

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004460015>

MARCO CONCEITUAL PARA O ESTUDO DO DISTRESSE MORAL EM ENFERMEIROS

Flávia Regina Souza Ramos¹, Edison Luis Devos Barlem², Maria José Menezes Brito³, Mara Ambrosina Vargas⁴, Dulcineia Ghizoni Schneider⁵, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer⁶

- ¹ Doutora em Filosofia em Saúde e Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e da Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: flavia.ramos@ufsc.br
- ² Doutor em enfermagem. Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ebarlem@gmail.com
- ³ Doutora em Administração. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: brito@enf.ufmg.br
- ⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e PEN/UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: ambrosina.mara@ufsc.br
- ⁵ Doutora em Filosofia em Saúde e Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: dulcineiags@gmail.com
- ⁶ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: laura.brehmer@ufsc.br

RESUMO: Estudo reflexivo que objetivou propor elementos conceituais para a análise do distresse moral, como processo que articula diversos conceitos da experiência moral. O distresse moral é explorado como fenômeno manifesto em diversos cenários e dimensões do trabalho – cuidado, gestão e educação. Apesar de um conceito relativamente consensual e resultados empíricos comparáveis em vários países, há limitação de estudos que explorem lacunas teóricas, pontos críticos e possibilidades de ampliação do potencial analítico. Na busca por sustentações teóricas consistentes e atualizadas às novas necessidades do campo, o estado da arte foi retomado e um marco conceitual foi delineado para a abordagem do distresse moral como processo que articula variados conceitos ou momentos da experiência moral, como o de incerteza, sensibilidade moral e deliberação moral. A matriz proposta articula o processo de desenvolvimento de competências morais ou de construção do sujeito ético, presentes em discursos pedagógicos e filosóficos que interessam à profissão.

DESCRIPTORES: Ética em enfermagem. Moral. Estresse psicológico. Dano moral.

CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR THE STUDY OF MORAL DISTRESS IN NURSES

ABSTRACT: The objective of this reflective study was to propose conceptual elements for the analysis of moral distress as a process that articulates various concepts of moral experience. The moral distress is explored as a phenomenon manifested in different scenarios and dimensions of labor - care, management and education. Although a relative consensus exists on the concept and comparable empirical results in several countries, there are limited studies that explore theoretical gaps, critical points and possibilities to expand the analytical potential. In the search for consistent and updated theoretical supports for the changing needs of the field, the state of the art was surveyed and a conceptual framework was designed to address moral distress as a process that articulates various concepts or moments of moral experience, such as uncertainty, moral sensitivity and moral deliberation. The proposed matrix articulates the development process of moral competencies or the construction of the ethical subject, present in pedagogical and philosophical discourses of interest to the profession.

DESCRIPTORS: Nursing ethics. Moral. Stress, psychological. Moral damage.

MARCO CONCEITUAL PARA EL ESTUDIO DE ANGUSTIA MORAL EN ENFERMEROS

RESUMEN: Estudio reflexivo orientado a proponer elementos conceptuales para la análisis de la angustia moral como un proceso que articula diversos conceptos de la experiencia moral. La angustia moral como fenómeno que se manifiesta es explotada en varios escenarios y dimensiones laborales - cuidado, de gestión y de educación. A pesar de un concepto relativamente consensual y resultados empíricos comparables en varios países, existen pocos estudios que exploran las lagunas teóricas, puntos críticos y las posibilidades de ampliar el potencial analítico. En la búsqueda de apoyos teóricos consistentes y actualizados a las necesidades cambiantes del campo, el estado de la técnica se ha tomado y un marco conceptual fue diseñado para hacer frente a la angustia moral como un proceso que articula diversos conceptos o momentos de la experiencia moral, como la incertidumbre, la sensibilidad deliberación moral y moral. La matriz propuesta se articula el proceso de desarrollo de la competencia moral o construcción del sujeto ético, presente en los discursos pedagógicos y filosóficos de interés para la profesión

DESCRIPTORES: Ética en enfermería. Morale. Estrés psicológico. Daño moral.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a dimensão ética ou moral do trabalho é continuamente revigorada por novas questões de interesse multidisciplinar. Nos cenários do trabalho em saúde, especificamente, pelo menos dois eixos principais da problematização ética podem ser sinalizados, complementares e interdependentes, quais sejam: 1) os problemas, dilemas e possibilidades de falha/erro/dano em torno de decisões morais que envolvem as práticas de saúde, ou seja, o eixo sobre o bem-estar das pessoas que estão sob cuidados e, em última instância, as consequências advindas das prioridades e deliberações profissionais, institucionais e políticas sobre a vida e saúde de indivíduos, grupos e comunidades; 2) a experiência dos profissionais que enfrentam tais problemas, que possuindo diferentes condições de decisão e competências técnicas e morais, sofrem também as consequências deste processo de deliberação, ou seja, o eixo sobre os impactos na forma como os profissionais poderão atribuir significados às relações e resultados de sua atuação, construir perspectivas de carreira e alcançar relações subjetivas satisfatórias com o próprio trabalho.

O tema da angústia, sofrimento ou distresse moral, aqui tratado como um mesmo fenômeno, se refere diretamente ao segundo eixo de problematização, sobre o sujeito trabalhador, mas se produz na interface com o primeiro eixo e sobre ele também produz impacto, uma vez que são geradas consequências ao cuidado ofertado e ao sujeito que o recebe. Cabe esclarecer que estudos utilizam os termos (em inglês), *moral distress* e *moral suffering*, sendo o primeiro o que se tornou mais conhecido, embora muitos autores não façam distinção entre os mesmos. No Brasil, *distress moral* tem sido traduzido como sofrimento moral. Neste estudo aceita-se as traduções como angústia, aflição ou sofrimento moral, mas em reconhecimento a origem do termo e possibilidade de tradução literal para língua portuguesa, optou-se por adotar o termo “distresse”.

O primeiro conceito de distresse moral abordado no campo da enfermagem foi proposto nos Estados Unidos, pelo filósofo Jameton, como o distresse (angústia, aflição, sofrimento) que se manifesta quando o profissional sabe a coisa certa a fazer, mas constrangimentos institucionais o impedem de tomar o curso moralmente correto de ação.¹ Reconhecendo a ambiguidade deste conceito, o próprio autor o desenvolveu, na década seguinte, o discriminando em distresse inicial e reativo. No primeiro, as enfermeiras experienciam sentimentos de frustração, raiva, ansiedade ao se confrontarem com obstáculos

institucionais e conflitos interpessoais de valores. Já o distresse reativo é sentido quando não conseguem lidar com a angústia inicial.² A partir deste segundo tipo de angústia (reativa), foi desenvolvida a definição de resíduo moral ou distresse persistente,³ como efeito cumulativo do distresse moral. A ferida por ter agido contra seus próprios valores permanece, rompendo com a integridade moral e deixando marcas na personalidade e no sistema de valores.⁴ A integridade moral refere-se à relação indissociável entre a integridade profissional e pessoal, pois diz respeito também a um padrão moralmente aceito pela sociedade. Quando a integridade moral é prejudicada pode ocorrer sofrimento moral e, até mesmo, o abandono da profissão.^{4,5}

A partir destes estudos precursores o sofrimento moral foi divulgado como a experiência em que o enfermeiro tem consciência da ação moralmente correta, mas devido a obstáculos institucionais ou conflitos com outros indivíduos, não consegue atuar de acordo com seus conhecimentos ou preceitos morais, podendo até mesmo realizar ações moralmente inadequadas.^{2,6}

A literatura demonstra que apesar da existência de um arcabouço conceitual relativamente consensual e resultados empíricos comparáveis em diferentes contextos, há ainda grande limitação de estudos que aprofundem o fenômeno do distresse moral a partir da exploração da diversidade de cenários e dimensões do trabalho da enfermagem – do cuidado, da gestão e da educação. Além disso, há que se fortalecer e ampliar modelos teóricos ou marco conceituais, de modo a subsidiar estudos para o atual estágio de investigação.

Da motivação em subsidiar futuros modelos teóricos do distresse moral delineou-se o objetivo da presente reflexão, qual seja: propor elementos conceituais para a análise do distresse moral, como processo que articula outros conceitos ou momentos da experiência moral. Para tal partiu-se da retomada do atual estágio de desenvolvimento do conceito (ou construto, como aqui se pretende abordar), para levantar pontos críticos e possibilidades de ampliação e avanço do conhecimento em torno deste objeto de pesquisa, que se constitui um importante problema do trabalho da enfermagem.

Esta proposição emergiu de reflexões da primeira autora, como pesquisadora responsável por pesquisa multicêntrica em desenvolvimento sobre o processo de angústia/sofrimento moral do enfermeiro em diferentes cenários do trabalho em saúde no Brasil. Estas reflexões foram aprofundadas e apoiadas por contribuições de grupo de pesquisadores, das três Universidades envolvidas na pesquisa, incluindo os coautores do presente manuscrito.

Avanços, lacunas e novas questões sobre o distresse moral

Para sintetizar o estado da arte sobre o distresse/sofrimento/angústia moral procede retomar alguns elementos mais ou menos consensuais entre diversos autores internacionais. O elemento chave para o desencadeamento do distresse moral é o sentimento de impotência, incapacidade de realizar a ação percebida como eticamente adequada.² Ele pode ser causado por restrições internas ou externas sobre o comportamento da enfermeira. As causas internas foram relacionadas à insegurança, falta de confiança em situações de conflito, pressões e à desigualdade de poder.^{2,7} As causas externas foram relacionadas à situações específicas envolvendo decisões clínicas, processo de morte e morrer, inadequação de recursos materiais e humanos, falta de qualificação profissional, entre outros.⁸

Embora resultados de estudos empíricos tenham levado ao reconhecimento das causas do distresse moral, nem todas as enfermeiras submetidas às mesmas circunstâncias irão experienciá-lo, necessariamente, ou poderão desenvolvê-lo em outras situações.^{3,8} Se os valores e obrigações morais são percebidos de forma diferente pelos membros da equipe de saúde, o sofrimento moral será, portanto, uma experiência do indivíduo e não uma situação definida.³

As características do trabalho das enfermeiras são relacionadas às complexas e diversificadas demandas por posicionamento ético, assim como a uma posição mais favorável para perceber as potencialidades e as crenças dos pacientes e intervir a favor deles, ou seja, maior potencial para exercer a advocacia (*advocacy*), para que necessidades sejam atendidas e direitos sejam assegurados.⁹ O distresse moral pode ser relacionado à falta de advocacia por parte do profissional, num círculo vicioso que leva ao menor contato com os pacientes, potencializando o desconforto destes e a angústia da enfermeira, chegando a ameaçar a integridade das enfermeiras, a retenção e abandono do trabalho e profissão.⁸

Há referência de distresse moral relacionada ao papel de gestão do cuidado, quando enfermeiros enfrentam problemas quanto à definição de prioridades, limitação de recursos e políticas organizacionais,¹⁰ ou falta de voz frente a práticas institucionais injustas.¹¹ De modo geral, podem ser situações similares às de enfermeiros assistenciais, mas há diferenças de papéis e responsabilidade, o que pode mudar a percepção e manifestação do fenômeno.

As consequências e manifestações do sofrimento moral nem sempre são facilmente apre-

síveis, pois envolvem desde expressões mais claramente identificáveis, como sentimentos de raiva e frustração, até aquelas dificilmente verbalizadas ou compreendidas, a exemplo de autodepreciação, desvalorização silenciosa, isolamento, todas representando ameaças à integridade moral.³

Argumentos da literatura sobre ética de enfermagem revelam diferentes termos ou significados normativos relacionados ao distresse moral (delineados em 20 artigos publicados entre 1993 e 2013), entre os quais: 1) julgamento moral, 2) identidade e integridade pessoal e profissional, 3) competências morais e 4) responsabilidade moral.¹²

Frente à diversidade e complexidade tecnológica do seu trabalho, a enfermagem buscou conhecer expressões, causas e intensidades deste processo, além de possíveis implicações para os profissionais e para a qualidade das práticas. Para este tipo de preocupação foram desenvolvidas ferramentas, especialmente instrumentos e escalas, para quantificar o sofrimento moral de enfermeiros em contextos específicos.

A proposta pioneira de Corley, em 1995, *Moral Distress Scale*, para medir a intensidade e frequência do sofrimento moral, foi aplicada em enfermeiros de unidade de terapia intensiva e, posteriormente, de unidades hospitalares médicas e cirúrgicas, analisando variáveis de idade, raça e tempo de atuação.¹³ Outros estudos também se aplicaram ao trabalho em unidades de terapia intensiva, enfermagem psiquiátrica, no cuidado a pacientes críticos e graves, em centro cirúrgico, ou em unidades oncológicas ou pediátricas, entre outras.^{10,14-18}

No Brasil, o instrumento de Corley foi validado e, posteriormente, adaptado em 2012 e 2014.¹⁹ Entre outros estudos, no mesmo grupo de pesquisa o tema foi discutido em suas relações com a síndrome *Burnout*, com a autonomia e com as práticas de poder e resistência. Este conjunto de pesquisas e reflexões promoveu uma sensível apresentação deste objeto à enfermagem brasileira.²⁰⁻²⁴

Com a Escala de Sofrimento Moral validada e adaptada,¹⁹ identificou-se cinco constructos: falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente, condições de trabalho insuficientes; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade e negação do papel da enfermagem como advogada do paciente. A versão aplicada abrangeu situações do cotidiano do trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em instituições hospitalares, algumas distintas daquelas descritas em estudos internacionais, o que destacou a importância dos ambientes e formas de organização do trabalho. Foi demonstrado

que a percepção das causas de sofrimento moral é intensificada em enfermeiros, em trabalhadores de enfermagem que atuam em instituições com maior abertura ao diálogo, que realizam reuniões de equipe, com menores jornadas de trabalho e maior relação no número de profissionais por pacientes.

Em síntese, depreende-se que a investigação sobre o distresse moral vem se ampliando desde os anos 80 no cenário mundial e a partir de 2000 no Brasil, especialmente no âmbito hospitalar. O desafio que se coloca é explorar as expressões e elementos relacionados ao sofrimento moral de enfermeiros no contexto brasileiro, nos diferentes cenários do trabalho e níveis de complexidade da atenção à saúde e que novas proposições conceituais possam apoiar tal empreendimento.

Em estudos recentes um novo e complexo conjunto de desafios vem sendo apontado, não mais focados na demanda por conhecer as específicas formas de manifestação do distresse moral em contextos diferenciados, mas de explorar lacunas e limitações das conceituações clássicas e seus supostos, de modo a sustentar nova fase de pesquisas teórica e metodologicamente mais consistentes.^{3,6,9,25-26}

Um exemplo é a noção de enfermeiras como agentes morais encarnados, cuja experiência integralmente, cérebro, corpo e emoções. Dos agentes se espera que expressem seus mandatos éticos profissionais, o que muitas vezes é restringido pelas estruturas sociopolíticas do contexto da saúde. Para ampliar a compreensão das relações entre estrutura e agência moral, em suas mútuas influências, propõe-se agregar conhecimentos da neurociência.²⁵

Outra importante crítica, aponta elementos controversos no uso do conceito de distresse moral, a ponto de questionar se é hora da enfermagem abandonar um construto falho. Entre os argumentos de tal falha está o risco de narrativas de sofrimento moral servirem mais para confundir do que para clarificar as dimensões éticas do trabalho de enfermagem, não contribuindo para assegurar a competência moral de pessoas e instituições que oferecem cuidados de saúde.²⁶

Pouco se tem estudado, por exemplo, sobre os fundamentos psicológicos e éticos do enfrentamento de questões éticas pelos enfermeiros. Fundamentar-se na presunção de que enfermeiras sabem qual é a coisa certa a fazer é questionável, especialmente a partir de três fragilidades desta ideia: assumir a inequívoca correção e justificação dos juízos morais das enfermeiras, sem que as bases de tais julgamentos sejam explicitadas e pouco admitindo que estas possam estar equivocadas ou erradas; subestimar

a responsabilidade moral de enfermeiras para agir mesmo frente a obstáculos e ambientes difíceis, numa apologia de suas incapacidades e; valer-se de um tipo de falácia (*petitio principii* ou petição de princípio), defendendo uma tese partindo do princípio de que ela é válida, ou seja, que há uma relação causal entre distresse moral e dois fenômenos relacionados, julgamentos morais corretos e impotência das enfermeiras para agir.²⁶

A primeira fragilidade é aqui a que mais interessa destacar, já que para a proposição de um marco conceitual acredita-se que é realmente problemático basear-se em tal suposto ou não questionar sua insuficiência. O autor alerta para relatos de que enfermeiras tendem a decidir e justificar suas ações morais apelando aos seus próprios valores pessoais e experiências, ao invés de se valerem de raciocínio ético e crítico ou bases teóricas pertinentes. Assim, decisões éticas na prática são baseadas em convicções pessoais, crenças religiosas, educação, intuição e sentimentos, ou desejos coletivos.²⁶

Opiniões pessoais ou da maioria não bastam como justificação moral, por mais que bem intencionadas. Além disso, há relatos que a confiança em seus próprios valores aumenta com o tempo de experiência profissional, levando a posicionamentos mais firmes e reações mais fortes quando confrontados, como irritação e ansiedade, como se o simples tempo de prática produzisse juízos corretos. O resultado pode ser a 'imposição moral' do ponto de vista das enfermeiras, mesmo quando defendem um valor ou princípio, como a autonomia, em detrimento de outros que emergem em contextos multiculturais.²⁶

O reconhecimento das atuais lacunas e questionamentos deve fomentar novas apropriações e formulações críticas, de modo a ampliar o conhecimento e a capacidade dos profissionais enfrentarem as raízes e implicações deste complexo problema ético.

Proposição para um modelo conceitual do distresse moral

O primeiro suposto da presente proposição é o olhar ampliado sobre o distresse moral como processo e, ao mesmo tempo, uma experiência singular, que integra a experiência moral ou ética. Ética e moral aqui são tomados indistintamente, sem a clássica diferenciação entre uma base cultural, normativa e relativamente imposta e, outra, refletida, teorizada e reconhecida como pensamento filosófico. Aqui o que importa reconhecer é a humana experiência de tornar-se sujeito moral de suas ações. Podemos,

assim, ressaltar a experiência ético-moral como contínua, infindável e produtiva em termos de subjetividade e identidade.

Sem que se faça uso de referências diretas, há que se reconhecer nesta premissa a influência do pensamento de Foucault. Preliminarmente, há o reconhecimento da ideia Kantiana de arbítrio e da importância dada à educação para a liberdade e a cidadania - o sujeito produzindo em si a moralidade.²⁷ Mas é em Foucault, ao assumir como seu objeto histórico a ontologia do presente, que os diferentes modos pelos quais os seres humanos tornaram-se sujeitos tornam-se o problema ético e político mais evidente.²⁸

A ética é um dos eixos centrais da constituição do sujeito, pois se situa na relação consigo mesmo, como prática racional e refletida da liberdade. Este sujeito se produz em diferentes modalidades de subjetivação, nunca em únicos locais ou trajetos, mas em dispositivos, práticas e discursos. Desta perspectiva, a ética é estética da existência, um trabalho sobre si mesmo orientado pelo conjunto das artes da existência, ou seja, práticas pelas quais os homens colocam para si regras de conduta, buscam se transformar e tornar a própria vida uma obra portadora de estilo e valores estéticos. Tornar-se sujeito moral é colocar-se como alvo de seu próprio saber e ação.²⁹

A noção de experiência, a partir deste autor, articula campos de saber, normatividades e formas de subjetividade, daí que o distresse/angústia/

sofrimento moral passa a ser considerado elemento participante deste exercício permanente sobre si; ou, pelo menos, assim deveria ser, na medida em que tensionaria certas posições e comportamentos, para mobilizar mudança e liberdade. Este é o sentido produtivo do sofrimento moral - integrar a experiência de si, participar da construção do sujeito ético.

O caráter processual do distresse moral não significa que não possa ser estudado como fenômeno episódico, que relaciona causas e efeitos, mas que esta abordagem será insuficiente para compreender seu potencial produtivo, ou aquilo que permanece quando findado o episódio, a partir do qual o sujeito já não será o mesmo.

A constituição do sujeito também inclui a construção de identidades profissionais, uma vez que se assume que a enfermagem guarda relativa perspectiva de carreira, com intensiva formação, dedicação e adesão a valores e discursos profissionais; mesmo frente ao atual questionamento da centralidade subjetiva do trabalho ou de sua capacidade de dar sentido à vida. Identidades profissionais não são fixas ou imutáveis, mas processuais; assim como a experiência moral, são atravessadas por instituições, saberes e práticas.

A perspectiva processual do distresse moral implica que em sua análise sejam articulados outros conceitos ou elementos da experiência ética. Esquemáticamente estes elementos são apresentados no modelo analítico, na figura 1.

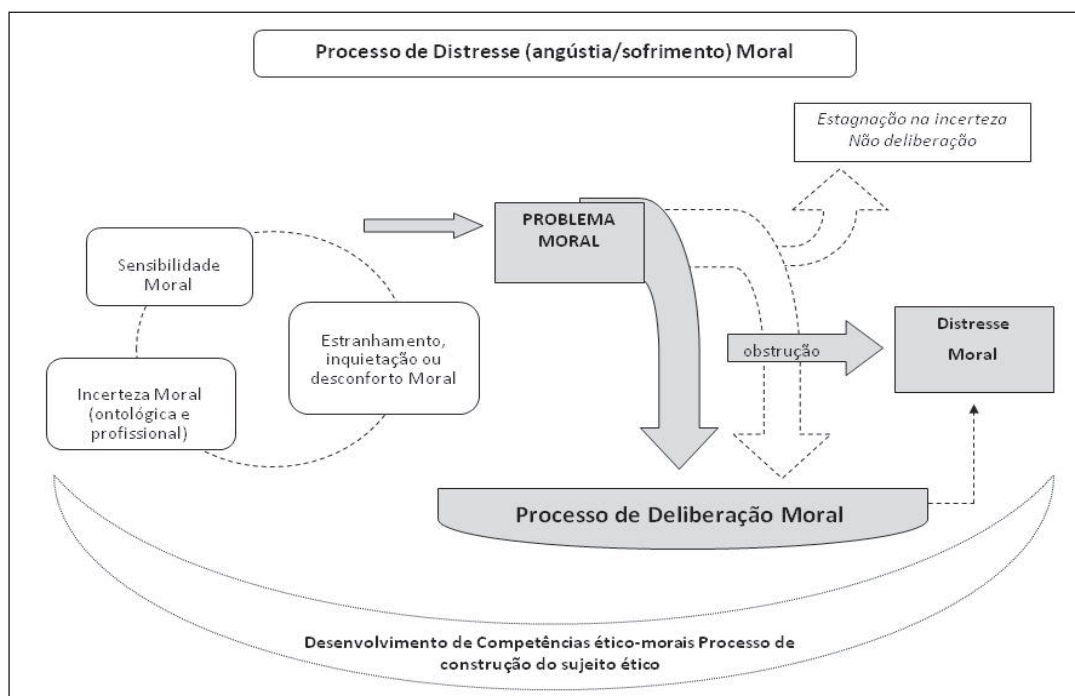


Figura 1 - Matriz esquemática - Marco conceitual para a análise do processo de distresse moral. Florianópolis-SC, Brasil, 2015

A noção de problema moral é o ponto de partida ou elemento central do processo de *distresse* moral. Não há decisão moral quando o sujeito não é colocado frente a um problema que lhe exige posicionamento. E não há sofrimento moral se esta decisão se concretiza e produz os efeitos esperados. Problema é o que mobiliza a reflexão moral, o que faz o sujeito questionar a situação e a si mesmo, o que exige mais do que a ação treinada, confiável e tecnicamente correta. O problema moral surge quando a confiança é frágil, quando a regra instituída e a ação rotinizada não respondem sobre as escolhas a serem feitas e, também, quando estas escolhas remetem a valores pessoais e profissionais, muitas vezes conflitantes entre os atores envolvidos.

O problema moral, como objeto de reflexão do sujeito, não é algo posto independente de quem o percebe. Um fato ou questão pode ser considerado problema moral por uns e sequer ser notado por outros. Para que um problema moral seja visível é necessária a sensibilidade moral, como uma capacidade de percepção diferenciada, um refinamento, educação ou instrumentalização da percepção. Assim, como o exercício de observar desenvolve o observador e suas observações, a sensibilidade que se volta para questões morais é exercitada, promovida, ampliada pela experiência. O que não quer dizer que todo tipo de experiência ou o mero acúmulo ou tempo de vida determinem maior sensibilidade moral, mas a experiência moral na perspectiva foucaultiana já apontada, de práticas refletidas sobre si mesmo. Isso implica no reconhecimento não apenas do outro, mas do que constitui a si e ao outro, das formas de agir, pensar e ser, construídas no interior de uma cultura, de conhecimentos, normas e instituições.

A sensibilidade moral já vem sendo reportada por enfermeiros como um atributo positivo ou habilidade para reconhecer um problema ético ou a dimensão ética de uma situação, mesmo quando não há um conflito aparente. Inclui a compreensão contextual e intuitiva da vulnerabilidade do paciente, além das consequências éticas de qualquer decisão tomada em seu nome, daí ser pré-requisito para a decisão adequada e conduta engajada eticamente.³⁰

Sensibilidade ética também foi definida como aquilo que permite que profissionais reconheçam, interpretem e respondam adequadamente às preocupações daqueles que recebem serviços profissionais. Pesquisa em 200 artigos e livros que adotaram o conceito em 12 diferentes disciplinas, entre as quais Enfermagem, Medicina, Psicologia, Bioética, Direito e Filosofia, revelou precondições, atributos e resultados como dimensões do conceito.

Assim, na prática profissional a sensibilidade ética se desenvolve em contextos de incerteza, sofrimento e vulnerabilidade do cliente através de relações de receptividade, responsividade e coragem por parte dos profissionais (precondições do cliente e do profissional); tendo como seus atributos a percepção moral, a afetividade e a tensão/ponderação entre questões (lealdades). Já resultados da sensibilidade ética se referem à integridade da tomada de decisões, o conforto e o bem-estar, a auto transcendência e o crescimento profissional.³¹

No presente modelo a sensibilidade moral ou ética é tomada como elemento indispensável para que um problema moral seja percebido e tornado objeto de indagação e crítica. Neste aspecto não difere da conceituação adotada em estudos internacionais, quando foi introduzido como conceito pertinente à ciência do cuidado, para descrever o primeiro componente de tomada de decisão na prática profissional, o reconhecimento e interpretação da dimensão ética de uma situação de cuidado ou, como um tipo de sabedoria prática.³¹ No entanto, a perspectiva aqui adotada não explora atributos ou resultados da sensibilidade moral, pois esta se insere no construto de sofrimento moral, em suas relações com a deliberação moral e o processo de desenvolvimento de competências morais, nos quais tais aspectos são explorados, mas não como dimensões exclusivas à sensibilidade.

Interessa pontuar que a sensibilidade moral é dinâmica, em desenvolvimento e relacionada à incerteza e ao desconforto moral. A incerteza moral pode ser considerada tanto do ponto de vista ontológico, como característica da racionalidade e vida humana quaisquer que sejam suas circunstâncias, enquanto a incerteza profissional se refere à insuficiência dos saberes e as circunstâncias do trabalho profissional que impõem lidar com a pluralidade de valores, metas e interpretações dadas a estas mesmas circunstâncias e atos. A incerteza é positiva e produtiva, pois estimula a sensibilidade e a consciência dos próprios limites; é avessa à convicção e ao conforto, que eliminam a dúvida e a abertura à outras perspectivas e possíveis respostas. Daí que também o desconforto moral é visto em sua produtividade, como elemento de inquietação e desacomodação em relação às práticas habituais e/ou de estranhamento em relação à fatos, posições, atitudes ou modos de agir.

Outra diferenciação importante, presente na literatura, se dá entre dilema moral, incerteza moral e *distresse* moral. No dilema moral o foco reside na indecisão ante um conflito de valores. Ou seja,

numa determinada situação há mais de uma decisão correta a tomar, mas ao decidir por uma das alternativas a outra será, obrigatoriamente, anulada. A incerteza moral, por sua vez, é entendida como a insegurança quanto à moralidade da ação realizada, ou dificuldade em definir uma ação como correta ou não.^{2,32-33} Já no distresse moral o foco se desloca da indecisão ou dúvida para a impossibilidade ou bloqueio da ação correta ou desejada pelo sujeito.

Embora estes autores não tenham se proposto a diferenciar claramente dilema e incerteza moral, aqui são consideradas algumas ponderações sobre o uso destes termos. Inicialmente, entende-se que apesar da abordagem dilemática ter adquirido notoriedade, especialmente com as discussões bioéticas, ela é insuficiente para tratar grande parte das questões morais da prática em saúde. Isto porque dilema designa uma escolha entre duas únicas alternativas e, neste caso, ficam excluídos inúmeros desafios que, antes de dilemáticos se apresentam como problemáticos, ou seja, apontam para diversas possibilidades ou cursos de ação, tão ampliadas quanto às bases para fundamentar os juízos morais que por eles são mobilizados.

Em síntese, pelo exposto até aqui, o construto de distresse moral passa a ser considerado em uma conotação processual, denominado processo de distresse moral. Como processo é articulado à dinâmica de desenvolvimento das competências ético-morais ao longo de toda a existência e, portanto, em estrita relação com a incerteza moral como inerente à condição humana e a vida social (ontológica) e ao exercício profissional. Faz parte da construção social dos sujeitos o enfrentamento de desafios que requerem posicionamentos ético-morais, sendo a incerteza um elemento mobilizador e desencadeador destes enfrentamentos. Nesta dinâmica os sujeitos desenvolvem a sensibilidade moral, ou condições para perceberem o conteúdo moral de ações, fatos e pensamentos cotidianos, podendo tal percepção ser acompanhada ou alimentada por sentimentos mais ou menos intensos de estranhamento, inquietação ou desconforto moral. Tais sentimentos não estão, necessariamente, vinculados a efeitos negativos ou desagradáveis sobre o sujeito, mas são vistos em sua produtividade, como condições para a reflexão e deliberação moral e, sobretudo, dando visibilidade aos problemas morais que, de outra forma, poderiam permanecer ocultos ou estranhos à experiência pessoal.

A partir da constatação de problemas morais este modelo produz derivações para outros conceitos ou elementos, seguindo o próprio encadeamento

do processo. O problema moral pode mobilizar para, pelo menos, três possíveis trajetórias (representado nas três setas da Figura 1): a estagnação na incerteza, quando o processo de deliberação não se desenvolve e não ocorre o posicionamento ético-moral, ou enfrentamento do problema; o processo de deliberação moral em sua completude, o que inclui os momentos ou ações de reunir informações significativas, esboçar alternativas, revisar critérios e tomar a resolução, afirmar a posição e agir, avaliar a decisão tomada (segundo modelo clássico na Enfermagem, de 1985); a incompletude da deliberação moral por entraves ou obstáculos para que a decisão ou curso de ação eleito se concretize e o profissional possa agir conforme seu juízo moral. Este último caso é o que melhor corresponde ao conceito de distresse moral apresentado na literatura, conforme já abordado.³⁴

Para o estudo do processo de distresse moral agrega-se, então, o conceito de processo de deliberação moral, como um método da razão prática, bastante aplicado ao campo da bioética, especialmente na bioética clínica. Apesar de diferentes métodos propostos para orientar a análise moral, todos buscam promover o estudo racional, sistemático e objetivo dos conflitos morais que emergem nas práticas de cuidado ou em comitês específicos. Como ferramenta para que os resultados da decisão sejam os mais corretos tais métodos não prescindem de treinamento e discussão, uma vez que, pelo menos em algumas vertentes, a própria deliberação moral implica na relação de diferentes envolvidos que visam uma solução compartilhada, pautados pela prática do diálogo, da não coerção, da crítica e abertura para mudar visões e posições.³⁵

Estudo³⁵ que propôs método para análise de casos de infração ética por parte de profissionais de enfermagem concluiu que o modelo que emergiu dos discursos e práticas expressos neste tipo de processo ético apresentou muita coerência com os métodos propostos por diferentes bioeticistas norte americanos e europeus, inclusive com o modelo divulgado por estudiosos da Enfermagem. O modelo chamado de MORAL (mnemônico),³⁴ alia o processo de enfermagem aos princípios da ética biomédica, para o esclarecimento de problemas éticos relacionados a conflitos, produzindo novos discernimentos, obrigações e deveres. Seus componentes são: M (*massage the dilemma*) – Massagear o dilema. Reunir informações significativas e definir o que estará envolvido no processo decisório; O (*outline options*) – Esboçar opções ou identificar alternativas, causas e consequências de cada uma; R (*review criteria and resolve*) – Revisar critérios e tomar a resolução. Iden-

tificar e analisar os critérios morais, para seleção dos mais congruentes com o caso; A (*affirm position and act*) – Afirmar a posição e agir, incluindo (ACT), A de antecipar as objeções e obstáculos à ação, C de clarificar a posição e planejar respostas às objeções e obstáculos, T de testar a escolha; L (*look back*) – Olhar para trás, ou seja, avaliar a decisão tomada.

É possível e não contraditório assumir a similaridade entre a concepção amplamente referendada de distresse moral e a que o considera um obstáculo ou entrave ao processo de deliberação moral. São similares por terem em comum a sua base na experiência singular e na consciência sobre a ação eticamente adequada, na interveniência de um impedimento ou obstáculo, seja **por** restrição interna, externa ou conflito com outras pessoas, que produz impotência e incapacidade de agir conforme sua decisão.

O que se evidencia é que tal impossibilidade interrompe o curso do processo de deliberação moral, exatamente no momento de tomar posição e agir, tornando o processo inconcluso (não chegou ao seu objetivo), estéril (não levou a nada) ou, até, afrontoso para o profissional (produziu efeito indevido, ofensivo e moralmente incorreto). Ou seja, assume-se uma nova noção de processo de distresse moral, complementar ao conceito clássico, em que este passa a ser visto como um entrave à conclusão satisfatória ou alcance da finalidade do processo de deliberação moral, que produz no sujeito as consequências apontadas pelos autores já apresentados. Esta é a concepção similar ou aproximada à exposta na literatura, representada na figura 1 pela seta maior pontilhada, atravessada pela seta de obstrução.

O que se adiciona neste marco é a possibilidade de pensar que também pode ocorrer distresse em momento posterior, após a ação tomada e o curso desejado ter se concretizado, mas ainda dentro do processo de deliberação moral; especificamente na etapa de avaliação, quando se considera o alcance e resultados efetivamente obtidos, numa perspectiva de maior afastamento e de reflexão crítica sobre a deliberação moral desenvolvida. Ora, até aqui não foi abordado, tampouco a maioria dos estudos aborda, a qualidade do processo de deliberação.

Ao final do processo é possível avaliar o processo de deliberação moral sob o prisma de diversos questionamentos: se a ação tomada foi coincidente com as posições assumidas inicialmente; se concepções e posições foram modificadas durante o processo; se ocorreu a relativização de convicções e bases anteriores; se foi ampliada a perspectiva sobre o problema; se houve discussão racional entre diferentes envolvidos; se foi produzida uma justifi-

cação moral consistente; se a força da argumentação foi mantida na avaliação retrospectiva ou se outros argumentos ganharam mais força; se foi promovida a capacidade de julgamento ético, entre outras.

Estes questionamentos podem conduzir a uma avaliação negativa do processo e ou de seus resultados, mesmo quando tenha prevalecido a posição ou curso de ação anteriormente definido pelo profissional. Esta foi uma lacuna ou risco já reportado,²⁶ quando se desconsidera que os juízos das enfermeiras podem ser equivocados, baseados em convicções arraigadas, interesses, sentimentos e crenças, ou não submetidos à crítica. Pelo ângulo aqui assumido, o processo de deliberação moral pode estar comprometido em seus supostos de fundamentação, dialogicidade e abertura, tendo sua qualidade e finalidade prejudicada. Nestes casos, caso ocorra uma avaliação eticamente responsável e crítica, poderia advir o sofrimento moral, não por impedimento à ação, mas pela consciência de erro no julgamento realizado?

Há de se refletir se este prisma indicaria uma complementação ao construto de distresse moral, ou a necessidade de um novo conceito. Como aqui se defende a noção de processo e não simples ocorrência de distresse moral, caberia incluir este tipo de relação com a deliberação moral – na situação de equívoco, insuficiência ou não alcance dos resultados esperados. Seria a possibilidade de encarar o resultado não esperado em sua positividade para o desenvolvimento de competências morais. Seria como admitir que, mesmo guiada pela meta final da mais correta ação moral – intrínseca à prática de excelência, uma vez que a ação seja, *post-facto*, reavaliada como a não melhor alternativa de condução do problema, que possa ser objeto de reflexão e aprimoramento de processos futuros. Se entendido como distresse moral, ocorrido por outra via e em outro momento do processo de deliberação, retomasse o anunciado quanto à perspectiva foucaultiana da ética – o sentido produtivo do sofrimento moral, quando este íntegra a experiência de si na construção do sujeito ético.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A este tipo de estudo não se aplicam conclusões, mas apenas indicações para futuros aprofundamentos, que possam contemplar questões apontadas sobre a aplicabilidade e limites do construto de distresse moral, os avanços e lacunas já relatadas em pesquisas em diferentes países e cenários de trabalho do enfermeiro.

Foi possível explorar as principais expressões do distresse moral, incluindo o empreendimento de pesquisadores brasileiros, mas ainda precisam ser desenvolvidos modelos teóricos que apoiem a análise do objeto em sua complexidade e sob novas perspectivas. Subsídios como os apresentados no presente estudo só tem sentido se tomados como exercício permanente de crítica aos referenciais e modelos existentes, de modo a promover nova fase de pesquisas, com sustentações teóricas e metodológicas atualizadas às novas necessidades do campo de conhecimento da Enfermagem.

A busca por consistência conceitual não pode ser abandonada, nem em nome das demandas por conhecer as variadas e singulares formas de manifestação do distresse moral, nem em nome da provisoriedade das proposições ou da complexidade da tarefa.

O marco conceitual delineado avançou ao abordar o distresse moral como processo que articula variados conceitos ou momentos da experiência moral, como o de sensibilidade moral e deliberação moral. Além disso, cabe considerar que os diferentes conceitos associados nesta matriz possuem profunda implicação com o desenvolvimento de competências morais, hoje evidenciadas no discurso pedagógico e profissional, como desenvolvimento contínuo ao longo da vida e do trabalho e como requisitos à boa prática profissional. Ao mesmo tempo, outros enfoques possíveis devem ser utilizados, como de uma base filosófica que articule tais experiências morais ao processo de construção do sujeito ético.

O potencial deste tipo de estudo reside na impulsionamento da crítica acerca do uso de conceitos e referenciais que ajudam a compreender os problemas da prática profissional e que, de alguma forma pode embasar a necessária reflexão do sujeito ético sobre seu próprio saber e ação.

REFERÊNCIAS

- Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.
- Jameton A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*. 1993; 4(4):542-51.
- Epstein EG, Delgado S. Understanding and addressing moral distress. *Online J Issues Nurs* [online]. 2010 [cited 2014 Fev 02]; 15(3):25-34. Available from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Courage-and-Distress/Understanding-Moral-Distress.html>
- Hardingham LB. Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community. *Nurs Philos*. 2004 Jul; 5(2):127-34.
- 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(1):599-603.
- Barlem ELD, Ramos FRS. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics*. 2015 Aug [cited 2015 Jun 27]; 22(5):608-15. Available from: <http://nej.sagepub.com/content/early/2014/10/31/0969733014551595>
- Hamric AB, Davis WS, Childress MD. Moral distress in health care professionals. *Pharos*. 2006; 69(1):16-23.
- Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 2002; 9(6):636-50.
- Hanks RG. The lived experience of nursing advocacy. *Nurs Ethics*. 2008; 15(4):468-77.
- Mitton C, Peacock S, Storch J, Smith N, Cornelissen E. Moral distress among health system managers: exploratory research in two British Columbia health authorities. *Health Care Anal*. 2011; 19(1):107-21.
- Gaudine AP, Beaton MR. Employed to go against one's values: nurse managers' accounts of ethical conflict with their organizations. *Can J Nurs Res*. 2002; 34(2):17-34.
- Mccarthy J, Gastmans C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics*. 2015; 22(1):131-52
- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*. 2005; 12(4):381-90.
- Cohen JS, Erikson JM. Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs*. 2006 Dec; 10(6):775-80.
- Mekechuk J. Moral distress in the pediatric intensive care unit: the impact on pediatric nurses. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2006; 19(4-5):i-vi.
- Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs Ethics*. 2010; 17(6):726-40.
- Edmonson C. Moral courage and the nurse leader. *Online J Issues Nurs* [online]. 2010 [cited 2014 Set 21]; 15(3):5-30. Available from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Courage-and-Distress/Moral-Courage-for-Nurse-Leaders.html>
- AFT SLK. *Moral distress in medical surgical nurses* [thesis]. Cullowhee (US): Western Carolina University; 2011.
- Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Almeida AS, Hirsch CD. Psychometric characteristics of the Moral Distress Scale in Brazilian nursing professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2014 [cited 2015 Jun 27]; 23(3):563-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000300563&script=sci_arttext

20. Barlem ELD, Lunardi VL, Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi GL, Lunardi Filho WD, Schwonke CRGB. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2):506-10.
21. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(1):293-9.
22. 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.
23. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers?. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(1):35-42.
24. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Silveira RS, Barlem ELD. Nurses, nursing technicians and assistants: who experiences more moral distress? *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(3):521-9.
25. Musto LC, Rodney PA, Vanderheide R. Toward interventions to address moral distress: navigating structure and agency. *Nurs Ethics*. 2015; 22(1):91-102.
26. Johnstone MJ, Hutchinson A. 'Moral distress' - time to abandon a flawed nursing construct? *Nurs Ethics*. 2015 Feb; 22(1):5-14.
27. Kant I. *Sobre a pedagogia*. 3ª ed. Piracicaba (SP): UNIMEP; 2002.
28. Foucault M. O sujeito e o poder In: Rabinow P, Dreyfus H. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2012. p. 231-49.
29. Foucault M. O uso das prazeres a as técnicas de si. In: Foucault M. *Ética, política, sexualidade*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Univesitaria; 2010. p.192-217.
30. Huang FF, Yang Q, Zhang J, Khoshnood K, Zhang JP. Chinese nurses' perceived barriers and facilitators of ethical sensitivity. *Nurs Ethics* [internet]. 2015 Mar 29 [cited 2015 Jun 28]. pii: 0969733015574925. Available from: <http://nej.sagepub.com/content/early/2015/03/27/0969733015574925>
31. Weaver K, Morse J, Mitcham C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008 Jun; 62(5):607-18.
32. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001 Jan; 33(2):250-6.
33. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs*. 2005 Sep-Oct; 24(5):229-41.
34. Crisham P. Moral: how can I do what's right? *Critical Care Management Edition*. *Nurs Manage*. 1985; 16(3):42A-42N.
35. Schneider DG, Ramos FR. Moral deliberation and nursing ethics cases: Elements of a methodological proposal. *Nurs Ethics*. 2012; 19(1):764-76.

Correspondência: Flávia Regina Souza Ramos
Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento de Enfermagem
88040-900 - Campus Trindade Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: flavia.ramos@ufsc.br

Recebido: 27 de agosto de 2015
Aprovado 08 de dezembro de 2015