



**Lunardi VL, Silveira RS, Lunardi Filho WD, Barlem ED, Dalmolin GL, Tomaschewski FG. A ética no processo de pesquisar. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 17, 2013 jun 3-5. Anais. Natal: Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio Grande do Norte, 2013 [disponível online]**

Considerando a temática proposta - a ética no processo de pesquisar em enfermagem - considero que minha trajetória, como pesquisadora, desde o início de minha formação, tem sido na área da ética, mesmo que, inicialmente, ainda não apresentasse suficiente consciência das implicações do conhecimento que vinha produzindo ou de que esse conhecimento apresentava forte interface com a ética. Assim, pretendo apresentar alguns elementos dessa trajetória de pesquisar em enfermagem e suas relações com a ética.

Na década de 80, o enfrentamento da produção de conhecimento referente à enfermagem como uma profissão com fortes características de docilidade e submissão (Germano, 1984) provocou questionamentos: qual a relação do processo de formação das enfermeiras com possíveis características de docilidade e submissão nessas profissionais? Qual a relação entre questões de submissão, docilidade e conformismo na enfermagem com a ética?

Se a prática de cuidados de saúde é uma atividade moral (Scott, 1998), com o que concordamos, pois o modo como as profissionais desempenham seu papel tem implicações morais; e se a formação profissional pode estar contribuindo para a formação de profissionais dóceis e submissas, essa formação também tem implicações morais e, portanto, como docentes e como pesquisadoras, não deveríamos ficar indiferentes e passivas.

Se a formação profissional da enfermagem está dirigida para a importância de uma prática ética, reiteradamente presente em nossos diferentes discursos, uma formação das enfermeiras para a docilidade constitui um problema a ser enfrentado.

O modo como ocorreu nossa formação, muitas das relações professora-estudante construídas e que comumente costumamos reproduzir, como profissionais, são as melhores e mais adequadas, ou deveriam ser repensadas, questionadas, problematizadas? Como diz Foucault (1984, p.13), “de que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e a refletir.”

Nesse sentido, para entender características de submissão e docilidade das enfermeiras, inicialmente, deparamo-nos com o conceito de poder de Foucault, como algo produtivo, positivo, como uma permanente relação de forças, desigual, instável, móvel, sem lugar e sem dono definidos, implicando uma permanente possibilidade de resistir, de reagir, de contrapor-se; e deparamo-nos, também, com o conceito de poder disciplinar como uma tecnologia política que invade, nossos corpos, nossos



desejos, nossas forças, nossa alma tornando-nos economicamente produtivos, mas também dóceis e submissos politicamente (Foucault, 1991).

Se poder, na visão foucaultiana, é uma relação de forças, que implica ação e possibilidade de reação, porque, como enfermeiras, comumente, desejamos tão pouco resistir e enfrentar quem representa o poder nas diferentes instituições em que atuamos? Trata-se de uma questão com forte implicação ética, pois determinados espaços que ocupamos e papéis que assumimos, situações que presenciamos, e fragilidades morais que identificamos, podem requerer ações morais de nossa parte, resistências, enfrentamentos, exercício de advocacia, defesas de sujeitos em situação de vulnerabilidade, desrespeitados, apesar de podermos nos sentir impotentes para tanto, frágeis, inseguras, com medo.

Tais sentimentos podem estar associados ao temor de represálias por possíveis resistências implementadas, pela desobediência ao instituído, pela dificuldade de enfrentar conflitos.

Assim, ao investigar o processo de disciplinarização das enfermeiras com a formação de profissionais dóceis e obedientes, produtivas economicamente, porém pouco produtivas politicamente (Lunardi, 1994), na verdade, preocupava-nos a governabilidade na enfermagem, uma questão fortemente articulada ao exercício de poder como uma relação de forças, de ação e reação (Foucault, 1990) e à constituição de sujeitos na sociedade, ou seja, como estamos nos governando, permitindo que outros nos governem e como temos governado outros.

Se pensarmos em muitas das instituições de saúde, em suas insuficiências e precariedades, materiais e humanas, seja nas que atuamos, seja nas que são objeto de denúncia na imprensa, a obediência, o calar-se, o omitir-se, a obediência ao instituído, constituem-se em problemas morais pela nossa convivência e aparente aceitação, demonstrando que ainda nos pautamos por uma moral predominantemente heterônoma (Germano, 1993).

No Brasil, têm sido recorrentes as denúncias de fragilidades no sistema de saúde, especialmente nos hospitais públicos, constituindo-se em importantes problemas morais. Frente à relevância das implicações éticas do enfrentamento e do não enfrentamento de problemas morais na área da saúde e, em especial na enfermagem, temos realizado estudos para compreender como as enfermeiras e demais trabalhadoras de enfermagem vivenciam tal problemática (Bulhosa, 2006; Silveira, 2006; Chaves et al, 2008; Poll, Lunardi, Lunardi Filho, 2008; Dalmolin, Lunardi, Lunardi Filho, 2009; Carvalho, Lunardi, 2009; Barlem et al, 2012; Dalmolin, 2009).

Entendemos a “ética como a prática reflexiva da liberdade” (Foucault, 1987, p.129). Assim, procuramos identificar ações de resistência da enfermagem com uma justificativa ética, frente aos problemas éticos e morais, entendidas como ações autônomas diante dos conflitos percebidos, constatando-se dificuldades das enfermeiras para o exercício de contra-poder, para o exercício da resistência, com manifestações de sofrimento moral (SM) (Peter, Lunardi, Macfarlane, 2004), apesar das suas implicações éticas, tanto para o cuidado de si das profissionais, como para o cuidado dos usuários como sujeitos.



Os problemas morais vivenciados podem ser divididos em três categorias: incerteza moral, dilema moral e SM. (Jameton, 1984).

Vivenciar situações de dilema moral pode provocar SM, pois a trabalhadora da enfermagem sabe o que é correto e o que deveria ser feito, mas não pode seguir o rumo de sua consciência, seja por obstáculos institucionais, falta de tempo, relutância das chefias, constrangimentos legais ou barreiras relacionadas ao poder médico, seja por dificuldades individuais de enfrentamento da situação (Jameton, 1993; Hardingham, 2004).

O SM na prática da enfermagem foi descrito, inicialmente, por Jameton, em 1984, como um desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando as trabalhadoras de enfermagem não podem executar situações moralmente adequadas, segundo suas consciências.

Quando o SM se faz presente, o impacto para o doente pode ser a falta de advocacia por parte da enfermagem e situações em que as trabalhadoras evitam o contato com os pacientes, causando um aumento no desconforto e no próprio sofrimento do paciente frente à doença e ao tratamento (Corley, 2002).

No Brasil, falar em SM é um tema ainda pouco conhecido e pouco explorado. Entretanto, vivenciar situações em que identificamos incoerência entre nossas ações, crenças e conhecimentos (Jameton, 1984), parece bastante comum no cotidiano de trabalhadores de enfermagem de muitas instituições de saúde brasileiras.

Assim, em investigações, constatamos carência de materiais de uso rotineiro, desde agulhas, até equipamentos mais complexos como desfibriladores e respiradores em situações de emergência. Em decorrência do número insuficiente de recursos humanos, percebemos sobrecarga de trabalho, gerando desgaste físico, mental e emocional. Identificamos, também, que as relações interpessoais nem sempre eram pautadas no diálogo, principalmente com chefias, uma vez que os profissionais vivenciam dilemas morais, frente à precariedade de recursos, mas referem medo de reivindicar melhores condições para realizar seu trabalho por recearem punições, humilhações, retaliações e ofensas decorrentes de autoritarismo das chefias, optando por permanecerem calados. O elevado número de pacientes nos hospitais, necessidade de triagem e priorização de cuidados àqueles com maior gravidade, a aparente falta de esclarecimento das suas condições de saúde, o prolongamento da vida sem preocupação com sua qualidade e o sofrimento decorrente, além da ocorrência de mortes evitáveis, causadas por negligência e descaso, e desigualdade na distribuição de recursos, em especial os destinados para a equipe de enfermagem, demonstram o desrespeito aos direitos dos pacientes e da enfermagem como parte do seu cotidiano profissional, podendo influenciar a forma de ser da enfermagem, resultando em sentimentos de impotência (Bulhosa, 2006; Silveira, 2006; Poll, 2007; Carvalho, Lunardi, 2009; Barlem et al, 2012, Barlem, 2012; Dalmolin et al., 2009), com consequente SM.

Ao utilizarmos o instrumento Moral Distress Scale (MDS) construído no EEUU por Corley et al. (2001) para avaliar a vivência de SM em enfermeiras, realizando um estudo com 124 enfermeiras de quatro hospitais do sul do Brasil, numa escala de 0 a 6, identificamos e validamos quatro constructos relacionados à percepção do SM vivenciado, definidos como: negação do papel da enfermeira como advogada do



paciente; falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente; obstinação terapêutica ou futilidade terapêutica. A falta de competência na equipe de trabalho foi o constructo que mais influenciou a percepção de SM (4,55), seguido pela negação do papel da enfermeira como advogada do paciente (4,30). (Barlem et al, 2012 )

A seguir, tomando como ponto de partida o instrumento de Corley et al., (2001), elaboramos e validamos um instrumento para analisar o SM em trabalhadoras de enfermagem: enfermeiras, técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Como o instrumento de Corley et al foi construído em uma realidade economicamente bastante diferenciada de muitas instituições de saúde brasileiras, até então objeto de estudo, procuramos contemplar elementos já identificados nos estudos qualitativos como associados a problemas morais e ao SM, mais focados na organização do ambiente, que não foram abordados no instrumento original (Barlem et al, 2012).

Com uma amostra de 247 profissionais das equipes de enfermagem de dois hospitais do sul do Brasil, um público e um filantrópico, validamos, então, cinco constructos como fonte de SM: falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente; condições de trabalho insuficientes; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente e negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade.

Constatamos que a falta de competência na equipe de trabalho constituiu-se novamente o constructo que apresentou a maior percepção de SM nos trabalhadores (4,36). Identificamos que a percepção de situações que conduzem ao SM é maior em enfermeiras do que nos demais trabalhadores da equipe de enfermagem; é maior em trabalhadoras de enfermagem que atuam em instituições com maior abertura ao diálogo, que realizam reuniões de equipe, atuantes em unidades de atendimento com financiamento público, com menores jornadas de trabalho e maior número de trabalhadores por pacientes (Barlem, 2012). Confirmamos que instituições abertas ao diálogo repercutem positivamente em maior abertura ao diálogo com chefias e equipes. O diálogo parece situar-se como importante para a percepção do SM e inclusive para seu enfrentamento, como já constatado na aplicação do Moral Distress Scale com enfermeiras norte-americanas (Corley et al., 2005).

Hamric et al (2006) já haviam identificado que uma sensibilidade moral aumentada pode ser uma fonte de SM, ou seja, enfermeiras com maior aproximação com as dimensões éticas do cuidado apresentam maior risco para o SM ao identificarem as dimensões morais da enfermagem serem desrespeitadas, discutidas, gerenciadas (Hamric et al, 2006).

Varcoe et al (2012), ao procurarem conhecer as percepções e enfrentamento das enfermeiras em situações de SM, identificaram que as enfermeiras referem medo de relatar o que vivenciam, pelas possíveis conseqüências, optando por afastar-se dessas unidades de trabalho e da profissão, e por agilizar sua aposentadoria, quando possível. Corley et al, já em 2001, identificaram que 15% de enfermeiras com vivência de SM relataram ter deixado suas posições de trabalho devido a esse sentimento. Outras referem ter deixado a profissão devido ao SM (Wilkinson, 1988; Kelly, 1998).

Na realidade brasileira, entretanto, profissionais de enfermagem, ao optarem por não realizar o enfrentamento de situações potencialmente geradoras de SM



optam não por evadir-se da profissão, mas por afastar-se de seus valores, crenças e, por fim, dos próprios ideais da profissão enfermagem. (Lunardi et al., 2009)

Consideramos que a enfermagem, não apenas nas realidades estudadas, mas como profissão, de um modo ainda predominante, necessita ultrapassar as dimensões de imobilismo em que, por vezes, se encontra, buscando coletivamente formas concretas que contribuam para a modificação dos ambientes de trabalho, resultantes do exercício de relações de poder e resistência, numa perspectiva ética e de relações construídas no coletivo.

Assim, a permanente formação moral dos trabalhadores de enfermagem e da área da saúde, assim como a investigação dessa temática é relevante, uma vez que a capacidade de compreender situações conflituosas como problemas éticos interfere diretamente na forma de enfrentar e tentar resolver os problemas do cotidiano do trabalho da enfermagem, muitos deles problemas morais, sendo um importante passo para a constituição de um sujeito ético (Lunardi, Lunardi Filho, 2003).

## Referências

Barlem ELD. Reconfigurando o SM na enfermagem: uma visão foucaultiana. 2012. 191f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Barlem ELD.; Lunardi VL.; Lunardi GL.; Dalmolin GL.; Tomaschewski-Barlem JG. Vivência do SM no Trabalho da Enfermagem: percepção da enfermeira. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.46, n.3, p. 681-88, 2012.

Bulhosa MS; SM no trabalho da enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.

Carvalho KK.; Lunardi VL. Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses. Revista Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto). , v.17, p.308 - 313, 2009.

Chaves PL, Lunardi VL, Lunardi GL, Lunardi Filho WD. A percepção das enfermeiras acerca da sua atuação ante os direitos dos clientes. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2008, v. 42, p.242 - 248.

Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. Journal of Advanced Nursing. 2001;33(2):250-56.

Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nurs Ethics 2002; 9: 636–50.

Corley MC, Ptlene M, Elswick RK, Jacob M . Nurse moral distress and ethical work environment. Nursing Ethics. 2005;12(4):381-90.

Dalmolin GL; Lunardi VL.; Lunardi Filho WD.; O SM dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. Revista de Enfermagem da UERJ, v.17, n.1, p.35-40, 2009.

Dalmolin GL. SM na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa. 2009. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.



- Foucault M. História da Sexualidade II. Rio de Janeiro:Graal, 1984
- Foucault M. Hermeneutica del sujeto. Barcelona: Paidós Ibérica, 1987.
- Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro:Graal,1990.
- Foucault M. Vigiar e punir. Petrópolis:Vozes, 1991.
- Foucault M. O sujeito e o poder. In: Drefus P, Rabinow P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. São Paulo: Forense Universitária, 1995. p. 231-49.
- Germano RM. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1984.
- Germano RM. A ética e o ensino de ética na Enfermagem do Brasil. São Paulo:Cortez, 1993.
- Hardingham LB. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. Nursing Philosophy. 2004, v. 5, n. 1, p. 127-34.
- Jameton A. Nursing Practice: The Ethical Issues. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, NJ.1984.
- Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. Clinical Issues, 1993, v.4,n.4, p. 542- 551.
- Lunardi VL. Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira. Porto Alegre, 1994, Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Lunardi V., Lunardi Filho WD. A ética feminista como um instrumental teórico para a ética na saúde e na enfermagem. Revista Texto&Contexto-Enfermagem, 2003, v.12, n. 3, p. 383-6.
- Lunardi VL, Barlem ELD, Dalmolin, Santos SSC, et al. Moral distress and the ethical dimension in nursing work. Rev. Bras. Enferm. 2009; 62(4):599-63.
- Peter E; Lunardi VL; Macfarlane A. Nursing resistance as ethical action: literature review. Journal of Advanced Nursing, 2004, v. 46, n.4, p. 403-16.
- Poll MA, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Healthcare in emergency units: organization and ethical implications. Acta Paulista de Enfermagem, 2008, v.21, p.509 - 514.
- Scott AP. Morally autonomous practice? Advances in Nursing Science, v. 21, n.2, 1998, p. 69-79.
- Silveira RS. A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Varcoe C, Pauly B, Storch J, Newton L, Marakoff,K. Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations. Nursing Ethics, 2012; 19 (4):488-500.
- Valéria Lerch Lunardi. *Enfermeira. Enfermeira; Doutora em Enfermagem. Professora Associado da Escola de Enfermagem da FURG; Participante do Núcleo de Estudos e Pesquisas Em Saúde (NEPES)*
- Rosemary Silva da Silveira. *Enfermeira; Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Escola de*



*Enfermagem da FURG; Participante do NEPE*

**Wilson Danilo Lunardi Filho.** *Enfermeiro; Doutor em Enfermagem. Professor Associado da Escola de Enfermagem da FURG; Participante do NEPE*

**Edison Devos Barlem.** *Enfermeiro; Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da FURG; Participante do NEPE*

**Graziele de Lima Dalmolin.** *Enfermeira; Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da UFSM. Participante do NEPE*

**Jamila Geri Tomaschewski.** *Enfermeira; Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Grauação em Enfermagem da FURG; Participante do NEPE*