- Análise de regressão linear entre os constructos. (R^2 1,00)

Variáveis	B	P
C1-Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário	,619	,000*
C2-Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário	,182	,000*
C3-Práticas docentes autoritárias	,134	,000*
C4-Falta de competência do docente	,087	,000*
C5-Desrespeito à dimensão ética da formação profissional	,067	,000*
C6-Opção profissional	,061	,000*

* significância ao nível de 5%

Discussão

Ao pesquisar SM em estudantes de graduação em enfermagem, de três universidades brasileiras, através da ESMEE, com seis constructos que podem gerar SM no ambiente acadêmico, as médias obtidas de intensidade e frequência não foram expressivas. Destaca-se que estudos realizados acerca do SM em estudantes de

enfermagem, e de outras área da saúde, em diferentes contextos, já evidenciaram que, muitas vezes, os estudantes sequer tem a percepção que estão experimentando SM.¹³

Além disso, pode ocorrer dos estudantes não reconhecerem determinada situação como um problema moral, identificando-a como algo comum, recorrente no seu cotidiano, possivelmente, ainda, como algo próprio da prática da profissão, inquestionável e imutável, demonstrando assim certo grau de conformidade e passividade ao vivenciá-la. O não reconhecimento de um problema moral interfere diretamente na forma de enfrentá-lo, ou não, e assim na possibilidade de resolvê-lo.²⁵

Nesse âmbito, a formação moral e ética deve ocorrer de maneira horizontalizada, em todo processo de formação profissional, por meio da problematização constante do ambiente acadêmico e de saúde, com o intuito de desenvolver a capacidade do estudante de avaliar e julgar determinadas situações e, conseqüentemente, sua tomada de decisão para sua resolução. Assim, a possibilidade dos estudantes enfrentarem problemas morais é reduzida devido a poucas oportunidades de discutir questões morais e éticas, a sua posição hierárquica e a permanente preocupação com as avaliações docentes,^{1,11,13} fatores substancialmente geradores de SM.

Na análise dos níveis de SM por universidade pesquisada, e de cada universidade em relação aos seis constructos, observou-se que as universidades federais (U1 e U2) apresentaram médias de SM mais elevadas do que os da universidade privada (U3). Igualmente, médias mais elevadas foram identificadas nos constructos C2- Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário, C3-Práticas docente autoritárias, C4-Falta de competência docente e C6-Opção profissional.

Nesse sentido, em relação ao constructo C2- Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário, os estudantes de enfermagem parecem demonstrar sua insatisfação frente à fragilidade do ambiente público de saúde e sua organização. Para tanto, no Brasil, tem havido relatos recorrentes de fragilidades no sistema de saúde, especialmente em hospitais públicos, onde a superlotação e insuficiência de recursos materiais e humanos, comumente, criam dificuldades na prestação dos serviços de saúde, fatores que geram, muitas vezes, SM nos profissionais de enfermagem.²⁶

Da mesma forma, estudantes de enfermagem, por compartilharem esse contexto com os profissionais de saúde, podem vivenciar SM; portanto, instituições educacionais e docentes necessitam perceber a importância de proporcionar um ambiente favorável de formação acadêmica, especialmente quando as condições de precariedade institucional, que podem ocasionar SM, são identificadas.

Já os constructos C3-Práticas docente autoritárias, C4-Falta de competência docente, caracterizados nesse estudo por ocorrências de relações e questionamentos intimidadores; falhas relacionadas à competência

didática, ao domínio de conteúdos e à desarticulação entre teoria e prática, podem estar associados, nas universidades federais, ao vínculo empregatício dos docentes, como servidores públicos com estabilidade. Essa modalidade de vínculo institucional pode contribuir para uma naturalização e decorrente aceitação institucional de determinadas práticas autoritárias e incompetentes.³²

Destarte, é relevante ressaltar que tanto os estudantes das instituições educacionais públicas quanto das privadas remuneram o ensino recebido, seja, de modo indireto, através dos impostos, seja pelo pagamento direto de mensalidades. Desse modo, quando as possíveis reivindicações dos estudantes, relacionadas ao autoritarismo e à falta de competência docente não são atendidas, esses podem optar por abandonar o curso e, até, a universidade. Já, quando a instituição é privada, a evasão do estudante, de imediato, reflete na sua organização financeira, possivelmente repercutindo nos docentes. Assim, a constatação de menor intensidade e menor frequência de SM evidenciada nos estudantes de enfermagem da universidade privada pode estar relacionada à sua organização de trabalho, semelhante à de outras empresa privadas, onde o lucro institucional torna-se o norteador das ações.³³

Nesse sentido, os docentes nas universidades privadas, sem estabilidade, em sua maioria, são contratados em regime de trabalho horista (horas/aula) ou com contratos por períodos específicos, o que os torna prestadores de serviço temporário, em exposição permanente e mais vulneráveis à instabilidade empregatícia. Ainda, soma-se a esse fato a vulnerabilidade do docente e de seu emprego frente às reclamações dos estudantes, uma vez que a educação é entendida como um bem comprado pelo cliente/aluno e o professor/trabalhador deve necessariamente pautar-se pela satisfação da clientela.³³

No entanto, independente da organização de ensino ser pública ou privada, o ambiente universitário prima por sujeitos ativos e participativos no seu próprio processo de formação, e para isso, suas reivindicações necessitam ser ouvidas e discutidas. Assim, os estudantes poderão intervir na sua realidade, de forma inclusiva e democrática, exercitando o respeito mútuo e o diálogo, para que não haja espaço para imposições ou limitações na sua constituição como profissionais autônomos, éticos e capazes de transformar o contexto educacional e de saúde,³² refletindo-se diretamente em possíveis posturas de enfrentamento, também, do SM.

Ainda, o constructo C6-Opção profissional constituído por indecisão acerca da profissão escolhida e sentimento de desvalorização profissional, apresentou médias mais significativas de SM nas universidades federais. Esse dado pode estar relacionado à gratuidade de vagas no ensino superior, diferentemente da universidade privada, que onera financeiramente o estudante e geralmente sua família, contribuindo para que a

escolha profissional seja realizada com maior conhecimento acerca do curso selecionado, possivelmente de modo menos impulsivo, mas mais amadurecido e compartilhado.

Nesse contexto, uma investigação com alunos ingressantes na Enfermagem em duas instituições de ensino, pública e privada, comparou o perfil socioeconômico e os fatores que interferem na opção profissional, tendo constatado que o mercado de trabalho da Enfermagem em expansão e a oportunidade de uma melhor remuneração, atraem o estudante da instituição privada. Já os alunos de instituições públicas demonstraram desconhecimento relacionado à profissão e ao campo de atuação do enfermeiro, associando a imagem do profissional à pessoa que ajuda ao próximo.³⁴

Em relação às variáveis demográficas e acadêmicas pesquisadas nesse estudo, evidenciaram-se correlações significativas de SM no constructo C6-Opção profissional, em estudantes com menos de 25 anos de idade, e em estudantes que reprovaram uma ou mais vezes. Esses dados podem estar associados a uma escolha profissional ainda frágil, fato que motiva maiores questionamentos e inseguranças sobre o curso escolhido, e, até mesmo, quanto a sua permanência no mesmo.

À semelhança dos achados nesse estudo, já foi constatado que o processo de escolha profissional pode ser influenciado por diferentes fatores, alguns deles relacionados à imaturidade, à crença de que os cursos da área da saúde são semelhantes e à opção por cursos de graduação da mesma área e menos concorridos. Esses fatores são comuns na enfermagem, e podem suscitar falsas expectativas em relação ao curso de graduação escolhido; assim, ao não serem alcançadas, contribuem para o surgimento de sentimentos de decepção, desmotivação, perda do entusiasmo e frustração, imbricados em sentimentos de não valorização da profissão,³⁵ constitutivos do SM.

A partir desse contexto, o estudante pode se afastar da sala de aula, apresentar dificuldades de interação docente/colegas e, conseqüentemente, comprometer seu desempenho acadêmico. Em consonância, os estudantes que reprovaram uma ou mais vezes nesse estudo apresentaram níveis maiores de SM, também associado ao constructo C3-Práticas docentes autoritárias, corroborando com a premissa de que a reprovação pode ser associada à percepção de uma postura docente autoritária. Tal fato ressalta o exercício de poder do docente no processo de formação do estudante, o que pode facilitar, favorecer, ou mesmo dificultar e, até, interditar a aprendizagem diminuindo o interesse dos discentes no processo pedagógico.³²

Desse modo, mostra-se necessário não apenas que os estudantes do curso de enfermagem tenham contato, desde as séries iniciais, com a realidade do trabalho do enfermeiro, mas, também, que a sociedade, de uma maneira mais ampla, seja melhor informada para bem conhecer e reconhecer as potencialidades e

possibilidades da prática de enfermagem, nos seus mais diversos cenários de atuação.³⁵ Ainda, os docentes devem desempenhar comportamentos profissionais condizentes com a moral e a ética,¹³ pois, por meio do bom exemplo e do apoio, os estudantes de enfermagem poderão construir com sucesso seu futuro profissional.³⁶

Estudantes de enfermagem matriculados nas séries finais identificaram significativo SM em geral, em dois testes estatísticos, teste T de amostra independente e ANOVA (teste Dunnett). Já em relação aos constructos que geraram maiores índices de SM, entre os estudantes de semestres finais, na ANOVA (teste Dunnett), identificou-se C1-Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário e C2- Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário. De modo semelhante, o teste T de amostra independente, também, apresentou níveis de SM significativo em mais três constructos: C3-Práticas docentes autoritárias; C4-Falta de competência do docente; C5-Desrespeito à dimensão ética da formação profissional.

De acordo com a literatura, há uma correlação direta entre o semestre cursado pelo estudante e os níveis de SM. Em um estudo com 160 estudantes de enfermagem, apenas 29% dos estudantes que cursavam o segundo ano indicaram uma pontuação maior do que zero, enquanto 95% dos estudantes de séries mais avançadas obtiveram uma pontuação maior que zero para níveis de SM.¹⁰ Da mesma forma, os estudantes, que estavam mais ao final do curso, narraram, com maior frequência, problemas morais, diferentemente dos que estavam nas fases iniciais.⁸

Destarte, o estudante, a partir do quinto semestre, dispõe de uma maior experiência do conjunto de atividades acadêmicas teóricas e práticas, o que lhe proporciona uma visão melhor do contexto educacional e de saúde, possibilitando-lhe identificar um maior número de situações conflituosas no quesito ético e moral, nos diferentes cenários acadêmicos. Ainda, nesse estudo, os resultados demonstram que, a partir do sétimo semestre, os estudantes passam a questionar mais as práticas da equipe de enfermagem com que interagem, a falta de recursos materiais e o direito do paciente a um cuidado de saúde de qualidade.

Nesse âmbito, a formação acadêmica tem um papel fundamental na abordagem de questões relacionadas ao SM. Para tanto, diversas estratégias tem sido elencadas, como o diálogo individual e em grupo e a escrita reflexiva sobre problemas morais e éticos. Mesmo que haja reconhecimento de que algumas situações geradoras de SM podem não ser resolvidas facilmente, é comprovado o impacto positivo de um fórum de discussão, especialmente pelo reconhecimento das preocupações dos estudantes como válidas.⁸

Em relação à variável formação anterior, os estudantes que eram auxiliares/técnicos de enfermagem apresentaram menor nível de SM geral e em dois constructos: C1-Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário e C3-Práticas docentes autoritárias, em comparação aos estudantes que tinham outras

formações anteriores. Nesse sentido, diversos fatores podem estar associados à percepção diminuída do SM, dentre os quais, pode-se citar, auto defesa e conformidade com o instituído devido à experiência profissional prévia, fatores que podem constituir uma aparente banalização dos problemas éticos e morais.

De acordo com estudos,²⁴⁻²⁹ esses fatores parecem ratificar determinada aculturação profissional, quando, depois de repetidas exposições a exemplos negativos, relacionados a problemas institucionais de saúde e suas relações hierarquizadas, passam a refletir-se diretamente no indivíduo e na sua sensibilidade moral, a ponto de visualizarem-nas como parte incorrigível do sistema de saúde e educação, ou até mesmo sequer reconhecendo-as como problemas morais. Logo, é relevante salientar que a ausência de SM não indica necessariamente que problemas éticos não existam em um meio ambiente específico, mas, sim, que seu impacto sobre os indivíduos pode ser reduzido, devido ao seu nível de sensibilidade moral.

Em relação ao constructo que alcançou a maior média no estudo como determinante de SM entre os estudantes de graduação em enfermagem, identificou-se o C1-Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário, o que demonstra a preocupação dos estudantes com questões referentes ao cuidado direto ao paciente no âmbito ético e moral. Esse dado legitima e reforça a necessidade de orientar os estudantes acerca da advocacia do paciente, de modo a contribuir para torná-los mais conscientes e participativos no enfrentamento de situações que podem gerar SM, suscitando, assim, atitudes de defesa ativa dos pacientes que virão a cuidar, de si mesmos, de seus colegas de graduação e da profissão escolhida.^{8,29}

Dessa forma, devido à complexidade do ambiente de saúde global, os desafios morais e éticos irão permanecer intrínsecos ao ambiente de formação acadêmica de enfermagem. Destaca-se a necessidade de estudantes de enfermagem terem uma preparação adequada para enfrentar o SM, diferentemente de demandas educativas que os pressionem em demasia, impedindo-os de aprender a gerenciar de maneira construtiva suas decisões frente às situações que, de alguma forma, lhes poderão gerar SM. Assim, ensinar aos discentes atitudes eficazes para responder a situações angustiantes e processar suas preocupações é responsabilidade das instituições universitárias e dos docentes.¹³

Conclusões

Foi possível verificar que existem correlações, mesmo que consideradas como estatisticamente pouco significativas entre SM e o perfil dos estudantes de graduação em enfermagem. Nesse sentido, estudantes de graduação em enfermagem, de três universidades brasileiras, referiram uma maior média de SM no constructo C2- *Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário*. Ainda os estudantes que

referiram maiores níveis de SM tiveram como características demográficas e acadêmicas estarem matriculados nas séries finais do curso, não terem como formação anterior o curso auxiliar/técnico de enfermagem, e estarem matriculados em uma universidade federal.

Em relação aos constructos que podem gerar SM no ambiente acadêmico, o *Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário* foi destacado por estudantes das séries finais da graduação em enfermagem e que não tinham como formação anterior auxiliar/técnico de enfermagem maior SM.

O constructo *Práticas docentes autoritárias* obteve relação significativa também com estudantes que reprovaram uma ou mais vezes; *Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário e Falta de competência do docente* obtiveram maior correlação entre estudantes das séries finais e de universidades federais; no constructo *Desrespeito à dimensão ética da formação profissional*, os estudantes das séries finais da graduação em enfermagem evidenciaram maiores médias de SM; assim como no constructo *Opção profissional*, por estudantes com menos de 25 anos, que reprovaram uma ou mais vezes e matriculados em universidades federais. Como limitação desse estudo, é relevante evidenciar que a ESMEE foi elaborada e aplicada pela primeira vez na amostra estudada; nesse sentido, não havia dados para comparação

Nesse contexto, é possível concluir que, ao problematizar situações que geram SM no âmbito acadêmico, demonstra-se preocupação com o futuro da profissão enfermagem, uma vez que os estudantes de enfermagem representam esse futuro. Assim, atentar, valorizar e discutir problemas e conflitos éticos e morais, percebidos no período de graduação acadêmica, é uma oportunidade de criar alternativas para mudanças necessárias, como o enfrentamento do SM, condizente com uma atuação crítica e ativa da profissão enfermagem, comprometida com uma realidade educacional e de saúde norteada pelo respeito à vida dos usuários, estudantes e profissionais.

Referências

1. Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, et al. Medical Students' Experiences of Moral Distress: Development of a Web-Based Survey. *Academic Medicine* 2010; 85(1) : 111-117.
2. Bordignon SS, Lunardi VL, Barlem ELD, et al. Moral distress among undergraduate nursing students who question the choice of professional career. *J Nurs Socioe Health* 2014; 1(1): 63-69.
3. Rennó HMS, Brito MJM, Ramos FRS. Estágio curricular e o sofrimento moral do estudante de enfermagem. *Enferm Foco* 2015; 6 (1/4): 51-55
4. Rennó H M, Ramos FR, Brito MJ. Moral distress of nursing undergraduates: Myth or reality?. *Nurs Ethics* first published on May 18, 2016.
5. Kelly B. Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28(1): 1134-1145.

6. Peter E, Mohammed S, Simmonds A. Narratives of aggressive care: Knowledge, time, and responsibility. *Nurs Ethics* 2013; 7(21): 461-472
7. Range LM and Rotherham AL. Moral distress among nursing and non-nursing students. *Nurs Ethics* 2010; 17(2): 225-232
8. Rees CE, Monrouxe LV, McDonald LA. 'My mentor kicked a dying woman' sbed...' Analysing UK nursing students' 'most memorable' professionalism dilemmas. *Journal of Advanced Nursing* 2015; 71(1): 169–180
9. Monrouxe LV, Rees CE, Dennis I, et al. Professionalism dilemmas, moral distress and the healthcare student: insights from two online UK-wide questionnaire studies. *BMJ Open* 2015; 5: e007518.
10. Theobald A. Moral Distress in Baccalaureate Nursing Students. *Ky Nurse* 2013; 61(2) : 5-6
11. Curtis K. Learning the requirements for compassionate practice: Student vulnerability and courage. *Nurs Ethics* 2014; 21(2): 210–223.
12. Grady A. Experiencing moral distress as a student nurse. *Imprint* 2014; 61(2):40-42.
13. Wojtowicz B, Hagen B, Daalen-Smith CV. No place to turn: Nursing students' experiences of moral distress in mental health settings. *Int J Ment Health Nurs* 2014; 23(3):257-264
14. Comrie RW. An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nurs Ethics* 2012; 19(1):116-27.
15. Carlotto MS, Câmara SG. Preditores da síndrome de burnout em estudantes universitários. *Pensamiento Psicológico* 2008; 4(10): 101-109.
16. Ganske KM. "Moral Distress in Academia". *The Online Journal of Issues in Nursing* 2010; 15(3):1-1.
17. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood, NJ: Prentice-Hall, 1984.
18. McCarthy J and Deady E. Moral Distress Reconsidered. *Nurs Ethics* 2008; 15(2):254-262.
19. Kopala B, Burkhart L, Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. *Intern Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 2005;16(1): 3-13.
20. Hair JF, Black WC, Babin BJ, et al. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman, 2009.
21. Hill MM and Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Editora Sílabo, 2002.
22. Barlem ELD and Ramos FRS. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics* 2015; 22:608-615.
23. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o burnout [Implications of moral distress on nurses and its similarities with burnout]. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(1): 200–208.
24. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, et al. Psychometric characteristics of the Moral Distress Scale in Brazilian nursing professionals. *Texto Contexto: Enferm* 2014; 23(3):563–572.
25. Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS, et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. *Rev bras enferm* 2009; 62(4): 599-603.
26. Lunardi VL. Moral distress: An innovative and important subject of study in Brazil. *Bioethical Inquiry* 2013; 10(3):309-312.
27. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, et al. Moral distress in nursing personnel. *Rev Lat-am Enfermagem*. 2013; 21(spe): 79-87.

28. Barlem ELD, et al. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2013;47(2):506-510.
29. Barlem JGT, Lunardi VL, Barlem ELD, et al. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana. *Texto Contexto Enferm* 2016; 25(1):e2560014.
30. Brasil. Resolução CNS n. 466, Dezembro 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html (2012, acesso April 2016).
31. Lomis KD, Carpenter RO, Miller BM. Moral distress in the third year of medical school; a descriptive review of student case reflections. *Am Surg* 2009; 197(1):107-112.
32. Cruz GV, Pereira WR. Diferentes configurações da violência nas relações pedagógicas entre docentes e discentes do ensino superior. *Rev Bras Enferm* 2013; 66(2): 241-50.
33. Baesso IS. Migrações de professores de universidades privadas para públicas: os casos da Unicamp e da USP *Rev Ensino Superior* 2014; 13:32-37.
34. Spíndola T, Martins ERC, Francisco MTR. Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(2): 164-169.
35. Barlem JGT, Lunardi VL, Bordignon SS, et al. Opção e evasão de um curso de graduação em enfermagem: percepção de estudantes evadidos. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33(2):132-138.
36. Yoes T. Addressing Moral Distress: Challenge and Strategies for Nursing Faculty. *Okla Nurse* 2012; 57(2):14

5.3 ARTIGO 3

ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DIANTE DE SOFRIMENTO MORAL: Estratégias de resistência⁸

¹ Artigo a ser encaminhado para a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn). Normas disponíveis em: <http://www.reben.abennacional.org.br/preparo-manuscritos>

ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DIANTE DE SOFRIMENTO MORAL: Estratégias de resistência

RESUMO

Objetivo: Compreender as estratégias de resistência adotadas pelos estudantes de graduação em enfermagem, diante de situações de sofrimento moral (SM). **Método:** Pesquisa qualitativa, desenvolvida em três universidades do sul do Brasil, duas federais e uma privada, mediante entrevistas semiestruturadas com 21 estudantes de graduação em enfermagem, entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016; Os dados foram submetidos à análise textual discursiva e referencial teórico foucaultiano. **Resultados:** A inação frente ao SM relaciona-se à construção de corpos dóceis e à fragilização moral do estudante, devido ao exercício de poder disciplinar; e as estratégias de resistência ao SM associam-se ao exercício de poder das estudantes. **Considerações finais:** O exercício do poder disciplinar sobre os estudantes parece contribuir para sua fragilização moral, dificultando a implementação de estratégias de resistência no enfrentamento do SM. As estratégias de resistência dos estudantes, mediante seu exercício de poder, parecem favorecer seu fortalecimento moral.

Descritores: Estudantes de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Poder; Moral; Ética.

Palabras clave: Estudiantes de Enfermería; Educación en Enfermería; Poder; Moral; Ética.

Key words: Students nursing; Education Nursing; Power; Moral; Ethics.

INTRODUÇÃO

No âmbito de formação acadêmica em enfermagem, frequentemente, os estudantes vivenciam conflitos e problemas morais, frente a situações de desrespeito, de si mesmos, dos colegas, usuários, trabalhadores de enfermagem e de saúde, reconhecendo-se, desencorajados, receosos e impotentes para reagir e manifestar questionamentos e indignação⁽¹⁾.

Assim, estudantes de enfermagem vivenciam situações moralmente angustiantes, ao testemunharem circunstâncias de prestação de cuidados e comportamentos moralmente inadequados no ambiente acadêmico, incompatíveis com seus valores, princípios e padrões pessoais aprendidos durante sua formação acadêmica, possivelmente vivenciando sofrimento moral (SM). Estudos sobre SM em estudantes de enfermagem tem se destacado em âmbito internacional⁽²⁻⁷⁾ e nacional⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Nesse contexto, os estudantes podem encontrar dificuldades de exercer resistência frente a mecanismos disciplinares do poder, que visam formar corpos dóceis, com máximas

de obediência e submissão a normas e hierarquia⁽¹¹⁾. Destarte, a vivência de SM por estudantes de graduação em enfermagem desperta a necessidade de refletir sobre sua formação acadêmica, sob a ótica de conceitos de Michel Foucault, como poder, resistência e poder disciplinar. Para tanto, poder numa perspectiva foucaultiana é entendido como uma multiplicidade de relações de forças e de resistências, estando presente em todas ações humanas e em todas suas organizações sociais⁽¹²⁾.

O poder disciplinar é facilmente exercitado em instituições, como a universidade⁽¹³⁾, pois visa a disciplinarização, a normalização e o estabelecimento de modelos hierárquicos⁽¹⁴⁾. Ainda, as técnicas disciplinares podem conduzir o estudante ao medo da repressão, capaz de suscitar a observância rigorosa das instruções e, sob os olhares de seus supervisores, fragilizar sua capacidade de julgamento moral e ético^(15,16).

Desse modo, o ensino passa a ser um adestramento⁽¹⁶⁾ e o SM uma possibilidade diante dos inúmeros conflitos éticos vivenciados pelos estudantes na universidade, já que, contraditoriamente, sua aparente omissão e indiferença frente a essas situações, também, lhes provoca sentimentos de sofrimento reconhecidos como SM⁽¹⁷⁾.

Diante do exposto, buscando compreender as questões que envolvem o fenômeno do SM em estudantes de enfermagem brasileiros, emergiu a seguinte questão de pesquisa: Como os estudantes vêm resistindo a situações moralmente inadequadas no ambiente acadêmico? Teve-se como objetivo: compreender as estratégias de resistência adotadas pelos estudantes de graduação em enfermagem, diante de situações de SM.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Foram asseguradas as exigências éticas e científicas preconizadas para pesquisas com seres humanos, mediante a Resolução 466/2012, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde. Optou-se por identificar as universidades estudadas pela letra U seguida de um (U1, U2 e U3), e os depoimentos dos estudantes com a letra E (E1 a E21) ambos seguidos de número sequencial.

Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em três universidades localizadas no sul do Brasil – duas públicas e uma privada. Na universidade pública U1, o Curso de Graduação em Enfermagem tem 41 anos de atividade e o currículo desenvolve-se em regime por disciplinas, com carga horária total de 4.110 horas, desenvolvidas em dez semestres. Na universidade pública U2, o Curso de Graduação em Enfermagem tem 40 anos de atividade e o currículo estrutura-se em metodologias ativas de ensino aprendizagem, em ciclos distribuídos ao longo de cinco anos, com carga horária total do curso de 5.187 horas. Na universidade privada U3, o Curso de Graduação em Enfermagem tem 10 anos de atividade e o currículo desenvolve-se em dez semestres, com carga horária total de 4.000 horas.

Fontes de dados

Em etapa anterior dessa pesquisa, mediante a implementação da Escala de Sofrimento Moral para Estudantes de Enfermagem (ESMEE), para medir a frequência e intensidade de SM em estudantes de graduação em enfermagem, ao final desse instrumento, apresentou-se um convite para participação na etapa qualitativa do estudo, solicitando-se email ou telefone dos participantes para posterior contato. Para tanto, os critérios de inclusão restringiram-se a ser: estudante de graduação em enfermagem, deixar o contato no instrumento quantitativo e ter disponibilidade para responder ao guia de entrevista gravado.

Assim, 134 estudantes manifestaram interesse; desses, 65 foram contatados, por estarem matriculados entre o sexto e o décimo semestre, considerando-se que teriam vivenciado uma maior gama de situações desencadeadoras de SM no decorrer de sua formação acadêmica. Compuseram o grupo de entrevistados 21 estudantes que retornaram os contatos da pesquisadora (oito estudantes da U1, cinco da U2 e oito da U3)

Coleta e organização dos dados

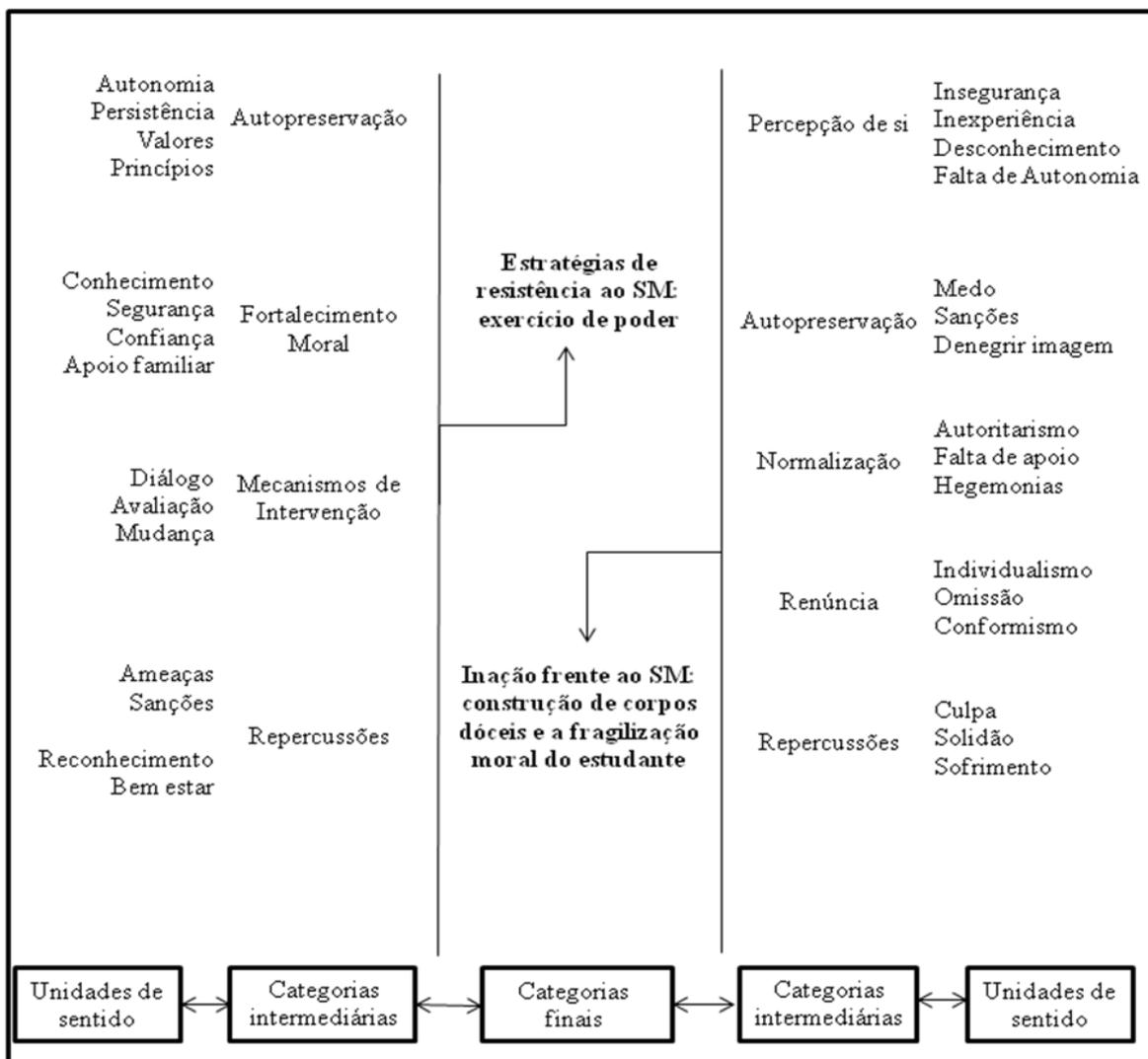
A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro de 2015 e fevereiro de 2016, em diferentes locais e horários, indicados de acordo com a preferência dos participantes. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas, com duração média de 45 minutos, contendo questões fechadas, para caracterização dos sujeitos, e questões abertas, enfocando aspectos relacionados à vivência de SM, estratégias de resistência ao SM desenvolvidas, barreiras, facilitadores e possíveis implicações desse enfrentamento.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da análise textual discursiva, compreendida como um processo auto-organizado de construção de compreensão, em que novos entendimentos emergem a partir de uma sequência recursiva de três componentes: a unitarização, o estabelecimento de relações e a captação do novo emergente⁽¹⁸⁾. Durante a categorização, foram identificadas relações entre as unidades de significado, comparando-as e realizando o agrupamento de elementos de significação próximos em categorias intermediárias, e após, em categorias finais.

Dessa forma, a partir da análise dos dados, emergiram duas categorias: Inação frente ao SM: construção de corpos dóceis e a fragilização moral do estudante; Estratégias de resistência ao SM: exercício de poder, conforme Quadro 1.

QUADRO 1- Modelo estrutural de construção das categorias. Rio Grande, RS, Brasil, 2016.



RESULTADOS

A caracterização dos 21 estudantes de enfermagem entrevistados evidenciou que 19 eram mulheres, com idades entre 21 e 50 anos, 13 estudantes de universidades federais; matriculados em sua maioria no décimo semestre (6), seguido do oitavo semestre (5); sete nunca reprovaram em alguma disciplina e seis uma vez. A maioria dos acadêmicos era solteira, branca, de religião católica, que afirmava não trabalhar, sendo que três trabalham na área da saúde. Ainda, sete estudantes referiram ter formação anterior como técnicas de enfermagem.

Inação frente ao Sofrimento Moral: construção de corpos dóceis e a fragilização moral do estudante

Dentre as estratégias de enfrentamento ao SM, a inação, no contexto estudantil, também é assim entendida. Assim, evidenciaram-se diferenças entre os estudantes das três universidades pesquisadas, em relação à motivação para a inação. Na instituição pública U1, a maioria dos estudantes identificou problemas morais e éticos na relação com os docentes de enfermagem, através de práticas docentes autoritárias, que dificultavam a expressão do seu eu, contribuindo para a negação de si, do seu saber, desejos, valores, para a anulação do sujeito. Como estratégia de enfrentamento, referiram a inação como uma atitude de autopreservação, pautada em uma constante preocupação com sua imagem e com o medo de sofrer sanções.

Eu não falei nada, porque infelizmente eu tenho medo do grupo de professores da Enfermagem, é pura fofoca, todo mundo sabe da vida de todo mundo. Por isso, elas ficam com uma imagem ruim de quem enfrenta, um preconceito, parece que queima o teu filme com as professoras.(U1/E1)

A professora é quem manda. Quem vai decidir a tua nota no estágio. [...]Eu fiquei com medo de falar, principalmente por causa da nota; então eu fui e fiz como ela tava mandando, mesmo não concordando, eu não fiz nada por medo de ser reprovada. Eu nunca reprovei, e acredito que é por causa que muitas coisas eu não disse, muitas coisas não enfrentei.(U1/E5)

No contexto da universidade pública U2 e privada U3, os estudantes demonstraram que, muitas vezes, as relações de poder vivenciadas no ambiente acadêmico e de saúde parecem fortalecer e reproduzir a normalização de práticas e hegemonias na área da saúde, dificultando seu exercício de resistência diante de situações moralmente inadequadas.

Tinha determinados pacientes que a professora nos orientava a nem chegar perto, nem os sinais vitais podíamos verificar, porque eram do médico tal e ele não

permitia estudantes de enfermagem, só os de medicina. Isso me incomodava, eu queria cuidar de todos, mas a professora não queria se incomodar e perder o campo de estágio [...]. A mesma situação se repetiu em outro semestre com a minha supervisora (enfermeira), ela também disse a mesma coisa e aí eu respondi: “já sei como é”.(U2/E10)

Na unidade de saúde que fizemos estágio não tinha sala para os estudantes de enfermagem, só para os de medicina. Então só realizávamos consulta de enfermagem no dia que a medicina não ia. A gente reclamou primeiro para os professores, depois fomos na coordenação, mas eles diziam que era assim mesmo, que a medicina necessitava de maior aporte e infraestrutura. Ainda tinha os colegas técnicos de enfermagem que também achavam isso normal.(U3/E17)

Foi possível identificar, também, que os estudantes das três universidades apresentaram dificuldades no exercício de resistência ao reconhecerem sua incapacidade de atuar com suficiente autonomia e segurança, seja por (des)conhecimento e (in)experiência, fortalecendo a normalização de um perfil ainda construído para obedecer hierarquias e regras instituídas, como parte de um corpo de conhecimentos.

Quando ela (professora) gritou comigo, eu queria dizer que eu não sabia fazer, que eu nunca tinha feito,mas eu fiquei sem reação. Eu não podia responder, eu sou aluna, tenho que respeitar ela [...], ainda mais no início do curso que a gente não tem conhecimento; então eu fiquei quieta pra não gerar mais polêmica ou discussão.(U1/E2)

Como eu ia dizer pra professora que eu não concordava?[...] sempre o professor tem razão e nem sempre o aluno vai ter. [...] O que eu sou? uma aluna de graduação, eu não sou nada, sou apenas um peão. (U2/E12)

A gente não tem autonomia pra enfrentar um médico,[...] ela chegou nos insultando, como é que íamos responder? a gente se sentiu muito humilhado [...] tu fica de mãos atadas porque tu é acadêmico e tu não pode fazer nada, porque ela que manda na unidade.(U3/E20)

Nesse mesmo sentido, o fortalecimento do individualismo, da omissão e do conformismo surgem como possibilidades para o estudante sobreviver ao SM, numa aparente renúncia de seus valores e dos valores da futura profissão, conformando-se a evitar defender o outro e, conseqüentemente, comprometendo a dimensão ética do cuidado ao usuário.

É ruim não falar, porque tu estás prejudicando o paciente, mas ninguém falou nada, não fez nada, eu também não ia fazer [...] e ainda tinha o medo de perder o campo de estágio. (U1/E2)

Quando a professora acusou o meu colega, ela estava errada, mas se eu defendesse ele o problema poderia começar a ser comigo, então ele que se defendesse sozinho. (U2/E11)

A medicina não respeitou o paciente, mas fiquei quieta e não fui além porque não vou brigar sozinha, no fim as coisas não vão mudar mesmo. (U3/E15)

Ainda, no contexto da inação, as repercussões referidas evidenciaram que o estudante comumente vive, de maneira solitária e silenciosa, um processo de sofrimento, inclusive com alterações físicas, quando não atua de acordo com o que acredita, independentemente de estar em uma universidade pública ou privada.

Nas avaliações práticas, os alunos saíam chorando, pela pressão que os professores faziam; era tão traumático que muitos colegas cometiam erros primários de tão nervosos e ansiosos; eles tremiam, tinham dores de estômago e passavam por tudo isso sozinhos. (U1/E4)

Era um estresse todos os dias o estágio no posto, a enfermeira me mandava fazer coisas que não tinham teor acadêmico, mas eu fazia tudo. Isso somado a tudo que já vivi na graduação e nunca falei me gerou uma crise no final do oitavo semestre, uma estafa com dor no peito durante o estágio [...], tomei analgésico endovenoso, e ainda minha fibromialgia piorou. (U2/E11)

A professora me repreendeu na frente do paciente, dizendo: tu tem que agir do meu jeito e não do jeito que tu acha certo. Era um sofrimento, a vontade era de não ir na aula e nem no estágio, não tinha vontade de continuar no curso.(U3/E14)

Estratégias de resistência ao Sofrimento Moral: exercício de poder

Os estudantes de enfermagem parecem desenvolver estratégias de resistência que se diferenciam de acordo com a universidade em que estão matriculados. Assim, na universidade pública U2 demonstraram, com distinção, o exercício de sua autonomia e liberdade no uso de estratégias de resistência, a partir da análise das relações de força em que estão imersos.

Eu penso, se vou ter uma atitude que pode mudar alguma coisa, eu faço. Agora, quando eu vi que era uma coisa engessada, pedi pra mudar o local de estágio porque não tinha condições de ficar, fico sofrendo [...] sem conseguir aplicar o que aprendi. (U2/E13)

Na instituição pública U1, a estratégia de resistência que se destacou, diante de situações entendidas como moralmente inadequadas, foi o diálogo, especialmente quando os estudantes se perceberam com mais domínio do saber da enfermagem e, portanto, com maior segurança para realizar enfrentamentos.

Eu interrompi a consulta de enfermagem e pedi pra minha professora sair da sala, porque ela estava gritando com a paciente. [...] Pedi porque sabia que aquilo não era jeito de tratar a paciente e ela tinha o direito de ser atendida da melhor forma. No mesmo dia nos reunimos com a professora para conversar sobre essa situação. (U1/E1)

A princípio, eu não fazia nada pra defender o meu colega, mas com o passar do tempo e a continuidade das agressões verbais, foi ficando cada vez mais complicado conviver com essa situação. Por isso, fui conversar com a professora e

depois com o meu colega, eu precisava fazer algo, não aguentava mais. Até pro meu marido eu falei e ele me apoiou. (U1/E7)

Já na universidade privada U3, os estudantes utilizaram a avaliação docente e o recurso à coordenação de curso, como estratégias de resistência, motivados por um senso de autopreservação, quando percebiam que valores e princípios morais eram transgredidos.

A professora era farmacêutica e não tinha paciência para nos explicar a matéria porque éramos da enfermagem. Mas ela estava sendo paga para nos ensinar e a gente queria aprender. Nessa situação, eu tava com muito medo de rodar, porque eu trabalho pra pagar faculdade e eu sabia que não ia ter condições de pagar novamente, então procurei a coordenação para reclamar. A gente está pagando pra ter um ensino; mesmo que fosse em uma universidade pública, de qualquer forma, tu paga teu imposto. (U3/E20)

Eu faço questão de fazer o instrumento de avaliação do docente que a universidade disponibiliza no sistema. (U3/E21)

Assim, foi possível identificar, dentre os estudantes de enfermagem das três instituições, manifestações de resistência por meio de posturas de persistência na defesa do que acreditam, independente da possibilidade de sofrerem sanções, demonstrando coragem para advogar por si e pelos outros.

Eu disse pra professora: eu não tenho que ser como vocês querem que eu seja, nunca terei uma personalidade que o outro queira. Eu sou essa pessoa, e por isso, jamais vou deixar de perguntar e questionar o que não concordo. (U1/E6)

Eu vim participar dessa pesquisa porque eu precisava falar, contar para alguém. Essa é uma forma de enfrentar essa situação. (U2/E12)

A enfermeira me repreendeu porque achava que eu perdia muito tempo conversando com os pacientes; eu disse que achava importante agir assim; mas ela mandou eu mudar e ser objetiva. Eu não mudei, eu sabia que eu tava fazendo certo, [...]eu sentia que o problema era dela, que eu tinha que ser mais forte porque eu tava fazendo certo. Ela me descontou nota por causa disso, mas eu não ia morrer por nota. (U3/E16)

No entanto, as estratégias de resistência podem repercutir negativamente aos envolvidos: estudantes, docentes e usuários.

Tentamos intervir na intenção de prestar os cuidados de enfermagem adequados ao parto humanizado, mas o médico pareceu realizar uma analgesia na paciente um pouco mais elevada que o necessário fato que concluímos no grupo de estágio; talvez, para impedir que a paciente fizesse outros procedimentos e assim não incomodasse a equipe. (U1/E4)

Quando fui conversar com a professora, ela me respondeu: “não te mete, que eu posso te prejudicar”, não me lembro as palavras exatas, mas foi essa a atitude, “não defende o teu colega porque se não tu vai te prejudicar também”. (U1/E7)

Nas aulas de anatomia, ela dava uma matéria e cobrava outra na prova. A turma se juntou para ir na coordenadora e na ouvidoria reclamar; alguns colegas processaram a universidade e a professora foi demitida. (U3/E14)

A maioria dos 21 estudantes, entretanto, também referiram aspectos positivos após seu exercício de resistência.

A professora reuniu a turma, admitiu que errou e pediu desculpa. E nos disse para nunca agirmos assim. (U1/E1)

Eu me senti bem por ter falado e a enfermeira ter escutado por mais que não tenha mudado a decisão dela, ela percebeu que alguém pensa diferente e fala. Isso eu acho que é bom, porque às vezes os profissionais discordam da atitude dos outros e não falam nada, tanto é que os técnicos vieram me dizer que eu tinha dito tudo o que eles também queriam dizer. (U2/E9)

Quando fomos falar com a professora ela nos recebeu bem, não foi tão ruim, o grupo falou o que pensava, ela ouviu, pediu desculpa e afirmou que não aconteceria mais. (U3/E18)

DISCUSSÃO

Os estudantes de enfermagem referiram diferentes estratégias de enfrentamento diante de situações que podem lhes gerar SM, contemplando atitudes de ação e inação e, conseqüentemente, vivenciando repercussões. Nesse sentido, ao observar as relações de poder presentes em uma situação indesejável, o estudante pode, ou não, se sentir capacitado a enfrentá-la⁽¹⁹⁾.

Para Foucault, um dos sentidos da palavra "estratégia" é designar o modo como, em um jogo de poder, o jogador atua com base em seu pensamento acerca da atuação dos outros e em como os outros acreditam que ele atuará⁽¹⁴⁾, pois "não existe propriamente o lugar de resistência, mas pontos móveis e transitórios que se distribuem por toda a estrutura social"⁽²⁰⁾.

A inação entendida também como estratégia de enfrentamento ao SM, parece ter sido utilizada por diferentes motivações entre os estudantes. Nesse sentido, o poder disciplinar na universidade pública U1 foi evidenciado por meio do comportamento docente autoritário, que aparentemente visa moldar e normalizar a conduta dos estudantes. Já as relações de poder e por conseguinte o SM vivenciado por estudantes nas universidades pública U2 e privada U3, pareceram mais associadas ao seu desestímulo para defenderem o que acreditam, fortalecendo hegemonias e hierarquias profissionais.

O poder disciplinar pode ser entendido como um mecanismo de controle no contexto acadêmico, ao dominar os corpos dos indivíduos, para torná-los governáveis. Assim, a

disciplina e suas sanções permitem uma continuidade do exercício de poder disciplinar sobre os indivíduos e um maior controle coercitivo sobre suas atitudes^(16,20), influenciando a percepção de falta de poder nos estudantes e, conseqüentemente, tornando a inação a única opção diante do SM⁽¹⁾.

Destarte, os estudantes referiram reconhecer-se, inicialmente, com pouco conhecimento e autonomia no ambiente acadêmico, o que lhes gerou sentimentos de medo de resistir diante do SM, pelas possíveis sanções, entendidas como pequenos castigos que visam penalizar ações que não se enquadrem nas normas, através da nota no processo avaliativo e na restrição de oportunidades. Essas percepções corroboram com estudos internacionais que citam a falta de confiança em um entendimento completo da situação, relacionada à inexperiência e/ou à falta de conhecimento e ao desempenho de um papel subordinado na equipe^(1,2).

A posição que os estudantes declaram ocupar na hierarquia acadêmica é percebida como inferior, e parece favorecer sua fragilidade e impotência em um jogo de relações de poder, apesar das suas implicações morais. Do mesmo modo, em outros estudos, estudantes atribuíram sua inação à falta de um modelo profissional, percebendo que seus instrutores pareciam tolerar ou perpetuar determinadas situações não éticas, o que pareceu absolvê-los de um sentido de responsabilidade^(1,2).

Os estudantes de enfermagem parecem renunciar aos próprios valores, resignando-se à normalização difundida no ambiente acadêmico como estratégia de autopreservação diante da possibilidade de sofrer sanções. Dessa forma, ao presenciarem situações moralmente inadequadas, optam pela resignação para manter as oportunidades de aprendizagem, comportamentos que os fragilizam moralmente. Contraditoriamente, a aparente omissão e indiferença, frente a essas situações, pode aumentar a percepção de SM⁽¹⁷⁾.

Destarte, as repercussões do ato de inação parecem relacionar-se, predominantemente, aos estudantes, e de um modo negativo, com culpa e intensificação do sofrimento. De acordo com outro estudo, os estudantes enfrentaram situações contraditórias de forma individual e silenciosa devido a poucas oportunidades para discutir questões morais e éticas com supervisores/docentes⁽²¹⁾. Dessa forma, é possível que, depois de repetidas exposições a exemplos negativos, os discentes que condenam determinado ato, possam vir a aceitá-los⁽²²⁾.

Para tanto, o poder disciplinar na formação de corpos dóceis parece inibir processos de tomada de decisão que resultem em atos de resistência, ao suscitar comportamentos de passividade nos estudantes. Mais do que isso, entretanto, contribui para a fragilização moral do estudante, por uma prática aceitável, e portanto normalizadora, de omissão frente a

situações moralmente inadequadas, não exercendo a defesa dos usuários e dos colegas. Assim, a graduação em enfermagem, além de ensinar a cuidar, parece ensinar a silenciar e a eximir-se frente ao descuido dos usuários. Tal fato suscita a preocupação de que os estudantes demonstrem certo grau de regressão do desenvolvimento moral durante o treinamento clínico, ao invés de crescimento moral⁽¹⁹⁾.

A segunda categoria evidenciou as estratégias de resistência diante do SM utilizadas pelos estudantes de enfermagem. Na universidade U2, os estudantes agiram motivados por um senso de autonomia e liberdade para resistirem a práticas eticamente questionáveis, estabelecidas no ambiente de estágio. Desse modo, quando o SM se faz presente e o estudante se percebe impotente para enfrentar o contexto que provoca seu sofrimento, sua atitude voluntária de mudança de campo de estágio pode constituir-se em possibilidade de resistência positiva, na tentativa de preservar valores e princípios, evitando um aparente conformismo ao estabelecido. Já na U1, os estudantes utilizaram, como mecanismo de resistência, o diálogo com o docente sobre as situações que consideraram moralmente inadequadas.

Destaca-se que na universidade privada U3, os estudantes referiram, como estratégia de resistência, a procura pela coordenação do curso de enfermagem e o preenchimento da avaliação docente, com intuito de defender seus próprios interesses, preservando seu investimento financeiro, seu processo de aprendizagem e de avaliação, diante de possíveis sanções na hierarquia acadêmica. Assim, de forma aparentemente contraditória, o senso de autopreservação que o estudante apresentou nesse estudo pode servir como justificativa, seja para resistir, seja, também, para optar pela inação.

Ainda, foi possível constatar que, quanto mais conhecimento o estudante considera ter, mais ele se sente seguro e confiante para persistir e resistir em defesa do que acredita. Nesse sentido, atitudes de persistência foram referidas pelos estudantes no intuito de defender o que acreditavam ser o mais correto, com coragem e autonomia para advogar em defesa de si e dos outros, assim como para participarem dessa pesquisa. Resultados semelhantes foram identificados em outro estudo, no qual uma estudante de enfermagem adotou uma postura de enfrentamento e resistência diante de seu supervisor de estágio, ao não permitir que os direitos do usuário em receber cuidados de qualidade fossem violados, e assim seus próprios ideais⁽⁶⁾.

Tais estratégias associam o exercício de poder ao fortalecimento moral do estudante, para exercer a defesa de si e dos outros no ambiente acadêmico. À semelhança dos achados desse estudo, a justificativa para os estudantes de enfermagem resistirem está ligada à influência do seu papel como advogados do paciente⁽²³⁾, papel que deveria ser fortemente estimulado em sua formação, o que implicaria no fortalecimento das estratégias de resistência

frente ao vivido. Nesse sentido, para exercer a advocacia, seja dos pacientes, seja do colega, torna-se necessário realizar constantemente julgamentos éticos, o que implica questionar e confrontar valores, normas e práticas instituídas, de modo a garantir respeito aos envolvidos⁽²⁴⁾.

Em consequência, as ações de resistência podem ter repercussões negativas para todos os envolvidos: docentes, usuários e estudantes. Assim as sanções ocorreram em domínios como: da ameaça e represália ao estudante; do processo de demissão do docente e da prestação de um descuidado ao usuário. Tais situações demonstram que o exercício da defesa de si e dos outros implica em uma tomada de posição que geralmente gera riscos e conflitos, visto que desequilibra as relações de poder⁽²³⁾. Ainda, a dificuldade de exercer poder e de estabelecer pontos de resistência nas relações de poder também pode gerar SM.

Repercussões positivas também foram evidenciadas pela maioria do estudantes que resistiram, como seu fortalecimento moral mediante o exercício de poder, o pedido de desculpa docente e o reconhecimento da equipe de saúde. Assim, as ações dos estudantes podem estar diretamente vinculadas à intensidade de SM, uma vez que aqueles que resistiram referem menor SM, enquanto que aqueles que expressaram arrependimento por não terem resistido referem experimentar mais SM⁽¹⁹⁾. Por outro lado, as possíveis repercussões do exercício de resistência dos estudantes, com punições e retaliações sem o alcance das rupturas desejadas, podem ampliar seu sofrimento.

Destarte, suscitar atitudes de assertividade e poder de articulação entre os indivíduos é mais vantajoso no enfrentamento do SM para os sujeitos envolvidos do que apenas assumir um perfil de passividade. Faz-se necessário superar a inércia, muitas vezes demonstrada, para a modificação dos ambientes de trabalho e de formação acadêmica, através do exercício de poder, preferentemente, através de um coletivo de resistência a essas situações que resultam em SM⁽²⁶⁾. A resposta para o enfrentamento do SM é falar e lutar dentro e fora das instituições. A resposta à passividade é o ativismo⁽¹⁷⁾.

Limitações do estudo

Ressalta-se como limitação do estudo o período de realização da coleta de dados ter sido reduzido e no período das férias universitárias. Ainda, o interesse demonstrado pelos 21 estudantes em participar, possivelmente, pode estar relacionado ao fato dos seus relatos apresentarem maiores níveis de SM, e por isso influenciarem na necessidade de expor e buscar diferentes formas de enfrentamento diante de situações que geram SM.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Evidenciou-se que, independente da universidade ser pública ou privada, os estudantes de enfermagem vivenciam situações que lhes geram SM no ambiente acadêmico, requerendo seu enfrentamento. Portanto, as atitudes de resistência ao SM assumidas pelos estudantes poderão não apenas contribuir para reorganizar o contexto de ensino e saúde em prol de uma formação acadêmica e uma prestação de serviços baseadas no respeito e na ética, mas contribuirão para sua própria formação e fortalecimento moral. Nesse sentido, é a prática de liberdade que ganha positividade, possibilitando a constituição do novo, mediante a ruptura com relações de poder tradicionais, consideradas normais e aceitáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício do poder disciplinar sobre estudantes de graduação em enfermagem parece contribuir para sua fragilização moral, dificultando a implementação de estratégias de resistência no enfrentamento do SM. Nesse sentido, questiona-se, se a formação em enfermagem fragiliza moralmente o estudante, como esse se tornará um profissional seguro para resistir diante de situações moralmente questionáveis?

As estratégias de resistência dos estudantes, mediante seu exercício de poder, parecem favorecer seu fortalecimento moral. Ainda, se intensificam com a ampliação do domínio de saber pelos estudantes, mostrando-se mais seguros e confiantes no exercício de poder em defesa do que acreditam e do seu fortalecimento moral. Assim, esse estudo constitui-se, também, em uma estratégia de resistência ao SM, elaborado e construído em conjunto com um grupo de estudantes de enfermagem que, a partir de seus princípios e valores, identificaram situações eticamente questionáveis e consideraram sua participação nessa pesquisa científica como possibilidade de exercício de poder.

Ainda, a inação ou a resistência suscitam possibilidades de repercussões diante do SM, positivas e negativas, influenciando os estudantes na decisão de expor suas opiniões. Desse modo, consideram, por primeiro, a possibilidade de sofrerem sanções e, depois, de os outros virem a sofrê-las, fato que suscita a inação, muitas vezes, como a estratégia que poderá lhe causar menor sofrimento. No entanto, esse comportamento poderá resultar em atitudes de abandono dos próprios ideais e, conseqüentemente, dos da profissão.

FOMENTO

Estudo elaborado no escopo do projeto de pesquisa “Advocacia do paciente e coping na enfermagem: possibilidades de exercício de poder mediante vivências de sofrimento moral”, financiado pela Chamada Universal 14/2012 (processo 474761/2012-6). A realização da pesquisa contou ainda com o auxílio da bolsa de doutorado concedida pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), no período de 2013-2016.

REFERÊNCIAS

1 Wojtowicz B, Hagen B, Daalen-Smith CV. No place to turn: Nursing students’ experiences of moral distress in mental health settings. *Int J Ment Health Nurs*. [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 13]; 23(3):257-264. Available from: <http://onlinelibrary-wiley-com.ez40.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/inm.12043/epdf>

2 Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley J, Tarpley M, O’Gorman ML, et al. Medical Students’ Experiences of Moral Distress: Development of a Web-Based Survey. *Acad Med*. [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 13]; 85(1):111-117. Available from: <http://ovidsp.txovid.ez40.periodicos.capes.gov.br/sp-3.22.1b/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00001888-201001000-00033&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>

3 Theobald A. Moral Distress in Baccalaureate Nursing Students. *Ky Nurse*. [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 1]; 61(2):5-6. Available from: <http://web.a-ebscohost-com.ez40.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=8fa3220d-bab1-491e-8be3-083a049c4710%40sessionmgr4008&hid=4112>

4 Peter E, Liaschenko J. Moral distress reexamined: A feminist interpretation of nurses’ identities, relationships, and responsibilities. *Bioethical Inquiry*. [Internet]. 2013 [cited 2016 Ago 7]; 10(3):337-345. Available from: <http://link-springer-com.ez40.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007%2Fs11673-013-9456-5>

5 Curtis K. Learning the requirements for compassionate practice: Student vulnerability and courage. *Nursing Ethics*. [Internet]. 2014 [cited 2016 Ago 7]; 21(2):210-223. Available from: <http://nej.sagepub.com.ez40.periodicos.capes.gov.br/content/21/2/210.long>

6 Grady A. Experiencing moral distress as a student nurse. *Imprint*. [Internet]. 2014 [cited 2016 Set 5]; 61(2):40-42. Available from: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.ez40.periodicos.capes.gov.br/pubmed/24707639>

7 Rees CE, Monrouxe LV, McDonald LA. ‘My mentor kicked a dying woman’ sbed...’ Analysing UK nursing students’ ‘mostmemorable’ professionalism dilemmas. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 20]; 71(1):169-180. Available from: <http://onlinelibrary-wiley-com.ez40.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/jan.12457/epdf>

8 Bordignon SS, Lunardi VL, Barlem ELD, et al. Moral distress among undergraduate nursing students who question the choice of professional career. *J Nurs Socioe Health*.

- [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 11]; 1(1):63-69. Available from: <http://docplayer.com.br/8495775-Moral-distress-among-undergraduate-nursing-students-who-question-the-choice-of-professional-career.html>
- 9 Renno HMS, Brito MJM, Ramos FRS. Estágio curricular e o sofrimento moral do estudante de enfermagem. *Enferm. Foco*. [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 13]; 6(1/4):51-55. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/577/259>
- 10 Renno H M, Ramos FR, Brito MJ. Moral distress of nursing undergraduates: Myth or reality?. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 1]; first published on May 18. Available from: <http://nej.sagepub.com.ez40.periodicos.capes.gov.br/content/early/2016/05/17/0969733016643862.full.pdf+html>
- 11 Lunardi VL. Medo: fio visível/invisível na docilização do corpo da enfermeira. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 1995 [cited 2016 Ago 17]; 48(3):195-203. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v48n3/v48n3a02.pdf>
- 12 Foucault M. *A vontade de saber. História da sexualidade*. 1. ed. São Paulo: Graal, 1988.
- 13 Albuquerque VS, Batista RS, Tanji S, Moço ETM. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2009 [cited 2016 Ago 10]; 13(31):261-272 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a03v1331.pdf>
- 14 Castro E. *Vocabulário de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009
- 15 Carneiro AD, Costa SFG, Pequeno MJP. Disseminação de valores éticos no ensino do cuidar em enfermagem: estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2016 Ago 10]; 18(4):722-730. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/14.pdf>
- 16 Foucault M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
- 17 Jameton A. A reflection of moral distress in nursing together with a current application of the concept. *Bioethical Inquiry*. [Internet]. 2013 [cited 2016 Out 10]; 10(3): 297–308. Available from: <http://link-springer-com.ez40.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007%2Fs11673-013-9466-3>
- 18 Moraes R, Galiuzzi MC. *Análise textual discursiva*. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí; 2013.
- 19 Lomis KD, Carpenter RO, Miller BM. Moral distress in the third year of medical school; a descriptive review of student case reflections. *Am Surg*. [Internet]. 2009 [cited 2016 Jun 10]; 197(1):107-112. Available from: http://ac-els-cdn-com.ez40.periodicos.capes.gov.br/S0002961008007022/1-s2.0-S0002961008007022-main.pdf?_tid=93007c30-b1e4-11e6-9415-00000aacb361&acdnat=1479950775_1d2b4f612a4e5ac97dac05ee9f109f75
- 20 Machado R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 26. ed. São Paulo: Edições Graal, 2008.

21 Hilliard RI, Harrison C, Madden S. Ethical conflicts and moral distress experienced by paediatric residents during their training. *Paediatr Child Health*. [Internet]. 2007 [cited 2016 Set 10]; 12(1):29-35. Available from: <https://www.ncbi-nlm-nihgov.ez40.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC2528670/>

22 Martinez W, Lo B. Medical students' experiences with medical errors: an analysis of medical student's views. *Medical education*. [Internet]. 2008 [cited 2016 Jun 7]; 42(7):733-741. Available from: <http://onlinelibrary-wiley-com.ez40.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/j.1365-2923.2008.03109.x/epdf>

23 Wright A, Hawkes G, Baker B; Lindqvist M. Reflections and unprompted observations by health care students of an interprofessionals shadowing visit. *J Interprof Care*. [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 13]; 26(4):305-311. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13561820.2012.678507>

24 Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Ramos AM, Silveira RS, Vargas MAO. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? - uma perspectiva foucaultiana. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 10]; 25(1):e2560014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2560014.pdf>

25 Barlem EL, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2013 [cited 2016 Out 10]; 21(1):293-299. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a02.pdf

26 Lunardi VL. Moral distress: An innovative and important subject of study in Brazil. *Bioethical Inquiry*. [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 5]; 10(3):309-312. Available from: <http://link-springer-com.ez40.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007%2Fs11673-013-9458-3>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa tese, apresentados em formato de três artigos, permitiram aprofundar conhecimentos sobre a ocorrência de SM em estudantes de enfermagem e a presença do poder disciplinar nos cursos de graduação em enfermagem.

No primeiro artigo, intitulado "Elaboração e validação da escala de sofrimento moral para estudantes de enfermagem (ESMEE)", evidenciou-se que o instrumento, desenvolvido e validado, constitui-se em um instrumento confiável e fidedigno para ser utilizado na avaliação do sofrimento moral de estudantes de enfermagem, contemplando o ambiente de formação e o ambiente clínico, contribuindo para a compreensão pontual dos fatores que, possivelmente, provocam o SM na graduação.

Por meio da elaboração e validação da ESMEE, foram identificados seis constructos que explicam de maneira ampla a ocorrência do SM no contexto brasileiro: Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário; Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário; Práticas docentes autoritárias; Falta de competência do docente; Desrespeito à dimensão ética da formação profissional; Opção profissional. O instrumento apresentou consistência interna satisfatória, com alfa de *Cronbach* 0,97 para o instrumento, e entre 0,60 e 0,97 para as dimensões. Assim, sua validação permitiu analisar os níveis de frequência e intensidade do SM em estudantes de enfermagem de três universidades brasileiras, duas públicas e uma privada.

Nesse sentido, no segundo artigo denominado "Sofrimento Moral em estudantes de graduação em enfermagem", utilizou-se a abordagem quantitativa, permitindo evidenciar correlações existentes, mesmo que classificadas como baixas, entre SM e o perfil dos estudantes de graduação em enfermagem.

Assim, as correlações ocorreram entre o constructo *Comprometimento da dimensão ética do cuidado ao usuário* e estudantes das séries finais da graduação em enfermagem, que não tinham como formação anterior auxiliar/técnico de enfermagem, indicando a vivência de maior SM. O constructo *Práticas docentes autoritárias* obteve relação significativa também com estudantes que reprovaram uma ou mais vezes; *Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário* e *Falta de competência do docente* obtiveram maior relação entre

estudantes das séries finais e de universidades federais; no constructo *Desrespeito à dimensão ética da formação profissional*, os estudantes das séries finais da graduação em enfermagem evidenciaram maiores médias de SM; assim como no constructo *Opção profissional*, por estudantes com menos de 25 anos, que reprovaram uma ou mais vezes, matriculados em universidades federais.

Com o intuito de aprofundar esses achados, mediante uma abordagem qualitativa, no terceiro artigo, intitulado "Estudantes de enfermagem diante de sofrimento moral: Estratégias de resistência", evidenciou-se que estudantes de graduação em enfermagem enfrentam dificuldades de resistir diante de situações que acreditam ser moralmente inadequadas e que lhes geram SM, devido ao exercício do poder disciplinar vivenciado no ambiente de formação.

Desse modo, quando os estudantes vivenciam comportamentos autoritários e falta de apoio docente e institucional, podem optar, por primeiro, pela inação, entendida como uma estratégia de autopreservação, devido às dificuldades de enfrentar quem representa poder, o que parece favorecer sua fragilização moral no processo de formação profissional, cuja ênfase deveria ser a defesa de práticas moralmente adequadas no âmbito do ensino.

No entanto, a vivência do SM possibilita, também, aos estudantes, atitudes de resistência nas relações de poder através do seu exercício de poder, motivados por uma necessidade de defesa de si e dos outros. Assim, o enfrentamento de problemas morais no cotidiano das realidades em que estão inseridos pode, também, contraditoriamente, contribuir para seu fortalecimento moral, ao manifestarem seu modo de pensar, de uma forma autônoma, mediante atitudes de coragem para o exercício de poder.

Para tanto, este estudo constitui-se, também, em uma estratégia de resistência ao SM, elaborado e construído com um grupo de estudantes de enfermagem que, ao identificarem situações moralmente inadequadas, acreditaram na pesquisa científica como instrumento de transformação da realidade.

A partir do apresentado, parece coerente e significativo ressaltar que, na universidade pública U1, o instrumento quantitativo evidenciou que os estudantes enfrentam situações que geram SM associadas ao constructo *Práticas docentes autoritárias*. Esse dado corrobora com o estudo qualitativo, no qual os estudantes, dessa mesma instituição, identificaram problemas morais e éticos na relação com os

docentes através de práticas docentes autoritárias, que inibiam as possibilidades de ações de resistência diante do SM.

Na universidade U2, o constructo *Condições institucionais inadequadas para o ensino do cuidado ao usuário*, associado à vivência de SM, possibilitou estabelecer correlações com o estudo qualitativo, no qual as situações identificadas como geradoras de SM efetivam-se fora do ambiente de sala de aula, mais relacionadas à equipe de saúde com quem o estudante interage e às condições do próprio ambiente de prática clínica. Ainda, os estudantes das universidades públicas obtiveram índices maiores de SM comparados aos da universidade privada no estudo quantitativo, confirmado, também, através do estudo qualitativo.

Em relação à baixa significância identificada nos níveis de SM, na aplicação da ESMEE, e as fortes manifestações de SM dos estudantes na etapa qualitativa, é relevante destacar que os 499 estudantes de enfermagem, do primeiro ao último semestre, responderam ao instrumento em sala de aula. Já na etapa qualitativa, os 21 estudantes, matriculados entre o sexto e décimo semestres, demonstraram interesse em participar e se disponibilizaram a uma entrevista fora do ambiente de sala de aula. Ainda, houve estudantes que, ao receberem o email para confirmar suas participações, na segunda etapa, decidiram desistir.

Assim, o interesse demonstrado pelos 21 estudantes em participar, possivelmente, esteja relacionado à relevância e valorização das situações vivenciadas no processo de formação e que lhe provocam SM, mobilizando sua necessidade de expô-las e registrá-las, constituindo-se, também, em uma forma diferente de enfrentamento do SM

Nesse sentido, as estratégias de enfrentamento pautaram-se no enfrentamento de uma hierarquia acadêmica, em que o poder disciplinar estabelece normas e sanções, desafiando e desencorajando os estudantes a agirem de acordo com o que acreditam. Tal constatação, permite confirmar a tese de que:

Os estudantes de graduação em enfermagem apresentam sofrimento moral diante de situações moralmente inadequadas e enfrentam dificuldades de resistir devido ao exercício de poder disciplinar vivenciado no ambiente de formação.

Desse modo, os estudantes de enfermagem vivenciam SM no ambiente acadêmico, associado ao poder disciplinar presente nos cursos de graduação em enfermagem, que parece dificultar a sua elaboração de estratégias de resistência

diante do SM. As dificuldades e barreiras frente às possibilidades de resistência, e o insuficiente apoio docente ou da equipe de saúde, suscitam uma invisibilidade de ações, em uma rede de normalizações, contribuindo para a opção de inação.

Esse contexto parece contribuir para a fragilização moral do estudante, desde sua formação profissional, ao optar pela atitude de omitir-se, entendendo-a como a mais adequada para enfrentar o SM, motivado pelo medo de possíveis sanções. Assim, questiona-se: A partir desse contexto de formação, os estudantes escolherão estratégias de resistência diante do SM na prática profissional?

Estudantes de enfermagem e futuros profissionais tem a missão de defender valores e princípios da profissão, priorizando o cuidado ao usuário. Os usuários necessitam de profissionais engajados e atuantes no âmbito da sua advocacia, que exerçam poder e resistam em defesa do que acreditam ser ético, demonstrando sua sensibilidade moral.

Ressalta-se, como limitação do estudo, seu desenvolvimento em uma amostra de estudantes de enfermagem do sul do Rio Grande do Sul. Embora a amostra seja representativa em três universidades, duas públicas e uma privada, não permite a generalização dos seus resultados, pois possivelmente não se reproduzam nos diversos cenários de ensino desenvolvidos no Brasil.

Como contribuições para a área da enfermagem, evidenciou-se que problematizar e discutir os problemas éticos e morais, percebidos no período de formação acadêmica, constitui-se uma oportunidade de construir alternativas de resistência ao SM. Tal problematização suscita o exercício de poder em uma atuação crítica e ativa na academia e na prática da enfermagem, de modo a alcançar mudanças e transformações na realidade educacional e de saúde, norteadas pelo respeito à vida de todos os envolvidos.

Destaca-se, ainda, que as atitudes de resistência ao SM, assumidas pelos estudantes, podem não apenas contribuir para reorganizar o contexto de ensino e saúde em prol de uma formação acadêmica e uma prestação de serviços baseadas no respeito e na ética, mas também contribuir para sua própria formação e fortalecimento moral.

O trabalho demonstra a necessidade e a importância de prosseguir realizando estudos acerca do SM em estudantes de graduação em enfermagem em outros contextos universitários. Acredita-se que outras aplicações da ESMEE, desenvolvida e validada nesse estudo, poderão contribuir para a formação profissional na

enfermagem e para a profissão enfermagem, na medida que favorece a problematização de situações do cotidiano acadêmico relacionadas ao SM, buscando qualificar e aprimorar o processo de formação profissional do enfermeiro, de modo a alcançar a qualificação da assistência.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V.S et al . Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, n. 31, p. 261-272, Dec. 2009
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Nursing's social policy statement: The essence of the profession**. Aliso Viejo, CA:AACN, v. 6, n. 3. 2010
- APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.
- ARAÚJO, Inês Lacerda. **Foucault e a crítica do sujeito**. Curitiba: Ed. da UFPR, 2001.
- AUSTIN, W. et al. The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. **Med Health Care and Philos.** v. 11, p.89–9. 2008a.
- AUSTIN, W. et al. Moral distress in healthcare practice: The situation of nurses. **Alberta RN**, v.64, n.4, p. 4-5, apr. 2008b.
- BARLEM, E. L. D. **Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira**. 2009. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2009.
- _____. **Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana**. 2012. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2012.
- BARLEM, E. L. D. et al. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 681-688, jun. 2012.
- BARLEM, E. L. D. et al. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. esp, p. 79-87, 2013a.
- BARLEM, E. L. D. et al. Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 293-9, 2013b.
- BARLEM, E. L. D. et al. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 506-10, 2013c.
- BARLEM, E. L. D.; RAMOS, F. R. S. Constructing a theoretical model of moral distress. **Nursing Ethics**, v. 22, n. 5, p. 608–615, 2015.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–91, 2000.

BECKETT, A.; GILBERTSON, S.; GREENWOOD, S. Doing the right thing: nursing students, relational practice, and moral agency. **The Journal of Nursing Education**, New York, v. 46, n. 1, p. 28-32, jan. 2007.

BERGER, J.T. Moral distress in medical education and training. **J Gen Intern Med**. v.29, n.2, p.395-398, feb. 2014.

BORDIGNON, S. S. et al. Moral distress among undergraduate nursing students who question the choice of professional career. **J. Nurs. Socioe. Health**, v.1, n.1, p.63-69, 2014.

BORDIGNON, S. S. et al. Questões éticas do cotidiano profissional e a formação do enfermeiro **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 94-99, jan/mar. 2011.

BORDIGNON, S. S. **Ser enfermeiro(a):** decisão versus desejo. 2010. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Curso de Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2010.

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

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

CANADIAN NURSES ASSOCIATION. **Code of Ethics for Registered Nurses**. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association. 2008. [Citado em 2015 abr. 20]. Disponível em <https://www.cna-aiic.ca/en>

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Preditores da síndrome de burnout em estudantes universitários. **Pensamiento Psicológico**, Cali, v. 4, n. 10, p. 101-109, jan/jun. 2008.

CARLOTTO, M. S.; NAKAMURA, A. P.; CÂMARA, S. G. Síndrome de burnout em estudantes universitários da área de saúde. **PSICO**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 57-62, jan/abr. 2006.

CARNEIRO, A. D.; COSTA, S.F.G.; PEQUENO, M.J.P. Disseminação de valores éticos no ensino do cuidar em enfermagem: estudo fenomenológico. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 722-730, Dec. 2009.

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

COHEN, C.; SEGRE, M (org). **Bioética**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.

COHEN, J. S.; ERICKSON, J. M. Ethical Dilemmas and Moral Distress in Oncology Nursing Practice. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 10, n. 6, p 775-782, dec. 2006

COMRIE, R. W. An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. **Nursing Ethics**, London, v. 19, n. 1, p. 116-127, jan. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn). Resolução n.311 de 08 de fevereiro de 2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. [Citado em 2015 fev. 20]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>.

CORLEY, M. C. et al. Development and evaluation of moral distress scale. **Journal of Advanced Nursing**, Hull, v.33, n.2, p.250-256, jan. 2001.

CORLEY, M. C. Moral distress of critical care nurses. **Am J Crit Care**. v. 4, n. 4, p. 280- 285, jul. 1995

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

CRESSWELL J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CURTIS, K. Learning the requirements for compassionate practice: Student vulnerability and courage. **Nursing Ethics**, London, v. 21, n. 2, p. 210–223, 2014.

DALMOLIN GL, LUNARDI VL, LUNARDI FILHO WD. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Rev Enferm UERJ**. v. 17, n.1, p. 35-40. 2009.

DALMOLIN, G. L. et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.1, p. 200-208, jan/mar. 2012.

DALMOLIN, G. L. et al. Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 35-42, 2014.

DAMETTO, J. Por uma leitura foucaultiana da educação. **Saber acadêmico**, n. 5, p. 231-234, jun. 2008.

DEADY, R.; MCCARTHY, J. A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 46, n. 3, p. 209-220. 2010

DEVELLIS, R.F. **Scale development**: theory and applications. Newbury Park, CA: Sage, 2003.

DUARTE, C. G. **Vivências de Sofrimento Moral do Enfermeiro Docente de Cursos Técnicos em Enfermagem**. 2015. 96 folhas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem. Program de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, 2015.

ELPERN, E.H.; COVERT, B.; KLEINPELL, R. Moral distress of staff Nurses in a medical intensive care unit. **American Journal of Critical Care**, Columbia, v.14, n.6, p.523-530, nov. 2005.

ENGEL, J.; PRENTICE, D. The ethics of interprofessional collaboration. **Nursing Ethics**, London, n. 20, v.4, p. 426–435. 2013

EPSTEIN, E. G.; DELGADO, S. Understanding and Addressing Moral Distress. **The Online Journal of Issues in Nursing**, Silver Spring, v. 15, n. 3, sep. 2010.

FERREIRINHA, I.M.N.; RAITZ, T.R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 44, n. 2, p. 367-383, Apr. 2010 .

FONSECA, M. A. **Michel Foucault e a constituição do sujeito**. São Paulo: EDUC, 2003.

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

_____. **Ditos e escritos IV**. Estratégia, Poder-Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. **Microfísica do poder**. 26. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008.

_____. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 37. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009

GANSKE, K. M. "Moral Distress in Academia". **The Online Journal of Issues in Nursing**, Silver Spring, v. 15, n. 3, sep. 2010.

GARITY, J. Fostering nursing students' use of ethical theory and decision-making models: teaching strategies. **Learn Health SocCare**, v.8, n. 2, p.114–22. 2009.

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

GINSBURG, S.; REGEHR, G.; LINGARD, L. The disavowed curriculum: Understanding students' reasoning in professionally challenging situations. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 18, p. 1015-1022, dec. 2003.

GRADY, A. Experiencing moral distress as a student nurse. **Imprint**. v.61, n.2, p.40-2, Feb-Mar. 2014.

GRANT, B.M; GIDDINGS, L.S; BEALE, J. Vulnerable Bodies: Competing Discourses of Intimate Bodily Care. **Journal of Nursing Education**. 2005, v. 44, n. 11, nov. 2005.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HAM, K. Principled thinking: A comparison of nursing students and experienced nurses. **Journal of Continuing Education in Nursing**, v. 35, p. 66–73. 2004.

HAMRIC AB, DAVIS WS, CHILDRESS MD. Moral distress in health care professionals. **Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc**. v.69, n.1, p.16-23, winter. 2006.

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

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

HILLIARD, R. I.; HARRISON, C.; MADDEN, S. Ethical conflicts and moral distress experienced by paediatric residents during their training. **Journal of Paediatrics and Child Health**, Oakville, v. 12, n. 1, p. 29-35, jan. 2007.

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

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

_____. A reflection of moral distress in nursing together with a current application of the concept. **Journal of Bioethical Inquiry** v.10, n.3, 2013

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

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

KELLY, E.; NISKER, J. Increasing bioethics education in preclinical medical curricula: what ethical dilemmas do clinical clerks experience? **Acad Med**. v.84, n.4, p. 498-504. apr. 2009.

KIM, Y. S.; PARQUE, J. H.; HAN, S. S. Differences in moral judgment between nursing students and qualified nurses. **Nursing Ethics**, London, v. 14, n. 3, p. 309-319, may. 2007.

KNIFED, E.; GOYAL, A.; BERNSTEIN, M. Moral angst for surgical residents: a qualitative study. **The American Journal of Surgery**, v. 199, n. 4, Apr. 2010.

- KOPALA, B.; BURKHART, L.; Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. **Intern Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v.16; n.1, p. 3-13, 2005.
- KURZ JM, HAYES ER. Endof life issues action: impact of education. **Int J Nurs Educ Scholarsh**, v. 3, n.1, Article 18, jun. 2006
- LAABS C. Perceptions of moral integrity: contradictions in need of explanation. **Nurs Ethics**, London, v.18, n.3, p. 421–440. may. 2011.
- LIASCHENKO, J. Artificial personhood: nursing ethics in a medical world **Nursing Ethics**. London, v.2, n.3, p.185-96, sep. 1995.
- LOMIS, K. D.; CARPENTER, R. O.; MILLER, B. M. Moral distress in the third year of medical school; a descriptive review of student case reflections. **The American Journal of Surgery**, New York, v. 197, n. 1, p. 107-112, jan. 2009.
- LUNARDI, V. L, et al. O Cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.6, p.933-39, 2004.
- LUNARDI, V. L. et al. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 493-497, jan. 2007.
- LUNARDI, V. L. et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 599-603, jul/ago. 2009.
- LUNARDI, V.L. **Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira**. 1994. 270 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 1994
- LUNARDI, V.L. Moral distress: An innovative and important subject of study in Brazil. **Journal of Bioethical Inquiry**, v.10, n.3, p 309–312, oct .2013
- MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 26. ed. São Paulo: Edições Graal, 2008.
- MALLORY JL. The impactof a palliative care education al component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. **J Prof Nurs**, v. 19, p. 305–12. 2003.
- MARTINEZ, W.; LO, B. Medical students' experiences with medical errors: an analysis of medical studentes says. **Medical education**, v. 42, n.7, p. 733–741, jul 2008.
- MCCARTHY, J.; DEADY, E. Moral Distress Reconsidered. **Nursing Ethics**, London, vol. 15, n. 2, p.254-262, mar. 2008.

MENDES, V. S. **Os corpos e os processos de docilização na educação** : uma leitura foucaultiana. 2014. 112 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma.

MONROUXE LV, et al. Professionalism dilemmas, moral distress and the health care student: insights from two online UK-wide questionnaires studies. **BMJ Open**. v.19, n.5(5), may. 2015

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. 2. ed. rev. Ijuí: Ed. Unijuí, 2011.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciência e educação**, v. 12, n. 1, p. 117-28, 2006.

NATHANIEL AK. Moral reckoning in nursing. **West J Nurs Res**; v. 28, n. 4, p. 419–438, jun. 2006.

NIEMEYER, F.; SILVA, K.S.; KRUSE, M.H.L. Diretrizes curriculares de enfermagem: governando corpos de enfermeiras. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 767-773, Dec. 2010 .

OGUISSO, T., SCHMIDT, M.J, FREITAS, G.F. Ética e a Bioética na Enfermagem. In: Oguisso T, Schmidt MJ, organizadoras. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

OLIVEIRA, R. A; CIAMPONE, M. H. T. A Universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 254-261, abr/jun. 2006.

PENNY, N.H.; YOU, D. Preparing Occupational Therapy Students to Make Moral Decisions. **Occupational Therapy in Health Care**, v.25, n.2/3, p.150-63, april. 2011.

PETER E, LUNARDI VL, MACFARLANE A. Nursing resistance as ethical action: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v.46, n. 4, p. 403–16, may. 2004

PETER E, MOHAMMED S, SIMMONDS A. Narratives of aggressive care: Knowledge, time, and responsibility. **Nursing Ethics**, London. v.7, n.21(4), p.461-472, out. 2013.

PETER, E., LIASCHENKO, J. Moral distress reexamined: A feminist interpretation of nurses' identities, relationships, and responsibilities. **Journal of Bioethical Inquiry**. v.10, n.3,p. 337-45, oct. 2013.

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

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

REES, C.E., MONROUXE, L.V., MCDONALD, L.A. 'My mentor kicked a dying woman' sbed...' Analysing UK nursing students' 'most memorable' professionalism dilemmas. **Journal of Advanced Nursing**. v.71, n. 1,p. 169–80, jan. 2015

REES, C.E., MONROUXE, L.V., MCDONALD, L.A. Narrative, emotion and action: analysing 'most memorable' professionalism dilemmas. **Med Educ**, v.47, p.80–96. 2013

REIGOTA, M. **Meio ambiente e representação social**. São Paulo: Cortez, 2001.

RENNO, H. M. S.; BRITO, M. J. M.; RAMOS, F. R. S. Estágio curricular e o sofrimento moral do estudante de enfermagem. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 1/4, p. 51-55.

RENNÓ, H. M.; RAMOS, F. R.; BRITO, M. J. Moral distress of nursing undergraduates: Myth or reality?. **Nursing Ethics**, London. first published on May 18, 2016.

REVEL, Judith. **Dicionário Foucault**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

RODNEY, P.A. Seeing ourselves as moral agents in relation to our organizational and sociopolitical contexts. **Journal of Bioethical Inquiry**. v.10, n.3, p. 313-315, oct. 2013.

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

SILVA, T. T. S. (org.). **Liberdades reguladas**. A pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

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

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, p. 1183-1192, Aug. 2009 .

STORCH, J. L. Nursing ethics: a developing moral terrain. In: Storch JL, Rodney P, Starzomski R eds. **Toward a moral horizon** . Toronto, ON: Pearson, 2004.

THEOBALD, A. Moral Distress in Baccalaureate Nursing Students. **Ky Nurse**. v.61, n. 2, p.5-6, Apr-Jun. 2013

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. **Síndrome de burnout entre estudantes de graduação em enfermagem de uma universidade pública do Sul do Brasil**. 2012. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri. **O exercício da advocacia do paciente pelos enfermeiros: uma perspectiva foucaultiana**. 2014. 149f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG). Curso de Graduação em Enfermagem. **Projeto político-pedagógico**. Rio Grande: FURG, 2012. 84 p. Disponível em: <http://www.eenf.furg.br/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=38> Acesso em: 19 mai. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS (UFPEL). Curso de Graduação em Enfermagem. **Projeto pedagógico**. Pelotas: UFPEL, 2009. 21 p. Disponível em: <<http://feo.ufpel.edu.br/colegiado.php>> Acesso em: 19 mai. 2015.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS (UCPEL). **Curso de Graduação em Enfermagem**. Pelotas: UCPEL, 2008. Disponível em: <<http://enfermagem.ucpel.edu.br>> Acesso em: 20 mai. 2015.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault e a educação**. 2. Ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

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

WIGGLETON, C. et al. Medical Students' Experiences of Moral Distress: Development of a Web-Based Survey. **Academic Medicine**, v. 85, n. 1, p. 111-117, jan. 2010

WILKINSON T.J. et al. The impact on students of adverse experiences during medical school. **Medical Teacher**, v. 28, n. 2, 129-135, mar. 2006

WILKINSON, J. M. Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect. **NursingForum**. v. 23, n. 1, p. 16-29. 1987

WOJTOWICZ B, HAGEN B.; DAALEN-SMITH, C. V. No place to turn: Nursing students' experiences of moral distress in mental health settings. **International Journal of Mental Health Nursing** v. 23, p.257-264, jul. 2014

WOJTOWICZ B, **Moral distress during psychiatric clinical placements: Perspectives of nursing students and their instructors**. 2012. 139 f. Master of science Major: nursing, University of Lethbridge. Alberta. 2012

WRIGHT A., HAWKES G., BAKER B.; LINDQVIST M. Reflections and unprompted observations by health care students of an interprofessionals shadowing visit. **Journal of Interprofessional Care**. v. 26, n. 4, p. 305-311, jul. 2012

YOES, T. Addressing Moral Distress: Challenge and Strategies for Nursing Faculty. **The oklahoma Nurse**, v. 57, n. 2, p.14, Jun-Aug. 2012

APENDICE A

INSTRUMENTO VALIDADO

ESCALA DE SOFRIMENTO MORAL PARA ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (ESMEE)

Universidade _____ Semestre/Série atual: _____

Ano de ingresso no curso: _____

Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____

Estado civil: () Solteiro () Casado/União estável () Separado/ Divorciado () Viúvo

Você já reprovou em alguma disciplina? () Nunca () Uma vez () Duas vezes () Três vezes ou mais

Tem formação anterior? () NÃO () SIM Qual? _____

Você trabalha? () SIM () NÃO Em que: _____

SOFRIMENTO MORAL: define-se como uma sensação dolorosa e/ou desequilíbrio psicológico causados por uma situação em que:

1) você acredita que sabe qual a atitude correta a assumir, e

2) você acredita que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, tais como falta de experiência, falta de conhecimento, auto-preservação, receio de repreensões, desempenhar um papel subordinado na equipe de saúde e em sala de aula.

A escala, a seguir apresentada, mede suas percepções em duas dimensões:

1) intensidade de sofrimento moral e

2) frequência com que esta situação ocorre

As situações que compõem essa escala ocorrem no ambiente acadêmico, as quais **PODEM ou NÃO** causar sofrimento moral a você. Indique para cada uma das situações apresentadas a seguir, a **INTENSIDADE** e a **FREQUÊNCIA** com que você vivencia **SOFRIMENTO MORAL**.

Por favor, responda marcando a coluna apropriada para cada dimensão.

		Sofrimento moral													
		Intensidade							Frequência						
		Nenhum			Muito Intenso				Nunca			Muito frequente			
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
1	Identificar plágio realizado por estudante														
2	Perceber alteração de notas de colega, pelo docente, para evitar a reprovação														
3	Presenciar comportamentos inadequados entre estudantes														
4	Identificar desarticulação entre o conhecimento teórico e a aplicação prática no seu processo de ensino aprendizagem														
5	Identificar falhas dos docentes em relação ao domínio de conteúdos														
6	Identificar falhas dos docentes em relação à competência didática														
7	Perceber relações intimidadoras dentro de sala de aula														
8	Perceber relações intimidadoras durante as atividades práticas														
9	Perceber a ocorrência de questionamentos de forma intimidadora														
10	Sentir-se desvalorizado quanto a sua escolha profissional (Graduação em Enfermagem)														
11	Perceber-se indeciso acerca da profissão escolhida														
12	Identificar dificuldades de acesso dos usuários a cuidados adequados														
13	Observar falta de continuidade de cuidados aos usuários, durante as atividades práticas														
14	Realizar improvisações para enfrentar a falta de materiais no cuidado aos usuários														
15	Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos usuários														
16	Trabalhar com profissionais não suficientemente preparados para prestar o atendimento necessário aos usuários														
17	Presenciar desrespeito aos direitos dos usuários pelos estudantes da área da saúde, durante as atividades práticas														
18	Presenciar desrespeito aos direitos dos usuários pela enfermeira, durante as atividades práticas														
19	Presenciar desrespeito aos direitos dos usuários por profissionais de serviços de apoio, durante as atividades práticas														
20	Presenciar desrespeito aos direitos dos usuários pelos demais profissionais da equipe de saúde, durante as atividades práticas														
21	Presenciar o comprometimento do cuidado ao usuário, devido à má comunicação entre as equipes														

		Sofrimento moral													
		Intensidade							Frequência						
		Nenhum			Muito Intenso				Nunca			Muito frequente			
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
22	Perceber divergências no modo de realizar procedimentos entre enfermeiro assistencial e docentes														
23	Perceber-se discriminado por docentes														
24	Ser requisitado por docentes a desempenhar tarefas que não apresentam teor acadêmico														
25	Observar cuidados inadequados ao usuário, realizados por estudantes														
26	Observar cuidados inadequados ao usuário, realizados por profissionais de saúde														
27	Observar cuidados inadequados ao usuário, realizados por familiares														
28	Observar orientações inadequadas ao usuário														
29	Perceber a realização de procedimentos, em usuário, sem consentimento														
30	Observar situações de desrespeito à privacidade do usuário														
31	Observar quebra de confidencialidade de informações pessoais do usuário														
32	Observar ações que comprometam a dignidade do usuário														
33	Observar violação da segurança dos usuários														
34	Perceber preconceito em relação aos usuários														
35	Observar estudantes de medicina realizando procedimentos em usuários apenas para aprimorar suas habilidades														
36	Observar estudantes de enfermagem realizando procedimentos em usuários apenas para aprimorar suas habilidades														
37	Perceber a prestação de cuidados ao usuário que visem somente o adiamento da sua morte														
38	Perceber-se impotente ao constatar a administração errada de medicamentos														
39	Vivenciar delegação de cuidados de enfermagem aos familiares dos usuários														
40	Observar a obediência às ordens médicas de não dizer a verdade ao usuário, mesmo quando o usuário lhe pede a verdade														
41	Perceber-se impotente para recusar auxílio a um médico que não está executando ações com competência														

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Etapa quantitativa

Eu, _____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa intitulada: SOFRIMENTO MORAL EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: PERSPECTIVA FOUCAULTIANA. Fui esclarecido(a) também, sobre o objetivo geral do estudo: Conhecer a ocorrência do sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem de diferentes universidades do Sul do Brasil; e sobre os objetivos específicos: Elaborar e validar um instrumento que permita analisar a frequência e intensidade de sofrimento moral em estudantes de enfermagem; analisar o sofrimento moral e sua relação com variáveis sociodemográficas e acadêmicas, em estudantes de graduação em enfermagem.

A metodologia do estudo prevê, para a coleta dos dados, a aplicação de um instrumento elaborado e validado nesse estudo, contendo uma parte inicial de caracterização dos participantes.

Obtive esclarecimentos quanto à garantia de que não haverá riscos à integridade física dos(as) participantes. Tenho compreensão de que essa pesquisa pode trazer benefícios para a enfermagem, uma vez que a ocorrência do SM nos estudantes de graduação em enfermagem constitui um tema pouco explorado no contexto brasileiro e, o seu reconhecimento poderá trazer benefícios para pacientes, profissionais e instituições de saúde.

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

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Data da saída do estudo: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a(o) participante da pesquisa.

Simoní Saraiva Bordignon

Valéria Lerch Lunardi

Responsável pela pesquisa:

Rua General Osório, SN

96.201-900 / Rio Grande - RS

Tel: (053) 3233.0302

APÊNDICE C

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados de Identificação:

Semestre/ Série atual: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____ Cidade de origem: _____

Raça: _____ Religião: _____

Estado civil: () Solteiro () Casado/União estável () Separado/Divorciado () Viúvo

Você já reprovou em alguma disciplina? () Nunca () Uma vez () Duas vezes () Três vezes ou mais

Tem formação anterior na área da Enfermagem? () NÃO () SIM
Qual? _____

Você trabalha? () SIM () NÃO Em que: _____

Questões Norteadoras da Entrevista:

Nossa entrevista foi agendada para falarmos acerca de suas vivências de SM.
Queres falar sobre elas?

1. Onde ocorreu a(s) situação(s) e quem estava presente?
2. O que aconteceu durante o evento?
3. Com você agiu diante dessa situação? E por que você agiu dessa forma?
4. Você poderia dizer quais foram as principais dificuldades e as facilidades para enfrentar esse situação?
5. Como você se sente/sentiu sobre essa situação? O que costumas fazer nessas situações?
6. O enfrentamento dessa situação gerou alguma consequência negativa para você? Em caso afirmativo, como reagiste frente a isso?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE EESCLARECIDO

Etapa qualitativa

Eu, _____ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa intitulada: SOFRIMENTO MORAL EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: PERSPECTIVA FOUCAULTIANA. Fui esclarecido(a) também, sobre o objetivo geral do estudo: Conhecer a ocorrência do sofrimento moral em estudantes de enfermagem de diferentes universidades do Sul do Brasil; e sobre o objetivo específico: Compreender as estratégias de resistência adotadas pelos estudantes de graduação em enfermagem, diante de situações de sofrimento moral.

A metodologia utilizada no estudo está baseada numa abordagem qualitativa, com caráter exploratório descritivo, prevendo a utilização de entrevista semiestruturada gravada.

Obtive esclarecimentos quanto à garantia de que não haverá riscos à integridade física dos(as) participantes. Tenho compreensão de que essa pesquisa pode trazer benefícios para a enfermagem, uma vez que a ocorrência do SM nos estudantes de graduação em enfermagem constitui um tema pouco explorado no contexto brasileiro e, o seu reconhecimento poderá trazer benefícios para pacientes, profissionais e instituições de saúde.

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

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Data da saída do estudo: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a(o) participante da pesquisa.

Simoní Saraiva Bordignon

Valéria Lerch Lunardi

Responsável pela pesquisa:

Rua General Osório, SN

96.201-900 / Rio Grande - RS

Tel: (053) 3233.0302

APÊNDICE E
SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prezados diretores,

Como estudante do Curso de Doutorado em Enfermagem da FURG, orientada pela Professora Dra. Valéria Lerch Lunardi, venho por meio deste solicitar a sua autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “**Sufrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem: perspectiva foucaultiana**”, junto aos estudantes de enfermagem de sua instituição.

Tenho como **objetivo geral**: Conhecer a ocorrência do sofrimento moral em estudantes de graduação em enfermagem de diferentes universidades do Sul do Brasil; e como **objetivos específicos**: Elaborar e validar um instrumento que permita analisar a frequência e intensidade de sofrimento moral em estudantes de enfermagem; Analisar o sofrimento moral e sua relação com variáveis sociodemográficas e acadêmicas, entre estudantes de graduação em enfermagem e Compreender as estratégias de resistência adotadas pelos estudantes de graduação em enfermagem, diante de situações de sofrimento moral.

A metodologia utilizada no estudo consiste na realização de uma etapa quantitativa e uma etapa qualitativa. A etapa quantitativa prevê a aplicação do instrumento que será elaborado e validado nesse estudo para a coleta dos dados. A etapa qualitativa, com caráter exploratório descritivo, prevê a utilização de entrevista semiestruturada gravada.

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

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

Cordialmente
Simoní Saraiva Bordignon
Valéria Lerch Lunardi
Contato: e-mail: simonibordignon@gmail.com

Ciente. De acordo

Data:

Responsável pela Instituição: _____

Coordenação de enfermagem: _____

ANEXO I**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

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

PARECER Nº 097/ 2013**CEPAS 53/2013**

23116.003456/2013-52

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

Pesq. Resp.: Edison Luiz Devos Barlem

PARECER DO CEPAS:

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

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

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

Data de envio do relatório: 01/07/2015

Rio Grande, RS, 18 de junho de 2013.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG