MARCOS LIBONI

A estrutura da sensibilidade moral dos psiquiatras do Brasil

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
Título de Doutor em Ciências

Área de Concentração:
Fisiopatologia Experimental

Orientador:
Prof. Dr. Claudio Cohen

**SÃO PAULO
2005**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Liboni, Marcos

A estrutura da sensibilidade moral dos psiquiatras do Brasil / Marcos
Liboni. -- São Paulo, 2005.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental.

Orientador: Claudio Cohen.

Descritores: 1.BIOÉTICA 2.ÉTICA MÉDICA 3.MORAL
4.ESCALAS 5.SAÚDE MENTAL 6.DESENVOLVIMENTO
MORAL

USP/FM/SBD-154/05

Dedicatória

À minha querida esposa Renata,
pelo carinho, companheirismo e afeto com que tem
me acompanhado e estimulado nesta caminhada
e na minha vida; um amor singelo e profundo.

Ao meu filho Augusto,
realização de um sonho, uma vida em crescimento
e desenvolvimento; um amor eterno.

Aos meus pais, Sidnei e Áurea,
pessoas de grande coração, amor e de um altíssimo refinamento
moral e ético, fundamentais na minha formação como pessoa humana.

À Neusa,
minha segunda mãe, pessoa abnegada
e de afeto; obrigado pelo carinho.

Aos meus irmãos Márcio (meu irmão gêmeo)
e Fernanda,
pela união e companheirismo em
todas as horas e caminhadas.

Aos meus pacientes,
pessoas que sofrem, buscam entendimento nas suas angústias
e que, de forma nobre, sempre contribuíram
para a minha vida profissional.

Aos colegas médicos psiquiatras
que participaram desta pesquisa.

Agradecimentos

Agradeço especialmente ao meu orientador,
Prof. Dr. Claudio Cohen,
pessoa com quem a minha identificação
foi e é muito grande.
Obrigado pela oportunidade e estímulo bioético
nesta caminhada pela busca da minha autonomia.

Aos professores e colegas
Prof. Ms. Heber O. Vargas Júnior
e Profa. Dra. Sandra O. Vargas Nunes,
pela apresentação a mim do fantástico universo
da psiquiatria, desde a minha graduação, e pelo apoio
e estímulo ao meu crescimento profissional e intelectual.

Aos meus professores de Bioética,
em especial ao Prof. Dr. José Eduardo de Siqueira,
um sábio no estímulo e reflexão pela justiça
e respeito pela integridade humana.

Às Profas. Dras. Clarice Gorenstein e Tiemi Matsuo
pelo apoio, acolhimento e orientação em uma das fases
mais difíceis da execução deste trabalho;
obrigado pela sensibilidade e profissionalismo.

Aos meus colegas de Residência Médica do
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
em especial meu amigo Miguel Ângelo Boarati,
pessoa de sensibilidade e amizade imprescindível
nas horas mais difíceis.

À secretária da pós-graduação do
Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo, Eliza Fukushima,
pelo acolhimento, interesse e apoio mais do que profissional.

A todos aqueles que,
de forma direta ou indireta,
me estimularam e colaboraram para
a execução desta pesquisa.

Agradeço especialmente à
Fundação de Amparo à Pesquisa do
Estado de São Paulo (FAPESP)
pelo apoio financeiro fundamental a esta pesquisa,
contemplada pelo auxílio-pesquisa n° 02/02405-3 em 2002.

Esta tese está de acordo com:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação.

Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

RESUMO

SUMMARY

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO PRINCIPAL.....	9
2.2 OBJETIVOS COMPLEMENTARES.....	9
3 MARCOS TEÓRICOS	10
3.1 BREVE ABORDAGEM SOBRE A BIOÉTICA NA MEDICINA	11
3.2 O JUÍZO MORAL E A CAPACIDADE DE TOMAR DECISÕES MORAIS	20
4 O QUESTIONÁRIO DE SENSIBILIDADE MORAL	36
4.1 A BASE ESTRUTURAL DA SENSIBILIDADE MORAL	38
4.2 A SENSIBILIDADE MORAL E OS CONFLITOS MORAIS	42
4.3 A PERCEPÇÃO DO CONFLITO MORAL	44
4.4 O CONHECIMENTO DA SITUAÇÃO MORAL	45
4.5 O JULGAMENTO MORAL DAS SITUAÇÕES	46
4.6 A BENEVOLÊNCIA EXPRESSA.....	48
4.7 OS CONFLITOS MORAIS NA RELAÇÃO	51
4.8 O SIGNIFICADO MORAL, A AUTONOMIA, O RESPEITO PELA TÉCNICA E A ORIENTAÇÃO PELO RELACIONAMENTO	52
4.9 A CONSTRUÇÃO DO “THE MORAL SENSITIVITY QUESTIONNAIRE” A PARTIR DO “THE MORAL SENSITIVITY TEST”	54
5 MÉTODOS	61
5.1 LOCAL DO ESTUDO	62

5.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA	62
5.3 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA	62
5.4 A POPULAÇÃO DO ESTUDO E A CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	62
5.4.1 DEMOGRAFIA	65
5.4.2 TRABALHO E FORMAÇÃO ACADÊMICA	67
5.4.3 RELIGIÃO.....	73
5.5 A BASE DOS DADOS	77
5.6 A COLETA DOS DADOS	78
5.7 METODOLOGIA DA ANÁLISE ESTATÍSTICA	79
6 ÉTICA	83
7 RESULTADOS	85
7.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA.....	86
7.2 A COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO DE CADA QUESTÃO DO QSM COM AS VARIÁVEIS PESQUISADAS	90
7.2.1 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO DE CADA QUESTÃO DO QSM COM O SEXO DOS PARTICIPANTES	92
7.2.2 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO DE CADA QUESTÃO DO QSM COM A RAÇA DOS PARTICIPANTES	94
7.2.3 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO DE CADA QUESTÃO DO QSM COM O ESTADO CIVIL DOS PARTICIPANTES	95
7.2.4 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO DE CADA QUESTÃO DO QSM COM AS DIFERENTES OPÇÕES RELIGIOSAS DOS PARTICIPANTES	98
7.2.5 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO DE CADA QUESTÃO DO QSM COM A RESIDÊNCIA MÉDICA COMO FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES	102
7.2.6 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO DE CADA QUESTÃO DO QSM COM O TIPO DE PRÁTICA PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES	103
7.2.7 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO DE CADA QUESTÃO DO QSM COM A IDADE DOS PARTICIPANTES	104
7.2.8 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO DE CADA QUESTÃO DO QSM COM O TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES	110

7.3 A COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO TOTAL DAS DIMENSÕES DO QSM COM AS VARIÁVEIS PESQUISADAS	117
7.3.1 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO TOTAL DAS DIMENSÕES DO QSM COM O SEXO DOS PARTICIPANTES	117
7.3.2 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO TOTAL DAS DIMENSÕES DO QSM COM A RAÇA DOS PARTICIPANTES	119
7.3.3 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO TOTAL DAS DIMENSÕES DO QSM COM O ESTADO CIVIL DOS PARTICIPANTES	122
7.3.4 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO TOTAL DAS DIMENSÕES DO QSM COM A RELIGIÃO DOS PARTICIPANTES	126
7.3.5 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO TOTAL DAS DIMENSÕES DO QSM COM A RESIDÊNCIA MÉDICA COMO FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES	129
7.3.6 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO TOTAL DAS DIMENSÕES DO QSM COM O TIPO DE PRÁTICA PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES	130
7.3.7 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO TOTAL DAS DIMENSÕES DO QSM COM A IDADE DOS PARTICIPANTES	132
7.3.8 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO TOTAL DAS DIMENSÕES DO QSM COM O TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES	138
8 DISCUSSÃO	149
9 CONCLUSÕES	181
ANEXOS	
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA A TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO	184
ANEXO B – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELA CAPPESQ – HCFMUSP	185
ANEXO C – THE MORAL SENSITIVITY TEST (35 ITEM VERSION)	186
ANEXO D – THE MORAL SENSITIVITY QUESTIONNAIRE	188
REFERÊNCIAS	193
APÊNDICES	

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Brasil. População residente por sexo segundo região. Período: Set/2003	65
TABELA 2	Brasil. População residente por situação segundo capitais/DF e região. Período: 2003	66
TABELA 3	Brasil. Médicos ativos no brasil e percentual segundo distribuição entre capitais dos estados/DF e interior	67
TABELA 4	Brasil. Distribuição da população residente segundo a preferência religiosa. Ano de 2000	77
TABELA 5	Demografia e epidemiologia dos participantes	89
TABELA 6	Média e desvio padrão das respostas por questão	90
TABELA 7	Idade dos participantes. Nova categorização	91
TABELA 8	Tempo de experiência profissional. Nova categorização	91
TABELA 9	Tipo de prática profissional. Nova categorização	92
TABELA 10	Comparação das respostas das questões com o sexo dos participantes	93
TABELA 11	Comparação das respostas das questões com a raça dos participantes	94
TABELA 12	Comparação das respostas das questões com o estado civil dos participantes	96
TABELA 13	Comparação das respostas das questões com a opção religiosa dos participantes	99
TABELA 14	Comparação das respostas das questões com a residência médica como formação profissional dos participantes	102

TABELA 15	Comparação das respostas das questões com o tipo de prática na psiquiatria dos participantes	103
TABELA 16	Comparação das respostas das questões com a idade dos participantes	105
TABELA 17	Comparação das respostas das questões com o tempo de experiência profissional dos participantes	111
TABELA 18	Distribuição percentual das respostas dos médicos psiquiatras brasileiros em cada dimensão do questionário de sensibilidade moral	117
TABELA 19	Comparação das respostas das dimensões com o sexo dos participantes	118
TABELA 20	Comparação das respostas das dimensões com a raça dos participantes	119
TABELA 21	Comparações múltiplas entre as variáveis de raça e a dimensão respeito pela integridade do paciente	121
TABELA 22	Comparação das respostas das dimensões com o estado civil dos participantes	123
TABELA 23	Comparações múltiplas entre as variáveis do estado civil e a dimensão respeito pela integridade do paciente	125
TABELA 24	Comparação das respostas das dimensões com a opção religiosa dos participantes	127
TABELA 25	Comparação das respostas das dimensões com a residência médica como formação profissional dos participantes	129
TABELA 26	Comparação das respostas das dimensões com o tipo de prática na psiquiatria dos participantes	131
TABELA 27	Comparação das respostas das dimensões com os intervalos de idade dos participantes	133

TABELA 28	Comparações múltiplas entre as diferentes idades e a dimensão respeito pela integridade do paciente	135
TABELA 29	Comparações múltiplas entre as diferentes idades e a dimensão experiência de conflitos morais	137
TABELA 30	Comparação das respostas das dimensões com o tempo de experiência profissional dos participantes	139
TABELA 31	Comparações múltiplas entre o tempo de experiência profissional e a dimensão benevolência expressa	141
TABELA 32	Comparações múltiplas entre o tempo de experiência profissional e a dimensão respeito pela integridade do paciente	143
TABELA 33	Comparações múltiplas entre o tempo de experiência profissional e a dimensão experiência de conflitos morais	144
TABELA 34	Comparações múltiplas entre o tempo de experiência profissional e a dimensão respeito pelas regras na prática diária	146
TABELA 35	Comparações múltiplas entre o tempo de experiência profissional e a dimensão orientação pela prática profissional	147

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Comparações múltiplas entre a raça dos participantes e a dimensão respeito pela integridade do paciente	121
FIGURA 2	Comparações múltiplas entre o estado civil dos participantes e a dimensão orientação profissional pelo relacionamento	126
FIGURA 3	Comparações múltiplas entre a idade dos participantes e a dimensão respeito pela integridade do paciente	136
FIGURA 4	Comparações múltiplas entre a idade dos participantes e a dimensão experiência de conflitos morais	137
FIGURA 5	Comparações múltiplas entre tempo de experiência profissional dos participantes e a dimensão benevolência expressa	142
FIGURA 6	Comparações múltiplas entre tempo de experiência profissional dos participantes e a dimensão respeito pela integridade do paciente	143
FIGURA 7	Comparações múltiplas entre tempo de experiência profissional dos participantes e a dimensão conflitos morais na prática diária	145
FIGURA 8	Comparações múltiplas entre tempo de experiência profissional dos participantes e a dimensão respeito pelas regras na prática diária	146
FIGURA 9	Comparações múltiplas entre tempo de experiência profissional dos participantes e a dimensão orientação pelo relacionamento profissional	148

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
CAPPesq-HCFMUSP	Comissão de ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
CFM	Conselho Federal de Medicina
DF	Distrito Federal
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
INTERNET	Rede Mundial de Computadores
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MSQ	Moral Sensitivity Questionnaire
MST	Moral Sensitivity Test
NLM	National Library of Medicine (MEDLINE)
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
QSM	Questionário de Sensibilidade Moral
TDS	Teste de Definições de Situações
TDE	Teste de Dilemas de enfermagem
TSM	Teste de Sensibilidade Moral

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
CAPPesq-HCFMUSP	Comissão de ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
CFM	Conselho Federal de Medicina
DF	Distrito Federal
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
INTERNET	Rede Mundial de Computadores
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MSQ	Moral Sensitivity Questionnaire
MST	Moral Sensitivity Test
NLM	National Library of Medicine (MEDLINE)
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
QSM	Questionário de Sensibilidade Moral
TDS	Teste de Definições de Situações
TDE	Teste de Dilemas de enfermagem
TSM	Teste de Sensibilidade Moral

RESUMO

LIBONI, M. **A Estrutura da sensibilidade moral dos psiquiatras do Brasil.** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 204p.

INTRODUÇÃO: A importância da bioética tem uma demanda importante na prática médica e é muito pouco discutida na psiquiatria. Antes de se pensar o panorama bioético do paciente e do contexto de tratamento, deve-se avaliar a postura bioética do profissional envolvido na relação médico-paciente. Como em outras áreas da psicologia e da psiquiatria, o uso de instrumentos de avaliação de atitudes tem se mostrado útil na discussão de várias situações e comportamentos. No campo da relação médico-paciente na psiquiatria, o Questionário de Sensibilidade Moral (QSM), uma escala dimensional com respostas tipo Likert sobre questões éticas (divididas em 6 dimensões propostas para a sensibilidade Moral) na enfermagem e na psiquiatria, mostra-se como um instrumento específico e útil na investigação das atitudes morais do médico.

OBJETIVOS: Conhecer a estrutura da sensibilidade moral dos médicos psiquiatras do Brasil. Descrever o panorama das variáveis epidemiológicas e demográficas da população estudada. Investigar as relações de algumas variáveis epidemiológicas (demográficas e culturais) com a estrutura da sensibilidade moral dos médicos psiquiatras do Brasil.

MÉTODOS: Comparar estatisticamente os resultados das dimensões da escala com as variáveis epidemiológicas colhidas no momento da avaliação.

RESULTADOS: Foram avaliados 522 médicos psiquiatras do Brasil. As variáveis epidemiológicas investigadas foram: a idade, com média de 49 anos, a raça (brancos, 91,60%), o sexo (homens, 65,70%) e o estado civil (casados, 64,00%). Os psiquiatras também foram avaliados com relação a outros aspectos, a saber: religião (católicos, 44,40%), ter feito ou não residência médica (sim, 75,10%), tipo de prática na psiquiatria (mais que 1 atividade, 86,20%) e tempo de prática profissional (21,3 anos).

DISCUSSÃO: Houve a concordância total com as dimensões da Sensibilidade Moral como autonomia, respeito pela integridade e relacionamento interpessoal; concordância parcial na benevolência e respeito às regras, e forte discordância na experiência de conflitos éticos. As variáveis demográficas que tiveram relação estatisticamente significativa com as dimensões e questões da escala foram: idade, cor da pele, sexo, estado civil, religião, residência médica como formação profissional, tempo de experiência profissional e tipo de prática na psiquiatria.

CONCLUSÃO: O QSM mostrou ser útil como escala de avaliação moral da prática médica psiquiátrica no Brasil. A estrutura da sensibilidade moral dos médicos psiquiatras brasileiros sofre múltiplas influências em sua relação com elementos epidemiológicos, demográficos e culturais.

DESCRITORES: Bioética. Ética médica. Moral. Escalas. Saúde mental. Desenvolvimento moral.

SUMMARY

LIBONI, M. **Moral sensitivity framework on Brazilian psychiatry.** [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 204p.

INTRODUCTION: Despite the importance of Bioethics in all fields of medical sciences, it does not receive enough attention, mainly in psychiatry. Before considering the most appropriate approach to treatment, any physician must focus on its bioethical medical-patient relationship. Like other neuroscience areas such as psychology, the use of instruments that evaluate the phenomenology of attitudes have proved to be necessary in many discussions that involve behavior. In regard to the relationship between physician and his patient, the Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ), a Likert-type scale with 30 questions concerning 6 dimensions of moral sensitivity in psychiatric practice, has shown itself to be a specific and good self-evaluation instrument that can be used in the investigation of psychiatrists' moral sensitivity attitudes.

OBJECTIVE: To know the Brazilian Psychiatrists' Moral Sensitivity framework; and to describe the epidemiology and demographics of the population studied and to investigate some relations within these variables with the Psychiatrists' Moral Sensitivity. **METHODS:** The results and scale domains were compared statistically using the epidemiological variables mentioned in the questionnaire.

RESULTS: A number of 522 Brazilian psychiatrists were evaluated. The epidemiological variables were age (average of 49 years old), race (91,60% were white), sex (65,70% were men), and marital status (64,00% were married). The psychiatrists were also evaluated concerning other aspects, namely: religion (44,40% were Catholic), status of medical residency as field of training (75,10% had academic residency training), type of professional practice (86,20% had more than one practice field in psychiatry) and length of professional practice (average 21,3 years).

DISCUSSION: There was a total agreement in the moral dimensions mentioned in autonomy, respect for integrity and interpersonal relationship. A partial concordance was achieved in benevolence and rules. A strong disagreement was shown in experiencing medical conflicts. The epidemiological variables that were strongly related to the scale dimensions were age, religion, medical residency, length of professional experience and the type of psychiatric practice. **CONCLUSION:** The QSM has shown to be useful as a bioethical tool in the field of investigation of Brazilian Psychiatrists' Moral Sensitivity. It was also viewed that the Brazilian Psychiatrists' Moral Sensitivity framework can be influenced by epidemiological, demographic and cultural factors.

KEYWORDS: Bioethics. Medical ethics. Moral. Scales. Mental health. Moral development.

1 Introdução

1 Introdução

O cuidado profissional de pacientes psiquiátricos pode trazer situações nas quais nós, médicos psiquiatras, estamos à frente de tomar decisões paternalistas por uma pessoa que pode estar perturbada afetivamente, com a capacidade cognitiva ou a motivação reduzida para tomar decisões.

A prática da psiquiatria é eminentemente clínica e subjetiva. Depende fundamentalmente do médico enquanto pessoa na sua globalidade, que utiliza não somente sua capacidade e conhecimento técnico, mas também o seu próprio psiquismo para que possa desenvolver bem o seu trabalho e ter uma boa relação terapêutica.

Espera-se dos médicos um nível moral superior, dada a função e a natureza de sua profissão (cuidar, ajudar e curar as pessoas), fundamentada em valores básicos e no estímulo incessante à busca do bem individual e coletivo, tendo como objetivo a qualidade de vida das pessoas.

Hoje vemos, porém, uma realidade de médicos que vivem uma prática médica muito frágil, pouco desenvolvida e humanisticamente incompleta. Essa fragilidade certamente vem, em parte, da pobre vivência das relações médico-paciente, tanto na academia quanto na prática profissional, base para a prática de uma medicina ao menos decente. Balint (1984) destaca que, na relação médico-paciente, o médico é o remédio mais usado, tendo assim de ser conhecido em sua posologia, toxicidade e efeitos colaterais.

A ação médica é bioética e só pode acontecer quando existir

1 Introdução

um profissional, o autor bioético, com capacidade de julgamento e que toma decisões com base em valores humanos. Freitag (2000) diz que uma ação é bioética quando o sujeito se relaciona consigo, com os outros e com o mundo. Para nós, o julgamento bioético propõe a noção da consciência bioética.

Para Stotland (1999), o maior pressuposto do cuidado na psiquiatria, seja na clínica psicofarmacológica ou na psicoterapia, é de estimular e melhorar a capacidade dos pacientes em tomar as suas próprias decisões na vida. Como psiquiatras, devemos tentar aprender sobre alguns dos nossos vieses psíquicos e tentar mantê-los longe do processo terapêutico, apesar de sabermos que nunca teremos total sucesso nisto, visto que tal objetivo seja irrealizável.

Neste sentido, Green (1995) destaca que, com eventuais prejuízos na capacidade de raciocínio moral do médico, emergem mecanismos psíquicos de defesa do ego, usados com frequência por eles para diminuir o desconforto moral gerado pela maioria das situações e tensões da prática diária. Ao tomar decisões, os médicos automática ou inconscientemente se baseiam em suas próprias necessidades e interesses. Negar estes interesses soa, possivelmente, como perder o controle ou seus efeitos em determinado comportamento e situação. Morenz e Sales (1997) também pontuam a complexidade da tomada de decisões por parte do médico no campo da ética e da psiquiatria, principalmente por médicos em formação e mais jovens, tendendo a serem mais pragmáticos, respeitarem mais as regras e serem mais objetivos nas decisões tomadas.

Colenda (1998) defende que os médicos tomam decisões num meio de “incertezas e restrições do mundo real”. Do ponto de vista clínico, os médicos avaliam os riscos e os benefícios e tendem a dar seqüência às suas decisões em passos baseados nos resultados de decisões prévias. O raciocínio hipotético-dedutivo é o processo através do qual os clínicos estruturam problemas clínicos para gerar hipóteses diagnósticas ou tratamento, testam a veracidade e confiabilidade dessas hipóteses, usando a evidência clínica disponível, e depois refinam os tratamentos e as provas diagnósticas, baseando-se nos resultados do processo.

Não teríamos então, em decorrência destas opiniões, um conflito de raciocínios quando o médico tem de tomar decisões para o paciente? É possível estabelecermos uma linha bioética diferenciada de tomada de decisões, sejam elas clínicas ou morais, na prática diária?

O mais preocupante é, em nossa realidade brasileira, vermos muito poucas discussões dos profissionais, na academia e fora dela, sobre as questões relacionadas ao tema da Bioética e Psiquiatria. Com freqüência, o psiquiatra, mesmo o que está em formação e dentro de uma academia, se depara com situações nas quais ele se baseia em seu bom senso, que vem da sua própria estruturação da personalidade, e em seus afetos, que podem estar contaminados, para lidar com questões de respeito ao outro, questões essas que podem ser tensas e prementes. Daí resultam vários conflitos tanto do ponto de vista prático como do teórico.

Assistimos os Conselhos Regionais de Medicina de vários

1 Introdução

estados do país tendo a postura de fazer julgamentos éticos simulados com estudantes e profissionais em formação, o que é extremamente louvável, mas as discussões bioéticas básicas devem começar no primeiro dia de aula e transcender os pressupostos normativos e deontológicos. Há muito para ser refletido dentro da bioética na relação entre os profissionais, as instituições, o paciente e sua família.

Falamos em bioética na medicina e na saúde mental para discutir os vários conceitos e paradigmas da nossa sociedade, cultura e da sua história. Valores morais, sociais, culturais sempre aquiesceram e se mesclaram à prática e à vivência da saúde mental em seus vários momentos históricos.

Kaplan (1998) afirma que as inovações tecnológicas trazem consigo um grande número de questões éticas, e o avanço da medicina diagnóstica e de detecção precoce fazem com que tenhamos critério no seu uso. Atualmente, todas as mudanças e a aproximação das culturas com as tecnologias norteiam a prática da psiquiatria. Os avanços nos tratamentos (as terapias biológicas, principalmente), financiados em sua maioria pelas iniciativas privadas e, portanto, matéria de lucro, são imensos e ao mesmo tempo onerosos e de pouco acesso para maioria das pessoas.

Vários são os panoramas bioéticos na psiquiatria e saúde mental. Já não é de hoje que muitos se preocupam com uma gestão e vivência ética da prática psiquiátrica. Kastrup (2000) pontua que, na declaração de Genebra de 1949, da Associação Médica Mundial, os médicos

1 Introdução

não devem permitir considerações de religião, nacionalidade, raça, partido político ou padrão social para intervir em seu trabalho como médico e seus pacientes. Os princípios das Nações Unidas sobre Ética Médica (2005) também relembram os profissionais que sua relação com pessoas privadas de sua liberdade limita-se a sua avaliação, proteção e promoção de saúde. Similarmente, a declaração do Havaí de 1983 (2005), e a de Madrid de 1986 (2005), pontuam que o papel do psiquiatra é delineado no código de ética. Estas declarações são respaldadas pela nossa Constituição Federal (1988).

Por que estudar a Bioética na saúde mental? Por que estudarmos os juízos de valores nos médicos?

Paim (1995) defende que não existe experimentação científica sem hipóteses e métodos. Ela, neste caso, fica fadada à crença da ciência como objeto do discurso, apenas. A partir deste pressuposto, a necessidade da delimitação científica do pensamento humano, em nossa opinião, com a bioética como resultado do proceder do homem no mundo, se faz a partir da compreensão dos 3 domínios que o cercam: **1º**) a natureza (império da casualidade); **2º**) o pensamento (reino da liberdade); e **3º**) a transformação humana. A natureza existe apesar do homem e o seu significado se dá a partir da compreensão deste sobre ela. A partir do momento em que o homem se vê e vê seus semelhantes, estabelece relação entre os sujeitos e objetos, os valores são descobertos a ponto de até se tornarem universalizáveis.

A relevância da discussão da bioética se faz primeiramente pela urgência do tema. Vivemos, no Brasil, várias realidades de saúde mental

1 Introdução

onde prevalecem muitas questões em aberto. A Organização Mundial da Saúde (OMS), na Declaração de Caracas (2005), preconiza um tratamento digno e preventivo do paciente, como, por exemplo, nos movimentos de desinstitucionalização, na disponibilização de várias abordagens terapêuticas, na interdisciplinaridade do tratamento, na não violência, no respeito aos direitos e deveres das crianças e adolescentes e, principalmente, aos direitos incondicionais à autonomia do paciente. Estes são alguns temas a serem discutidos e pensados pelo profissional de Saúde Mental. Não pensamos na questão apenas deontológica da discussão, mas na questão universal de que qualquer pessoa com doença mental tem direito constitucional ao melhor tratamento e ao acesso a uma saúde desenvolvida e madura, não quanto à técnica, mas também quanto ao profissional que a exerce.

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

- ▶ Conhecer a estrutura da sensibilidade moral dos médicos psiquiatras do Brasil.

2.2 OBJETIVOS COMPLEMENTARES

- ▶ Descrever o panorama das variáveis epidemiológicas e demográficas da população estudada.
- ▶ Investigar as relações de algumas variáveis epidemiológicas (demográficas e culturais) com a estrutura da sensibilidade moral dos médicos psiquiatras do Brasil.

3 Marcos Teóricos

3.1 BREVE ABORDAGEM SOBRE A BIOÉTICA NA MEDICINA

Definimos Bioética como a capacidade de perceber o humano como o real no significado da vida e, com base nesta percepção, simbolizar a relação.

Ser ético não traduz a noção de onisciência nem de seguimento correto de um código moral ou de conduta, mas sim de sabedoria e desenvolvimento humano, pilares que são a base para este juízo que se vale das mais variadas fontes do conhecimento.

Kaplan (1998) diz que a ética é um conceito que geralmente se refere a valores que uma sociedade aceita como princípios gerais, contrastados com os princípios que são relativos e determinados contextos de outrem. Este conceito é reservado para os princípios morais restritos a certos grupos, tais como aqueles em uma profissão.

Para Ferreira (2000), ética significa o estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativamente a determinada sociedade, seja de modo absoluto.

Segundo Segre e Cohen (1999), a pessoa não nasce ética; sua estruturação ética vai ocorrendo juntamente com seu desenvolvimento. De outra forma, a humanização traz a ética em seu bojo. Ser ético é ter a capacidade de percepção dos conflitos entre o que o coração diz e o que a cabeça pensa, podendo-se percorrer o caminho entre a emoção e a razão,

3 Marcos Teóricos

posicionando-se na parte deste percurso que se considere mais adequada.

A fundamentação ética na medicina se dá pelo fato de que na saúde não existem regras e princípios que são absolutos. Existem muitas regras e conceitos que são aplicáveis em muitas situações, excluindo as visões simplistas, as tendências ideológicas e as vaidades pessoais.

Todos temos certeza de que o momento da nossa sociedade é ímpar. Estamos realmente vivendo um bombardeio de informações e estímulos que não tem precedentes na história. Não falamos nem em organização, pois, como uma criança, estamos de posse da capacidade de andar e da curiosidade, explorando o universo do entendimento das relações, do conhecimento e da vida. Nossa aproximação nos faz, e fará cada vez mais, ver as nossas diferenças e quão singulares somos. Temos plena convicção que apenas a bioética pode nortear os caminhos da atual sociedade globalizada.

A Bioética tem como base quase todos os domínios do conhecimento, seja ele humanístico (filosofia, sociologia, religião, por exemplo), biológico (biologia, medicina, por exemplo), ou exato (matemática, química e física). Todos contribuem, a depender do enfoque e da pertinência, mais ou menos, para o pensamento bioético e sua prática.

Pontuamos também que existem muitas culturas nas quais as discussões em torno das bases e dos núcleos da moralidade ainda não aconteceram ou foram mais bem compreendidas (Liboni, 2002). Em muitas

3 Marcos Teóricos

sociedades, como na brasileira, em que vivemos um momento histórico de apenas 500 anos de colonização, com base cristã e economicamente extrativista (apesar de negarmos conscientemente a cultura e a moral dos povos que aqui habitavam antes da colonização), discussões éticas fundas ainda não aconteceram. Pensarmos e estimularmos uma bioética, neste sentido, seria tão interessante quanto pensarmos a própria ética brasileira contemporânea.

O termo Bioética foi cunhado primeiramente por Potter (1970 e 1971), nos Estados Unidos da América, com o pressuposto de fazer do mesmo uma ciência; contudo, não foi o que aconteceu no decorrer da história. Segundo Patrão Neves (1996), com Potter o termo Bioética tinha um caráter mais amplo, diríamos, universal, pelo sentido ecológico, humanista. Posteriormente, por várias influências, o termo bioética teve uma tendência a se restringir a uma ética das ciências da vida, particularmente consideradas ao nível humano somente.

Na realidade, a Bioética norte-americana, estado-unidense e com moldes no principialismo, nasceu a partir de uma demanda eminentemente comercial. Com uma forte base teórica utilitarista (Mill, 1879), a demanda pela bioética se deu básica e inicialmente no respeito e implementação das necessidades das associações de pacientes em relação às instituições de saúde e hospitais daquele país.

Da necessidade destas discussões, que também englobaram a reflexão sobre os direitos e os limites das pesquisas que envolviam seres

3 Marcos Teóricos

humanos, nasceu o Relatório Belmont (1978). Esse relatório consensual já trouxe noções embrionárias sobre os princípios norteadores da bioética principialista como respeito pelas pessoas, beneficência e justiça. A partir disto se deu a bioética principiológica, descrita por Beauchamp e Childress (2001), que até hoje é muito discutida e tida como base de reflexão na área da medicina e das ciências biológicas.

Dentro deste panorama e, para discutir um pouco mais aprofundadamente sobre os conceitos e dimensões bioéticas da sensibilidade moral, objeto de estudo da nossa pesquisa, vamos expor algumas idéias sobre a bioética principialista.

Dizer-se sujeito autônomo seria, etimologicamente, aquele que vive segundo as suas próprias leis. A doença mental pode trazer consigo o paradigma da perda da autonomia, seja ela do pensamento, do raciocínio, da logicidade, ou dos afetos, ainda que presos a uma enorme quantidade de forças e energias que tendem a se opor ao que chamamos de razão consciente e madura, como as pulsões do inconsciente. Segundo Freud (1980), os diversos núcleos cognitivos de organização e memória tendem sempre ao plano do pensamento livre, mesmo que por desejo utópico.

Existem diversas opiniões muitas semelhantes para o conceito de autonomia aplicado à saúde mental, e algumas trazem reflexões interessantes. A *University of Washington School of Medicine* (2001) destaca a autonomia como o primeiro princípio ético básico para o paciente. Segundo eles, o paciente tem a capacidade de agir intencionalmente, com

3 Marcos Teóricos

entendimento, e sem estar sob influências que podem ir contra a um ato livre e voluntário. Kaplan (1998) ainda frisa que, no caso do paciente, este faz uma escolha autônoma, dando consentimento informado quando a escolha é intencional, livre de influência externa indevida e feita com o entendimento racional.

Para nós, a autonomia é o pressuposto da competência livre do médico (capacidade de pensar, ponderar e tomar decisões razoáveis) sobre os riscos e benefícios de uma conduta na relação com o paciente.

No sentido subjetivo, ser totalmente autônomo é uma utopia. A partir do momento que temos a genética como influenciador, temos a base para a gerência da natureza sobre o homem, à revelia de sua vontade. Não podemos pensar em determinantes como se não houvesse opções para nós, como um conjunto de conceitos simplificados e únicos, mas estamos fadados não a sermos livres biologicamente, sendo esta uma limitação natural à nossa autonomia plena.

O que seria autonomia plena do pensamento?

A busca pela autonomia do pensamento só se daria através da introspecção. A busca da verdade interna é que realmente daria balizamento para uma autonomia interna e verdadeira. De um modo, deveria ser a defesa da posição ética do outro, ainda que conflitante com a nossa. A autonomia plena do pensamento seria o sujeito psíquico sem superego (Freud, 1980) e inconsciente, portanto, inconcebível, inexistente.

3 Marcos Teóricos

A realidade nada mais é do que uma concordância de subjetividades. A verdade é o que vemos. Não seria o cognoscível, o que podemos reconhecer?

A Bioética tem de vir de dentro e não dos valores, daquilo que vem de fora.

De um certo modo, mas não reducionista, consideramos os conceitos de beneficência e não-maleficência menos abstratos, apesar de importantes para a vivência da prática médica. Atuar de modo beneficente é um status de condição de existência da própria medicina e dos cuidados em saúde. Além do pressuposto de ofício, trabalho e relação mercadológica, a predisposição do profissional de saúde no cuidado deve ser inicialmente benevolente, isto é, uma ética da sua prática. Esta posição deveria ser óbvia e amplamente aceita como a própria razão da medicina. Tanto se aplica ao indivíduo como à sociedade. Do outro lado, temos no princípio da não maleficência a proposta de que façamos o mínimo de dano ou injúria ao paciente, tanto em atos de responsabilidade como de omissão. Seria, por exemplo, o caso do dever do médico em ter de evitar infligir danos físicos e emocionais ao paciente ou aumentar o risco dos mesmos. Este princípio é captado pela expressão *Primum non nocere* — "Antes de tudo, não causar danos".

Muitos defendem a idéia de que a beneficência se amplia como conceito e importância bioética quando se discute, de modo aplicado à prática médica, o paternalismo.

O próprio nome Paternalismo vem de *pater*, que significa pai. Não há relação médico-paciente que não contenha uma certa dose de paternalismo, mesmo porque esta relação é assimétrica e geralmente se espera do profissional uma posição determinante na relação terapêutica, ou seja, espera-se que o médico diga o que deve ou não ser feito pelo e para o paciente.

O paternalismo pode ser, em tese, uma consequência do princípio da beneficência, mas ocorrem deturpações e iatrogenias, principalmente quando o profissional pode usar de um enorme poder a ele investido pela natureza da profissão na tomada das decisões.

Cohen (1999) diz que o paternalismo é um comportamento impositivo da prática médica. O comportamento paternalista é um problema de difícil avaliação, de quando e quanto ele se justifica, sendo o cerne de muitos problemas bioéticos. O autor lista alguns comportamentos, sendo os seguintes os que, para nós, mais se aproximam do universo da saúde mental: **a)** tratar um paciente sem o seu consentimento; **b)** dar um placebo (para nós, tanto na farmacoterapia como na psicoterapia); e **c)** sonegar uma informação sobre o prognóstico de uma determinada doença.

Não estamos defendendo o paternalismo. Queremos discutir sua natureza, a inevitabilidade de sua existência e como temos obrigatoriamente que lidar com as tensões que podem originar de sua existência na prática médica diária. Mediante esta inevitabilidade, pressupomos uma gradação ao inferir a existência, por parte do profissional,

3 Marcos Teóricos

do paternalismo forte (uma posição firme, *mão de ferro*), mais próximo do paternalismo puro e pouco distensível, e o paternalismo fraco, mais maleável e próximo da autonomia. Tomemos, por exemplo, a medicina estado-unidense que, inundada por questões legais e deontológicas próprias, está vivendo um momento crítico na sua prática. A existência de inúmeros processos por má *práxis*, dentre outras causas, está fazendo com que o profissional veja o paciente como muito além de seu cliente (numa linguagem econômica), ou seja, um potencial inimigo. Kaplan (1998) diz que existe um crescente estímulo à corrente da medicina defensiva, segundo a qual, no atendimento tudo é feito para que problemas futuros com a justiça não aconteçam. Isto, para nós, prejudica muito a relação terapêutica.

Smith-Bell e Winsdale (1994) descrevem que existem evidências que sugerem que a prática da psiquiatria defensiva não é incomum, mostrando um caso onde o papel da auto-proteção profissional na tomada de decisões involuntárias é discutido. Neste ponto, refletimos que um comportamento paternalista, que vise uma proteção do profissional em detrimento do melhor interesse para o paciente, é reprovável e vem de encontro com a postura de certas sociedades, que privilegiam o pragmatismo e o unilateralismo das visões, exigindo exatidão e resultados em uma área que não é exata, como a medicina.

Segre e Cohen (1999), na discussão dos comportamentos paternalistas, falam que, se um indivíduo está agindo paternalisticamente em relação a um sujeito qualquer, sua intenção deve ser a de tentar beneficiá-lo,

3 Marcos Teóricos

e não a si mesmo ou a terceiros. Não negamos que certas ações possam ser parcialmente paternalistas; elas podem pretender o benefício de um sujeito, de outros, até mesmo incluindo o próprio agente da ação. No entanto, o que faz a ação de alguém ser paternalista é não pretender beneficiar a nenhum outro que não seja o sujeito a quem a ação se dirige.

Neste sentido, a relação médico-paciente, que inclusive já foi tema de edição do *American Psychiatric Association Congress* (2000), fica literalmente minada. Ter o paternalismo como base para qualquer relacionamento terapêutico fragiliza muito esta relação.

O conceito de Justiça configura-se como um dos mais importantes no estudo e prática da bioética na psiquiatria. Para nós, é o conceito mais valorativo porque sempre pressupõe referenciais para a sua elaboração e execução. Diferente da autonomia, que na sua essência é um conceito individual, a justiça é um conceito de relação mútua.

Em uma era de escassez de recursos econômicos, desinteresse e incompetência dos governos no planejamento, implementação e execução de políticas de saúde, a reflexão sobre o que e quem merece o melhor (ou o mínimo) na saúde não é uma tarefa fácil.

Infelizmente, vemos uma série de distorções quando se pensa a saúde, como já dissemos, um direito constitucional de nossa sociedade (Constituição Federal, 1988), como bem de valor. Não discordamos dessa proposta, mas entendemos a saúde antes de tudo como um bem nato e que

se mantém com o crescimento e desenvolvimento das pessoas. Pensar a saúde com justiça seria pensar e sentir quais são as reais necessidades e vontades das pessoas e das populações.

Temos então, no bojo destas reflexões, um complexo axiológico no princípalismo, que pode nortear os pensamentos do homem com relação à saúde e à medicina, apesar das restrições de se pensar nele como bases e idéias fechadas sobre a ética médica e a Bioética. Para nós, todo este universo entra no complexo de vivências ambientais, modos de se enxergar a atual realidade, dentro de paradigmas estritamente culturais, que servem de matéria para se pensar, inicialmente, o universo da Bioética. Pensar estes princípios como realmente princípios seria a melhor maneira de lidarmos com o complexo universo das decisões morais na medicina e na saúde mental.

3.2 O JUÍZO MORAL E A CAPACIDADE DE TOMAR DECISÕES MORAIS

Conforme Paim (1995), a assunção do conhecimento total está baseada na tentativa do reconhecimento da pluralidade de perspectivas de uma área, talvez infinitas.

Muitos autores já tentaram delimitar quais seriam as principais ou até todas as teorias ligadas à formação do processo do raciocínio e à capacidade de tomada de decisões morais nas pessoas. Segundo vemos, a

formação da moralidade vem de um complexo desenvolvimento biológico, psíquico e ambiental da pessoa, sendo que a condição bioética humana é uma condição de fenótipo e não de genótipo.

Somente o contato com o meio ambiente (e suas múltiplas variáveis) dá elementos e subsídios para que possamos, frente a uma situação de conflito, refletir e transformar a sua realidade, assumindo assim posições fenotipicamente bioéticas. Para tanto, aquele que não tem condições psíquicas internas e que não se vê inserido no mundo real (de forma a contextualizar a sua identidade e as suas diferenças) pode não conseguir pensar de forma essencialmente humana, ou seja, bioética.

Mas sobre quais bases podemos dizer que se desenvolve a moralidade e a ética do ser humano?

O ser humano não nasce psiquicamente pronto. Ele se transforma e se desenvolve mentalmente ao longo da vida. Dada a condição abstrata e utópica da perfeição psíquica, emocional e moral, pensar a bioética no contexto do desenvolvimento psíquico se compatibiliza com a tentativa, a priori, da busca do homem pela compreensão do seu próprio universo mental.

Zimerman (1999 e 2000) diz que o pensamento é um atributo exclusivo do ser humano e que apresenta em seu desenvolvimento evolutivo uma escala crescente de complexidade e sofisticação, de acordo com uma ordenação cronológica e segundo as leis da maturação neurobiológica específicas da espécie humana. Assim, desde a forma primitiva, em que não

3 Marcos Teóricos

há obediência aos princípios da lógica, mas sim aos da magia e concretude, o pensamento pode evoluir até ao nível abstrativo-simbólico, o que possibilita sua utilização para fins dedutivos-científicos, entre outros.

Do ponto de vista biológico, especula-se que a moralidade, assim como outras funções psíquicas, está intimamente ligada à neurobiologia e ao amadurecimento neurológico do ser humano. Os dados em pesquisa disponíveis são poucos e nada conclusivos. Para Damásio (1994 e 2000), a existência de um sistema nervoso maduro como base do funcionamento da mente, com condições para o exercício, além dos reflexos e automatismos diários, é importante para que ocorra o “raciocínio moral”, com bases em emoções morais. Moll et al. (2002) especulou localizar já postuladas redes neurais especializadas em emoções morais. Realizou análises de imagens cerebrais de ressonância magnética funcional de pessoas que visualizavam (através de imagens, fotografias) situações com conteúdo moral. Encontrou o córtex órbito frontal, no giro frontal médio, e o sulco frontal direito (porção superior posterior) como regiões que se ativam quando em contato com um estímulo moral agradável (uma situação moral boa), e não se ativam quando frente a uma situação moral desagradável.

Sapolsky (2004), numa reflexão sobre o comportamento impulsivo violento e a falta de raciocínio moral, destaca variações tanto na função quanto na anatomia do córtex pré-frontal de criminosos em relação a sujeitos normais. Do ponto de vista bioquímico, Moller (1996) detectou, na medida de metabólitos da serotonina e do aminoácido triptofano, em líquido

3 Marcos Teóricos

cereborespinhal de pessoas violentas, relações da concentração destas substâncias com o comportamento violento daquelas pessoas. Azzone (2003), vai além, destacando que os processos da moralidade se encontram e se desenvolvem a partir do funcionamento e da evolução genética. Destaca que os efeitos positivos de genes altruístas (diria desenvolvimentistas e adaptativos) dos animais são pressupostos para a sobrevivência e desenvolvimento moral das sociedades. Deste modo, acabam sobrevivendo e se aprimorando ao longo do tempo e da história.

Além da investigação sobre os pressupostos físicos e estruturais de um provável sistema biológico, da estruturação da moralidade humana, a avaliação do funcionamento psíquico (por métodos de análise social, ambiental, antropológica, filosófica e psicológica) tem sido feita e tem fornecido importantes informações para a pesquisa nessa área.

Ao passarmos pela biologia, afirmamos que o estudo da filosofia, da sociologia e da antropologia trouxe também reflexões teóricas importantes sobre a questão da moral e da ética. Até hoje, muitos estudiosos, de várias áreas, falam sobre a moralidade, mas vemos na prática que a formação da personalidade e de um senso de ego, *self* e eu são fundamentais no desenvolvimento moral do indivíduo. Ser, pensar e atuar de modo ético é, antes de tudo, algo ligado ao psiquismo da pessoa e à sua personalidade.

Cloninger (1999, p. 3) define personalidade da seguinte maneira: “As causas subjacentes do comportamento e da experiência individual que existem dentro de uma pessoa.” Diz ainda que as teorias de

3 Marcos Teóricos

formação e desenvolvimento da personalidade abrangem basicamente três áreas: descritiva, dinâmica e desenvolvimentista. A descritiva diz que se pode descrever a personalidade através de tipos mais amplos ou traços. A dinâmica refere-se aos aspectos motivacionais da personalidade e esses podem ser comuns a várias pessoas ou podem ser individuais. Além disto, podem promover a adaptação da pessoa ao mundo e ser estudadas em termos de ajustamento e saúde mental. A terceira seria o desenvolvimento da personalidade, que reconhece influências várias, inclusive externas.

Neste sentido, a personalidade, que se desenvolve ao longo do tempo, é a base para o funcionamento humano psicossocial ético.

O desenvolvimento da experiência humana, particularmente, influencia a maneira como cada pessoa se vê e desenvolve sua personalidade, sempre única.

Eriksson (1959) desenvolveu a idéia de que a personalidade se desenvolve durante toda a vida do ser humano, para nós uma teoria interessante na medida que dá um continuum de desenvolvimento psíquico do ser humano na sua existência. Propôs uma teoria do desenvolvimento psicossocial que descreve 8 fases ao longo da vida. De acordo com o princípio epigenético (baseado na biologia e na interação social), essas fases constroem-se umas sobre as outras e ocorrem numa seqüência invariável em todas as culturas. Sua contribuição mais citada é a descrição, nas fases que percorreu, da formação da identidade na adolescência e o quanto a influência do meio social é importante para o senso de individualidade e identidade do

adolescente.

Restringirmos o foco de atenção do nosso estudo para um melhor entendimento dos pressupostos teóricos da nossa pesquisa, trazendo algumas reflexões de bases teóricas sobre a psicanálise, o behaviorismo e o modelo cognitivo desenvolvimentista para discussão.

Ferraz (1994) diz que a teoria psicanalítica freudiana traz uma grande contribuição para o estudo da moralidade e da ética, quer seja pela via da investigação sobre a origem da consciência moral, quer seja pela via do exame da ética social. A moralidade seria a internalização das regras do meio externo. Dentro da perspectiva estrutural, a interiorização das interdições paternas constitui o superego, instância que compreende o ideal de ego, ou seja, uma imagem ideal de si (introjeção de pais idealizados) e que servirá como uma espécie de medida empregada para avaliar o próprio valor como pessoa. A distinção entre o bem e o mau, que é decorrente da estruturação deste superego que intermedeia os impulsos primitivos do inconsciente e os padrões socialmente aceitos e internalizados, provoca um sentimento de culpa entre o desejo (de certo modo amoral) e o dever (padrão moral).

Segundo Klein (1996), a moralidade acontece de acordo com o amadurecimento e o aparecimento da consciência da criança. A introjeção oral dos objetos e a associação inevitável da sua agressividade com as figuras parentais severas e destruidoras geram uma ansiedade significativa e aniquiladora já nos primeiros meses de vida. Esta ansiedade é projetada, então, em objetos exteriores e a necessidade da aniquilação dos mesmos é

3 Marcos Teóricos

uma contingência do processo, principalmente em atitudes sádicas. Em um processo de não amadurecimento do psiquismo, permanece a posição de um sadismo intenso na procura pela gratificação da oralidade, da qual derivam os comportamentos anti-social e criminoso.

Uma idéia que contrapõe o pressuposto psicanalítico é a teoria da aprendizagem social, derivada do *Behaviorismo* de Skinner (1945). Para esta teoria, todo o comportamento, inclusive o moral, é aprendido. Este se dá por imitação e/ou por mecanismos de reforço/punição do mesmo. Diz Skinner (1998) que uma das maneiras de se efetivar um comportamento moral aceitável seria estimular e reforçar as estruturas e diversificação das agências de controle externo.

Segundo Lützén (1993), as bases teóricas da moralidade são as das teorias do desenvolvimento moral cognitivo. Estas são derivadas da Teoria da Epistemologia Genética, segundo Jean Piaget, e desenvolvidas posteriormente por Lawrence Kohlberg e Carol Gilligan, entre outros autores.

No contexto da psicologia Cognitiva-Desenvolvimentista, segundo Jean Piaget *apud* Bataglia (1996)*, a gênese do juízo moral baseado na inteligência é condição necessária para o desenvolvimento da personalidade, mas não é suficiente. Ele elaborou estágios de desenvolvimento moral em que a percepção dos conflitos varia do absolutismo

* Bataglia P. **Estudo sobre o juízo moral e a questão ética na prática da psicologia.** 1996. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. p. 10-56.

3 Marcos Teóricos

moral (cerca de 6 anos de idade), onde as regras do mundo são impostas, absolutas e perfeitas, para o relativismo moral (cerca de 11 anos), onde as regras morais sociais são relativas, a moral está mais direcionada aos juízos internos e o bem para o grupo, e dependem do contexto. Neste último, as ações do indivíduo em favor da coletividade levam a uma cooperação (ações dos indivíduos, uns sobre os outros, como relações sociais).

Para nós, na linha da ontognoseologia de Reale (2000) e da *coisa em si*, ou seja, algo por ele mesmo (Paim, 1995), Ramozzi-Chiarottino (1988) afirma que Piaget postulou que as condições, *a priori* de tempo, espaço e casualidade, são necessárias para a construção do pensamento, mas também não independem da experiência.

O processo de cognição, segundo Piaget (1994), identificava-se com a capacidade de operar e implicava (mais do que envolvia) relações espaço-temporais e causais como condição da organização da experiência do indivíduo.

Estas relações, para Piaget, eram construídas na troca com o meio e construí-las significava tornar-se capaz de inserirmos a nós mesmos e aos objetos no espaço e no tempo, assim como estabelecer vinculações entre causa e efeito, desde um nível bastante elementar até um nível científico, como a gênese da inteligência.

Para Piaget, a Lei Moral e a autonomia seriam gradativamente construídas tendo condição e necessidade do desenvolvimento da inteligência nesta relação.

3 Marcos Teóricos

Piaget (1994) descreve o desenvolvimento moral em 4 estágios nos quais a criança evolui de um estado de inserção social e inconsciente para um estado de percepção cada vez mais nítido no contexto social.

- 1) **ESTÁGIO PRÉ-MORAL** — As regras são desconhecidas, mas as ordens e punições são obedecidas por impulsos ritualísticos.
- 2) **MORALIDADE HETERÔNOMA** — Caracterizada pelo realismo moral, ou seja, a tendência a se considerarem deveres e valores a ele vinculados como existentes *em si*, externos às pessoas envolvidas e ao contexto. Outras características resumem-se à pressão do mundo empírico.
- 3) **TRANSIÇÃO ENTRE MORALIDADE HETERÔNOMA E AUTÔNOMA** — Mantém a obediência às regras impostas, passando à observação em um contexto específico.
- 4) **MORALIDADE AUTÔNOMA** — Os deveres, regras e prescrições são cumpridos quando considerados necessários e significativos. O cumprimento do dever é relativizado e é priorizada sua interpretação relacionada ao contexto específico. A responsabilidade sobre os atos considera a intenção do autor mais do que as conseqüências objetivas.

De La Taille (1996) argumenta que, para Piaget, a *interiorização* das regras corresponde a uma assimilação racional destas (portanto, crítica) e a uma nova exigência moral: a reciprocidade, respeitar e

3 Marcos Teóricos

ser respeitado. O respeito mútuo guarda, do respeito unilateral (aquele da criança por seus pais), a dimensão de estima.

Um grande aprofundamento das teorias de Piaget foi feito por Lawrence Kohlberg, psicólogo da Escola de Harvard. Ele postulou uma ampliação dos conceitos no estudo de estágios de desenvolvimento moral. Na década de 1970, procedeu a uma série de pesquisas com jovens e adolescentes, tanto nos Estados Unidos da América quanto em outros países do mundo, acerca de seus postulados do desenvolvimento moral. Viu que havia condições universais destes nas várias populações e culturas. Os trabalhos foram fundamentalmente desenvolvidos a partir das respostas de entrevistas com os jovens sobre suas opiniões em determinados contextos de moralidade. Para isto, utilizou textos que invocavam situações sobre dilemas morais.

Para Kohlberg (1971), o desenvolvimento moral não implica em transformações básicas da estrutura cognitiva (por aprendizagem e associação), mas sim como resultado dos processos de interação entre a estrutura do organismo com o meio ambiente. Seu trabalho enfocou o estudo da filosofia, psicologia e educação moral.

O estímulo à filosofia se deu porque Kohlberg encontrou na justiça, baseada na filosofia de Platão, o princípio moral básico. Qualquer domínio do pensamento moral é constituído de princípios, regras abstratas que servem como guias de escolha, diretrizes básicas para a ação. A justiça não é uma virtude assim como a honestidade ou o auto-controle. Virtudes

3 Marcos Teóricos

como estas podem ser aprendidas e ensinadas, apesar do relativo êxito de aplicação na vida concreta. A justiça, porém, não é nem passível de ser ensinada nem de ser aprendida, no mesmo sentido que aqueles outros, porque a justiça é um *princípio* que se resume na eqüidade.

Bataglia (1996) diz que Kohlberg encontrou nas suas pesquisas iniciais as categorias básicas utilizadas para justificar as ações morais universais, que são:

- 1) Prudência
- 2) Bem-estar dos outros
- 3) Respeito por autoridades, sociedades ou pessoas
- 4) Justiça

Estas ações seriam os postulados básicos para que a pessoa pudesse refletir as suas ações como produtoras de uma reação no mundo. Como Piaget, Kohlberg erigiu também níveis de desenvolvimento moral. Estes se organizam em um modelo hierárquico no qual o último é erigido por princípios universais.

Kohlberg (1976) definiu 3 níveis de desenvolvimento moral, cada qual contendo 2 estágios. Seguem uma seqüência invariável, isto é, uma pessoa persegue, passo a passo, cada nível e estágio de desenvolvimento moral em velocidades que variam de cultura para cultura e de indivíduo para indivíduo. Há a possibilidade de se estacionar em determinado degrau da escala, mas a continuidade se dá necessariamente segundo prevista.

❑ ESTÁGIOS DE DESENVOLVIMENTO MORAL SEGUNDO KOHLBERG

▶ NÍVEL PRÉ-CONVENCIONAL

■ ESTÁGIO 1 – MORALIDADE HETERÔNOMA

Pessoas ou atos maus devem ser punidos. A ordem social e moral é definida em termos de diferença de status, poder e posses e não em termos de igualdade e reciprocidade.

■ ESTÁGIO 2 – INDIVIDUALISMO

A noção de honestidade e lealdade está relacionada à troca de favores ou ofensas entre os indivíduos. Os princípios individualistas regem as relações.

▶ NÍVEL CONVENCIONAL

■ ESTÁGIO 3 – EXPECTATIVAS INTERPESSOAIS MÚTUAS

Início do processo de descentração. Devemos nos colocar no lugar do outro e imaginar como ele deveria estar e o que deveria fazer. A justiça neste estágio é relacionada à concepção de um bom relacionamento interpessoal (didática).

■ ESTÁGIO 4 – SISTEMA SOCIAL E CONSCIÊNCIA

Perspectiva de manutenção da lei e ordem social. A justiça não é mais um problema de real ou ideal reciprocidade ou igualdade entre indivíduos, mas um problema de relações entre cada indivíduo e o sistema.

Neste nível, as regras são pautadas em princípios baseados no coletivo, no externo e ao indivíduo.

► **NÍVEL PÓS-CONVENCIONAL**

■ **ESTÁGIO 5 – CONTRATO SOCIAL**

Estágio para além do convencional. Um estágio hipotético, mais evoluído do que as relações formais de Piaget. O cerne deste estágio é a elaboração de uma proposta racional para a elaboração de leis, o que difere inteiramente da manutenção das leis (Estágio 4).

Sua base é o contrato social, um princípio legislativo que pressupõe que tanto o legislador quanto os que seguirão a lei tenham sua própria orientação, e que o legislador tenha recebido o consentimento racional dos indivíduos que constituem a sociedade, para legislar.

A concepção de justiça neste estágio pressupõe a reciprocidade entre as partes e a igualdade de oportunidades.

■ **ESTÁGIO 6 – PRINCÍPIOS ÉTICOS UNIVERSAIS**

Neste estágio, as regras morais do Estágio 5 são aceitas. O utilitarismo da regra e o contrato social são preservados, mas separados por duas outras leis morais de um nível superior de raciocínio e julgamento:

- As pessoas têm um valor incondicional.
- Princípio de Justiça Individual — Reciprocidade e Igualdade. O homem é um fim em si mesmo.

3 Marcos Teóricos

Este estágio permanece hipotético e não foi incluído por Kohlberg em seu manual de mensuração por dois motivos:

- 1) Não houve entrevista alguma da sua pesquisa onde pudessem ser colocadas respostas deste nível.
- 2) O instrumento de medida não se mostrou suficientemente bom para diferenciar respostas dos Estágios 5 e 6. O instrumento julga dilemas que avaliam o juízo heterônomo e não detecta os estágios de autonomia moral, como vistos por Kant.

Mediante estes elementos, pontuamos que o interessante dos estudos desenvolvidos por Kohlberg foi que ele tentou trabalhar as perspectivas filosóficas da moral, entre o ser (desenvolvimento moral) e o dever ser ético.

Uma das grandes reflexões dele foi do interesse na pesquisa de um Sistema de Virtualidades (1976).

O fato de não vermos princípios universais serem aplicados ou considerados nos diferentes comportamentos e nas diferentes culturas não nos deve fazer concluir que tais princípios não existam ou ainda que uma cultura com determinados princípios em aplicação seja superior ou inferior à outra cultura.

Na perspectiva de tanto aprofundar quando questionar, Gilligan (1982) aponta que as teorias de Piaget e Kohlberg eram altamente centradas no masculino e que o feminino aparecia como menos desenvolvido

3 Marcos Teóricos

e em desvantagem sob vários aspectos. Ela sugeriu que, em se tratando de moralidade, existiam de fato duas orientações:

- 1) A justiça
- 2) O cuidado

Para as mulheres, como disse Gilligan, a moral não se centra em direitos e regras, mas nos relacionamentos interpessoais e na ética da compaixão e do cuidado. O ideal não é a justiça interpessoal, mas vias mais conciliadoras de vida. A moralidade das mulheres é ainda mais contextualizada nos relacionamentos reais do que nas soluções abstratas a dilemas hipotéticos. Por conta destas diferenças entre os sexos, Gilligan diz que os homens e as mulheres freqüentemente pontuam diferentemente na escala de Kohlberg. As mulheres tipicamente pontuam no Estágio 3, enquanto foco nas relações interpessoais, e os homens pontuam mais comumente nos Estágios 4 e 5, que refletem concepções mais abstratas da organização social. Gilligan fez um esforço inicial em traçar um desenvolvimento moral das mulheres. A partir do momento em que acreditava que as concepções de cuidado e relacionamento são parte das situações reais do dia-a-dia, ela entrevistou mulheres que enfrentavam uma grande crise — a decisão de se fazer um aborto. Através destas entrevistas, Gilligan tentou mostrar que as mulheres movem do pensamento convencional para o pós-convencional na medida que não mais consideram suas ações e responsabilidades em termos do que é convencionalmente esperado delas, mas em termos das suas próprias necessidades de cuidado e de responsabilidade.

3 Marcos Teóricos

Para Gilligan (1988), o desenvolvimento cognitivo é condição necessária, mas não suficiente, para o correspondente estágio de moralidade. O estágio moral e o lógico são estruturalmente paralelos, mas diferentes.

Dizia também que um ambiente rico em estimulações proporciona um maior número e variedade de interações entre a criança e o seu meio, das quais surgem mais oportunidades de assunção de papéis e conflitos cognitivos, imprescindíveis para o desenvolvimento cognitivo da moralidade.

Existem linhas de pensamento dentro das neurociências como a psicologia evolucionista, mencionada por Wright (1996), com bases no evolucionismo Darwinista, de que o homem é o único animal moral e que este padrão (ou padrões) não é transmitido através dos genes. A moralidade, assim como o senso moral, seria um processo do desenvolvimento do homem e de sua socialização no mundo. Num princípio de comportamento e socialização, isto é plausível, mas no foro individual, onde mesmo em sociedades moralmente mais evoluídas, como comportamentos morais dissonantes com a cultura e perversos podem existir? Para nós, a questão é um tanto mais individual e psicodinâmica do que comportamental e coletiva.

Dentro destas perspectivas, consideramos que o ser humano moralmente desenvolvido deve contar com condições de um amadurecimento biológico, ter uma personalidade saudável e equilibrada tanto nos elementos de temperamento e nos de caráter, e ter se desenvolvido em condições ambientais propícias para a reflexão da condição ética humana.

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

Lützén et al. (1994), assim como outros autores como Self (1990) e Self e Davenport (1996), que pesquisam a moralidade dos médicos, defendem que as teorias sobre a moralidade do ponto de vista cognitivo e estruturalista são básicas nas pesquisas sobre as decisões morais na saúde. Sob este ponto de vista, seguir o modelo de Kohlberg seria investigar também o nível de razão moral de acordo com a habilidade da pessoa em aplicar os princípios éticos a dilemas éticos hipotéticos, assumindo que a moralidade de uma pessoa passa, no seu desenvolvimento, por um processo de aprendizado cognitivo e que a pessoa baseia as suas decisões a partir da sua “percepção moral”.

Duas medidas maiores gerais derivaram-se do trabalho de Kohlberg. A primeira foi o Teste de Definição de Situações (TDS), desenvolvido por Rest (1974) e aplicado por Bzuneck (1979), como pesquisa inicial, em uma população de jovens delinqüentes do Brasil; e o segundo foi o Teste de Dilemas de Enfermagem (TDE), desenvolvido por Crisham (1981)*, *apud* Lützén e Nordin (1995).

Em relação específica à saúde mental, Lützen et al. (1994) afirmaram que, apesar de parecer existir um extenso número de escalas construídas para o uso no diagnóstico e na gradação de sintomas na psiquiatria baseada na experiência clínica e conhecimento, poucos instrumentos foram construídos a fim de avaliar a perspectiva da saúde na ética psiquiátrica.

* Crisham P. Measuring moral judgment in nursing dilemmas. **Nurs. Res.** 1981; 30 (2): 104-10.

4.1 A BASE ESTRUTURAL DA SENSIBILIDADE MORAL

O enfoque da estrutura da sensibilidade moral foi descrito por Lützen e Nordin (1993), com foco no raciocínio moral, como um processo cognitivo que envolve objetividade e habilidade em aplicar princípios quando se está presente a dilemas éticos hipotéticos.

Nesse estudo, Lützén (1993, p. 175) definiu sensibilidade moral como:

A capacidade de conhecimento moral que é exercitada em uma situação específica. Esta capacidade envolve a integração do conhecimento do contexto da relação, experiência prática, intuição e motivação genuína para se realizar aquilo que é de bom para o paciente.

Esse conceito se liga às recentes contribuições da ética fenomenológica, que foca primariamente o questionamento de se entender o significado de uma dada experiência *vivida*, dentro da experiência moral pessoal, como abordam Tyemeniecka (1986)*, Scudder e Bishop (1986)** Bishop e Scudder (1990)***, *apud* Lützén e Nordin (1993).

No mesmo estudo, Lützén (1993) pontuou inicialmente que, na enfermagem psiquiátrica, o contexto da relação social, como também fonte

*Tyemeniecka J. 1986. **The moral sense and the human person within the fabric of communal life**. In: Anacleto Husserliana, Riedel, Dordrecht, The Netherlands 20, pp. 3-44.

Scudder J, Bishop A. 1986. **Moral Sense and Health Care. Anacleto Husserliana, XX, 125-58.

***Bishop A, Scudder J. **The practical moral and personal sense of nursing, a Phenomenological Philosophy of Practice**. State University of New York Press, Albany. 1990.

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

do conflito moral, é o relacionamento enfermeiro-paciente. Em outro nível, o contexto poderia ser visto como a mais ampla arena social ou a estrutura da sensibilidade moral, que incluía as existentes definições sociais e culturais do comportamento humano normal e as condições prevalentes das doenças mentais e seus modelos de tratamento (Miller e Rose, 1986*, *apud* Lützén e Nordin, 1993). Estas estruturas estão integradas na ideologia das instituições psiquiátricas que provêem os princípios básicos para a prática psiquiátrica (Strauss et al., 1981).

Para a construção da escala, Lützén (1993) se baseou no contexto da experiência subjetiva das decisões morais como instrumento que pudesse revelar dimensões adicionais do processo de tomada de decisões morais. Apareceram então as seguintes questões:

- ▶ Como o aspecto subjetivo, a experiência do processo das decisões morais, na prática psiquiátrica pode ser conceituado?
- ▶ Como um enfermeiro sabe que uma ação é certa ou errada?

Realizou-se a análise da transcrição e relato das experiências subjetivas de experientes enfermeiros psiquiátricos sobre questões de peso ético na prática diária pelo processo de comparação dos conteúdos da *Grounded Theory*, de Glaser e Strauss (1967).

* Miller P, Rose N. **The power of psychiatry**. Polity Press, Cambridge. 1986.

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

A proposta foi descobrir as semelhanças no processo das experiências morais mais do que identificar e analisar conflitos específicos.

Foram previamente selecionados para o estudo 14 enfermeiros psiquiátricos de vários serviços suecos de psiquiatria. O critério de seleção foi a indicação de pares e supervisores como profissionais com experiência na área. A qualificação dos mesmos baseou-se em 3 critérios: pós-graduação em enfermagem psiquiátrica, mais de 5 anos de experiência no trabalho em psiquiatria e disposição para dividir as experiências profissionais. Dessa amostra, 11 eram mulheres e 3 eram homens, com idades que variavam entre 30 e 55 anos. Todas as situações descritas pelos enfermeiros envolviam pacientes que, de alguma maneira, tinham capacidade reduzida de escolha e determinação de algum modo. A maioria das entrevistas foi conduzida em um lugar informal no próprio trabalho do enfermeiro, e elas foram gravadas e depois transcritas para a análise do pesquisador. A duração média das entrevistas foi de 2 horas.

A estratégia da entrevista se baseou em parte nos estudos de Gilligan (1988), no qual os profissionais apontavam uma determinada situação prática como moralmente conflitante.

Iniciava-se a entrevista com a pergunta: Você pode descrever uma situação, nos seus cuidados com o paciente, em que teve que tomar uma decisão e que não tinha certeza se estava certo(a) ou errado(a)?

A cada entrevista o entrevistador procurava focar o discurso do entrevistado no sentido de codificar e categorizar o processo, como, por

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

exemplo: Qual foi a sua maior preocupação em relação ao paciente neste conflito? Quais foram as suas alternativas? Como você sabia que estava certo? Como o paciente respondeu?

A análise das entrevistas começou com a transcrição das mesmas e, através de um programa de computador, o *Ethnograph*, fez-se a análise qualitativa dos dados. Esta consistiu na codificação dos substantivos e no agrupamento teórico segundo o método de Glaser e Strauss (1967). Sendo estas a primeira e a segunda fases do método, partiu-se para a terceira fase, na qual se procurou integrar as categorias, criando o conceito chamado *Estrutura do Sentido Moral*.

A *Estrutura do Sentido Moral* consistia de três propriedades interrelacionadas: percepção, conhecimento e julgamento. Além destas três propriedades principais, foram identificados outros três conceitos subsidiários ligados a esta estrutura, a saber:

O SENTIDO MORAL é definido como os recursos do conhecimento moral e como uma capacidade interpessoal (Lützén, 1990).

A BENEVOLÊNCIA EXPRESSA, que designa o desejo dos enfermeiros em fazer o bem para os pacientes (Lützén e Nordin, 1992). Esta dimensão discute fundamentalmente a expectativa do profissional frente à resposta do paciente sob seus cuidados. Ela parte da idéia de que uma relação terapêutica só é frutífera quando o profissional percebe a confiança do paciente e que este apresenta melhora.

A AUTONOMIA MODIFICADA, que descreve o modo no qual os enfermeiros tomam decisões pelos pacientes, modificando de qualquer modo a sua autonomia.

4.2 A SENSIBILIDADE MORAL E OS CONFLITOS MORAIS

Um relato comum dos profissionais nas situações morais foi o de ter a experiência do conflito entre a manutenção da autonomia do paciente e da proteção dele ou de outrem de algum risco (Lützén e Nordin, 1993). Em todas as situações, os profissionais sentiram-se moralmente compromissados e responsáveis em responder pela situação de vulnerabilidade do paciente. Segundo um deles,

Não responder a um paciente é uma atitude anti-ética.

Impedir o profissional de assumir esta responsabilidade foi também tema de conflito moral. Manter uma relação de confiança enquanto se tem de seguir as regras que o paciente não quer seguir também foi tema de discussão e debate.

Ao se estruturar o sentido moral de uma ação e relação, identificou-se um processo espontâneo do profissional em resolver o conflito moral. Este processo é anterior à ação e inclui a integração de todos os aspectos contextuais e pregressos do profissional na decisão de sua nova situação. Isto pôde ser exemplificado por esta afirmação:

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

Eu era a única que sabia como as coisas estavam. O conflito para mim foi que eu tinha construído um relacionamento de confiança com o paciente e, quando me vi forçada a comunicar ao médico seu potencial de agressividade para com o seu filho, ele me proibiu de fazer isto. O problema era que ele não queria que eu falasse com o médico.

Em uma situação semelhante, a enfermeira lembrou-se que percebeu a intenção suicida da paciente.

Eu me lembro especificamente de uma paciente que estava severamente deprimida. Eu tinha que decidir se acreditava que ela queria mesmo tirar sua vida. Eu realmente não queria ouvi-la. Eu senti que ela queria que eu arrumasse as coisas para ela. O meu conflito foi em fazer algo para ela e não perder a sua confiança.

Os exemplos acima mostram como a estrutura do sentido moral começava a se constituir quando o profissional lembrava dos fragmentos de uma situação e se dava conta do todo moral da mesma. Este processo também envolvia a percepção do conflito moral, no qual o profissional se tornava consciente da situação de vulnerabilidade do paciente, sabendo que suas ações podiam limitar a autonomia do mesmo. Ao julgar as alternativas, o profissional tentava justificar as *boas* ações.

4.3 A PERCEPÇÃO DO CONFLITO MORAL

A percepção se refere a uma capacidade cognitiva, ou seja, ver e ouvir o que nem sempre está evidente. Perceber conflitos morais numa relação é a capacidade do profissional de diferenciar os significados da relação para compreender a realidade da situação. Lützén (1993) apontou que, para os enfermeiros, a percepção pareceu estar mais baseada na intuição e sentimentos do que no uso de teorias e raciocínios baseados em princípios. Por exemplo, em resposta à questão do pesquisador, *O que você acha que pode ajudá-lo mais na resposta às necessidades dos pacientes?* nenhum dos enfermeiros se referiu a teorias ou códigos de ética. Uma enfermeira disse:

A experiência prática é mais importante para mim do que dizem os livros.

Os profissionais, neste aspecto, descreveram *sentido* como um risco iminente pela vida do paciente ou, em alguns casos, sua integridade ou a de outrem se a decisão errada fosse tomada. Uma outra profissional disse:

Uma paciente ambulatorial me ligou numa tarde de sexta-feira logo quando estávamos para fechar a unidade de atendimento. Ela ameaçou se matar e, ao invés de dizer, 'Estou indo,' eu perguntei o que a estava impedindo de fazer isto. Ela ficou irada e desligou o telefone. Pensei no que poderia acontecer, mas minha intuição e a resposta dela me disseram que ela não falava sério em sua ameaça.

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

Enquanto alguns profissionais falaram explicitamente no termo *intuição*, outros implicitamente colocavam o termo *intuição perceptiva* ao usar palavras como *introspecção*, ou expressões como *fiz o que era certo*, *eu somente sabia que era a coisa certa a fazer*, ou *algo me disse isto*. Quando solicitada a explicar o que queria dizer com *intuição*, uma profissional disse:

A intuição para mim é agarrar-se a uma situação aqui e agora, sem estar consciente dela, conectar sentimentos e conhecimentos, num tipo de síntese. Se eu retornar e analisar a situação, eu posso ver que foi na minha intuição em que confiei.

Os sentimentos foram identificados também como a percepção da obrigação moral de se agir em nome do paciente, estando preocupado com ele no sentido humano (Lützén, Idem).

4.4 O CONHECIMENTO DA SITUAÇÃO MORAL

Identificamos conhecimento como a segunda propriedade da estruturação do sentido moral. Nas observações de Lützén (1993), é a maneira não linear e não dedutiva de compreensão moral da relação profissional-paciente depois da percepção do conflito moral.

Partindo-se do princípio de que cada situação é única, seguir regras e princípios não teve maior importância do que saber realmente o que deveria ser feito. Similarmente, os profissionais não se referiram à verdade, a

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

teorias e fatos, ou até a algum conhecimento teórico que poderia ter relevância e uso nas situações citadas. Como uma outra profissional disse:

Eu tentei fazer o que era certo baseado na minha experiência. Quanto mais eu aprendia sobre teorias, mais eu via que eu não sabia. O que existe é somente uma verdade. Se um expert diz algo, você logo acha outro que diz o contrário.

Este tipo de pensamento também foi classificado como *quebrar as regras*.

4.5 O JULGAMENTO MORAL DAS SITUAÇÕES

Para saber como responder ao paciente, os profissionais pesavam as alternativas na tentativa tanto de estabelecer o sentido moral, como de justificar as suas ações. Valorar e idealizar são dois aspectos interrelacionados com o julgamento e que se referem a componentes dialéticos, valores pessoais e ideais profissionais. Isto pode ser exemplificado no fato de profissionais que, em grupo, expressam os mesmos ideais, mas, separadamente (como indivíduos), pensam de modo diferente. Entretanto, o conhecimento individual do profissional sobre suas obrigações de tomar decisões corretas, de acordo com os códigos de ética, pode não ser o mesmo na sua opinião pessoal sobre o que é *bom*. A motivação de se agir pelo bem do paciente parece refletir mais a orientação da conduta pela relação do que a noção de *certo* nos objetivos e ideais profissionais. Em cada relação podem existir diferentes elementos e determinantes.

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

Apesar disso, viu-se que nem todos os valores e ideais profissionais podem ser realizados nas situações concretas. Lützén (1993) afirma que os ideais que guiam a prática profissional somente podem ser concretizados se certas contingências favorecerem ou se houver opções disponíveis. Dentro das perspectivas dos enfermeiros, a manutenção da autonomia do paciente é somente possível se o paciente perceber que sua livre vontade pode ser respeitada ao se sentir forçado a se submeter a tratamento psiquiátrico. O ideal profissional de autonomia pode ser também contradito em certas ações.

Dentro desse espectro, viu-se a perspectiva da experiência subjetiva e interpessoal no processo de decisões morais. A estruturação do sentido moral foi derivada indutivamente, o que significa que os profissionais tentavam pensar moralmente com base nas suas percepções, intuição, sentimentos, valores pessoais, justificando as *boas* ações em situações concretas nos *settings* psiquiátricos.

Todas as situações que os profissionais descreveram envolveram o dilema: Como responder ao paciente?

Este problema foi o maior ponto de estudo de Gilligan (1988), em suas reflexões sobre ética do cuidado. Desta perspectiva tentava distinguir as questões morais: Como devo responder? Qual é a ação correta? Neste estudo, entretanto, essa distinção não pode ser feita. Nas situações descritas, houve uma preocupação dos enfermeiros em descrever a resposta correta, assim como em justificar a ação como *correta*.

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

A percepção incluiu a intuição e os sentimentos tanto do significado moral óbvio quanto do escondido em uma situação concreta. A importância da intuição na prática psiquiátrica, apesar de ser de difícil definição, tem sido bem documentada, como diz Benner (1984)^{*}, *apud* Lützén e Nordin (1995). De uma forma igualmente importante, os sentimentos podem ser definidos como emoções do cuidado quando eles funcionam a partir de uma motivação moral. Entretanto, desde que os sentimentos possam variar de uma situação para outra e de pessoa para pessoa, a necessidade de se investigarem as emoções no processo de tomada de decisões morais é aparente.

4.6 A BENEVOLÊNCIA EXPRESSA

A benevolência expressa foi definida como o desejo de se fazer o bem, comparada à beneficência, que é a prática de se fazer o bem (Seedhouse^{**}, *apud* Lützén, 1993). O significado de *bom* aqui foi usado para descrever a intenção que sublinhava as ações dos enfermeiros, iniciadas pelo enfermeiro, mas afetando o paciente em uma situação concreta. A intenção de se fazer o que é melhor para o bem-estar do paciente estava tanto explícita nos relatos dos enfermeiros quanto implícita na análise de seus discursos.

^{*} Benner P. The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. **Adv. Nurs. Sci** 1991; 14(2): 1-21.

^{**} Seedhouse D. **Ethics, the heart of health care**. John Wiley and Sons, Chichester. 1988.

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

A benevolência, neste estudo, apareceu como as intenções genuínas, verbalmente expressas, de se fazer o que é julgado como bom para o outro, neste contexto, o paciente psiquiátrico.

Lützén (1993) inferiu que o processo de tomada de decisões com base na estrutura da relação enfermeiro-paciente pareceu estar permeado pelos sentimentos *benevolentes* dos enfermeiros, ou seja, o desejo dos enfermeiros de realizar o bem numa situação concreta. Esta intenção dos mesmos foi um dos grandes temas de todas as entrevistas. O sentimento de benevolência pode ser uma característica pertinente do comportamento moral nos cuidados psiquiátricos e de enfermagem. Um forte senso de benevolência pode explicar como alguns enfermeiros podem trabalhar em certas áreas, mesmo quando seus esforços pareçam ser inócuos.

Beauchamp e Childress (2001) sugerem que a pessoa que age com o senso de compaixão é mais propensa a ter boas intenções morais e ser aquela em quem tendemos a confiar mais. A pessoa que somente segue as regras impostas pelo meio pode satisfazer os preceitos externos de conduta sem uma genuína atenção pela vulnerabilidade do paciente.

A benevolência é freqüentemente vista como uma virtude, quando uma pessoa apresenta um alto padrão de caráter moral ou um ideário moral como justiça, sabedoria, etc. Entretanto, o termo virtude está mais proximamente relacionado com o termo *excelência*, utilizado na literatura de enfermagem para denotar um alto padrão de competência e conhecimento pessoal. Voltamos a Beauchamp e Childress (2001), que afirmam que a

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

caridade, a compaixão e a empatia, ligados à benevolência, são traços de caráter ou características associadas à virtude, traços estes também vistos neste estudo.

Entretanto, como diz McIntyre (1985)* *apud* Lützén e Barbosa da Silva (1996), as definições do que se considera como virtude mudam dependendo do contexto social e cultural. Congruente com isto, podemos dizer que ser benevolente, no caso de uma enfermeira ou de um médico, é ter a aderência consciente a regras e princípios e, em outro contexto, assumir riscos, transgredindo estas mesmas regras e princípios em favor do paciente.

Pode-se pressupor então que a integridade do paciente e o seu bem-estar não dependem somente das ações corretas, mas também do desejo do profissional em fazer o bem. Uma questão que pode ser levantada para futuras pesquisas é: Como o paciente responde ou sabe se o profissional genuinamente se importa com ele como indivíduo? Pode-se dizer que um profissional que tem a confiança do paciente não é aquele que somente age baseado nos princípios da justiça, mas também está motivado a cuidar por comprometimento, auto-conhecimento, empatia, compaixão e responsabilidade.

* MacIntyre A. **After virtue**. London: Duckworth, 1985.

4.7 CONFLITOS MORAIS NA RELAÇÃO

Perceber a posição de vulnerabilidade do paciente nem sempre leva a soluções satisfatórias de um conflito moral. Novamente segundo Scudder e Bishop (1986)* *apud* Lützén e Nordin (1993), duas intenções na saúde podem levar a conflitos: a intenção de seguir os procedimentos profissionais padrão e a intenção de atender às específicas necessidades dos doentes.

Reiteram eles que as ações que são moralmente *boas* são acompanhadas por um bem estar subjetivo e as más ações produzem sentimentos ruins.

Atender à vulnerabilidade do paciente pode ser comparado ao conceito de Gilligan e Attanuci (1988)** *apud* Lützén e Nordin (1993), de “Moralidade da resposta e cuidado”. Isto significa que os problemas morais estão geralmente construídos como problemas de relacionamento ou respostas. Como responder aos outros se resolve através da atividade do cuidado.

Neste sentido, o profissional que responde às necessidades dos pacientes tem também que lidar com a estrutura e suas ordens a serem

* Scudder J, Bishop A. 1986. **Moral sense and health care**. *Anacleta Husserliana*, XX, 125-58.

** Gilligan C, Attanuci J. **Two moral orientations**. In Mapping the moral domain (Gilligan C, Ward J. e McLean Taylor J. eds). Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts. 1988.

seguidas. Dentro deste espectro, arriscar-se para *proteger* o paciente pode levar a sérias consequências, tanto para o profissional quanto para o paciente.

4.8 O SIGNIFICADO MORAL, A AUTONOMIA, O RESPEITO PELA TÉCNICA E A ORIENTAÇÃO PELO RELACIONAMENTO

Simpson (1976)* *apud* Lützén e Nordin (1995), apontou que processos não reacionais, como a motivação e as emoções, são bases para o desenvolvimento do senso de competência e auto-estima que, depois, fomentam a base para o crescimento intelectual, moral e social.

Ketefian (1987)** *apud* Lützén e Nordin (1995), disse que a razão (pensamento moral) é um processo do pensamento e de deliberação cognitiva envolvidos em questões éticas.

Na percepção de um conflito moral (experiência do conflito) no campo profissional enfermeiro-paciente (Lützén, 1993), o profissional reconhece a vulnerabilidade do paciente e se torna consciente das implicações morais na tomada de decisões pelo paciente. Pelo processo de percepção, saber e julgamento, o profissional recorre à estrutura do

* Simpson E. A holistic approach to moral development and behavior. In: Lickona T. ed. **Moral development and behavior**: theory, research and social issues. New York: Holt Rinehart and Winston, 1976: 159-66.

** Ketefian, S. Moral development: moral behavior in nursing. Adv. Nurs. Sci. 1987; 9 (2): 10-19.

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

significado moral para esta ou aquela situação, tendo como base o respeito pelas normas e técnicas como norteadores do processo de cuidado e terapia.

Pode a posição do profissional no tratamento dos seus pacientes ser influenciada tanto pelas técnicas estabelecidas pela teoria quanto pela própria experiência? Certamente existem contradições e paradoxos éticos que aparecem no tratamento psiquiátrico diário.

Em nome das *boas* ações (benevolência), justifica-se uma intervenção (ou sobreposição) na auto-determinação do paciente (modificação da autonomia). Alterar a autonomia do paciente exige um refinamento dos princípios de competência moral e técnica do profissional que sempre julga as possibilidades da situação, tem sensibilidade para perceber conflitos na ação terapêutica, possui valores e normas que possam influenciar sua atitude moral e assume sua impotência na busca de recursos e opiniões outras nos vários contextos vivenciados.

Isto indica, numa última instância, uma orientação interpessoal. Além da empatia, do julgamento e dos valores do profissional, esta dimensão analisa quanto o relacionamento com o paciente é importante no complexo do tratamento e quanto o médico se orienta (e não é visto como resultado) por esta relação terapêutica. Traz à tona a questão da importância da participação do paciente no processo do tratamento, baseada no respeito ao que o paciente pensa e nas suas atitudes como resultado da intervenção profissional. Digamos que seria uma maior horizontalização na relação médico-paciente.

4.9 A CONSTRUÇÃO DO MSQ A PARTIR DO *MORAL SENSITIVITY TEST*

Da perspectiva da teoria psicométrica de construção de escalas segundo McIver e Carmines (1981)^{*}, Waltz e Strickland (1984)^{**} e DeVillis (1991)^{***} *apud* Lützén et al. (1994), e a partir das reflexões teóricas descritas nos estudos acima, foi construído, com questões e reflexões da prática na relação dos enfermeiros com os pacientes, o Teste de Sensibilidade Moral (TSM), *Moral Sensitivity Test* (MST), conforme Anexo C, um instrumento com vários itens, auto aplicável e do tipo Likert, com 7 níveis, com 6 dimensões derivadas do estudo de Lützén (1993).

A lista de itens para cada conceito pôde ser vista como um modo operacional de cada dimensão da sensibilidade moral. Entretanto, como todos os conceitos são abstrações do mesmo fenômeno de interesse, a validade instrumental do conceito de sensibilidade moral foi testada pela unidimensionalidade dos itens, cobrindo 6 dimensões morais do estudo.

As âncoras de resposta da escala foram: completamente em desacordo, representada pelo 1, e completamente de acordo, representada pelo 7. Uma vantagem da escala tipo Likert é que através dela pode-se ter acesso a mais de 1 componente de um fenômeno, assim distinguindo

^{*} McIver J P, Carmines E G. **Unidimensional scaling**. Sage, Beverly Hills,

^{**} Waltz C F, Strickland O L, Lenz E R. **Measurement in nursing research**. FA Davies, Philadelphia. 1984.

^{***} DeVillis R F. **Scale development**. Sage, Newbury Park, 1991.

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

peçoas. Segundo Lützén (1993), preferiu-se a escala de 7 pontos em detrimento de uma de 6 pontos para não forçar uma decisão do sujeito da pesquisa. O escore de 1 a 7 para cada item poderia indicar a extensão de concordância e não concordância para cada questão, como poderia também verificar as diferenças entre os grupos.

Um total de 35 itens pré-codificados foi agrupado segundo cada dimensão:

- 1) Orientação interpessoal → Questões 1, 2, 3, 4, 17, 31, 34 e 35.
- 2) A estrutura do significado moral → Questões 6, 8, 14, 18, 20, 28, 29 e 32.
- 3) Benevolência expressa → Questões 5, 7, 19, 21, 22, 23, 25 e 26.
- 4) Modificar a autonomia do paciente → Questões 10, 12, 13, 15, 27 e 30.
- 5) Experiência do conflito moral → Questões 9, 11 e 15.
- 6) Confiança no conhecimento médico → Questões 16, 24 e 33.

A razão para o número desigual de questões para cada dimensão da escala foi que alguns itens poderiam representar mais de uma dimensão da mesma, não influenciando os possíveis resultados.

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

Antes de administrar o questionário, seis enfermeiros experientes em ética e psiquiatria revisaram o mesmo e analisaram a relevância de cada questão, além do domínio de interesse na sensibilidade moral dentro da enfermagem psiquiátrica. Isto, para maximizar a validade de conteúdo do instrumento. Houve o total consenso na avaliação das revisões da mesma.

Todos os enfermeiros empregados por mais de 1 ano no Departamento de Psiquiatria do Hospital X foram selecionados como potenciais respondedores, assim como enfermeiros de todos os serviços em psiquiatria fora do departamento e na comunidade. Para facilitar a distribuição do questionário, minimizar as desistências e resguardar a autonomia, um pesquisador assistente, que não estava envolvido na pesquisa, contatou o Chefe de Enfermagem de cada serviço. Assim, pode-se obter o número exato de questionários distribuídos para o número exato de enfermeiros que preenchem os critérios de participação. Para cada Chefe da Enfermagem foram distribuídos os questionários, num total de 118 questionários.

Retornaram 84 questionários (71,20%) dos 118 distribuídos. Destes, 5 estavam em branco. Um dos sujeitos da pesquisa recebeu erroneamente 2 questionários e devolveu 1 deles em branco. Lützén (1994) especulou que os outros 33 questionários não retornaram possivelmente por razões de demissão, absenteísmo, não preenchimento do critério de mais de 1 ano de emprego, ou simplesmente pela recusa no preenchimento da escala.

A análise dos itens incluiu o método de Likert, descrito por

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

Frankfort-Nachmias and Nachmias (1992)* *apud* Lützén et al. (1994), de correlação de cada questão com o escore total da escala, utilizando o coeficiente de correlação de produto de Pearson's. A consistência interna da escala também foi testada pelo coeficiente de Alfa de Cronbach.

Por razões éticas e considerando o tipo de medida, o teste-reteste não foi feito para se testar a confiabilidade da escala. Ao se examinar a performance de uma questão, os seguintes atributos necessários a uma instrumentação foram considerados:

- 1) As questões que foram previamente codificadas como negativas foram invertidas antes dos cálculos do escore e os valores não preenchidos foram substituídos pela média individual do escore total. Em um questionário houve 4 não preenchimentos dos valores.
- 2) A relativa alta variância da questão pareceu indicar que existe a habilidade do instrumento em discriminar os indivíduos pela expressão das diferentes opiniões, bem como enfermeiros de diferentes locais de trabalho.
- 3) A avaliação da escala de 35 questões revelou as Questões 28, 29, 31, 34 e 35 com correlações baixas (menores de 0,11), ou até negativas.

* Frankfort-Nachmias C, Nachmias D. **Research methods in the social sciences**. Hodder e Stoughton, London, 1992.

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

- 4) O alfa de Cronbach para a escala total foi de 0,64. Para se testar a unidimensionalidade da escala, as dimensões 1, 2 e 3 foram reclassificadas em sub-escala A (alfa de 0,62) e as dimensões 4, 5 e 6 foram reclassificadas em sub-escala B (alfa de 0,60).
- 5) A retirada das Questões 28, 29, 31, 34 e 35 fez com que o alfa de Cronbach da escala subisse para 0,73.

Lützén (1993) afirmou que o MST não foi utilizado para avaliar o comportamento moral, mas sim para avaliar a relevância das categorias conceituais selecionadas pela análise dos itens.

Neste estudo, o MST foi avaliado nas suas 6 dimensões da moralidade. O não tão impressionante escore positivo da correlação questão-total da escala indica que a escala não é unidimensional; se, de fato, levarmos em conta o conceito teórico, seria multidimensional.

Nem todas as categorias se relacionaram positivamente, o que indica também uma multidimensionalidade. Independente disso, houve algumas relações teóricas feitas entre as 6 dimensões da escala. A relação teórica entre a dimensão *benevolência* e a dimensão *conflitos na prática diária* exemplifica-se como: um enfermeiro que tem um alto senso de benevolência é também aquele que é mais propenso a ter conflitos na prática diária. Também houve uma relação significativa entre a dimensão *significado moral* e a categoria *respeito pela autonomia do paciente*. Esta poderia ser pensada como a estrutura do sentido moral quando há um conflito moral, isto é, quando o

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

enfermeiro tem de modificar o princípio da autonomia na relação com o paciente, assim como houve uma fraca, mas significativa, relação entre as dimensões 3 e 4.

Como Nunally (1978)* *apud* Lützén (1994), afirmou, o tamanho do coeficiente de confiabilidade interna de um instrumento baseia-se tanto nos valores de correlação dos itens quanto no número de itens de uma escala. Isto foi demonstrado quando se diminuiu o número de questões da escala de 35 para 30, passando o Alfa de Cronbach de 0,64 para 0,73. A partir desta modificação, Lützén (1995) criou *The Moral Sensitivity Questionnaire*, com os domínios descritos abaixo:

- 1) Autonomia Modificada → Questões 10, 12, 15, 16, 21, 24 e 27.
- 2) Benevolência Expressa → Questões 2, 5, 8 e 25.
- 3) Respeito pela Integridade do Paciente → Questões 1, 6, 18, 29 e 30.
- 4) Experiência de Conflitos Morais → Questões 9, 11 e 14.
- 5) Respeito pelas Regras na Prática Psiquiátrica → Questões 4, 17, 20 e 28.
- 6) Orientação Profissional pelo Relacionamento → Questões 7, 13, 19 e 22.

* Nunally J C. **Psychometric theory**. McGraw-Hill, New York. 1978.

4 O Questionário de Sensibilidade Moral

A partir da construção e da estruturação do MSQ, Lützén partiu para a aplicação da escala nos grupos de profissionais envolvidos tanto com a enfermagem quanto com a medicina na psiquiatria. O primeiro estudo (1995) foi realizado com 295 enfermeiros psiquiátricos na Suécia. A seguir, foi realizado o estudo (Lützén et al., 1997) com 754 médicos psiquiatras também da Suécia. Nesse estudo a escala, nos moldes que foi construída, foi aplicada aos médicos, modificando-se as denominações profissionais das questões (Anexo D).

O QSM utilizado nas pesquisas e a escala que serviu como método de investigação na presente foi a mesma escala de avaliação com 30 itens e respostas tipo Likert de 6 dimensões éticas da prática psiquiátrica, divididas em:

- ▶ Autonomia Modificada
- ▶ Benevolência Expressa
- ▶ Respeito pela Integridade do Paciente
- ▶ Experiência de Conflitos Morais
- ▶ Regras na Prática Psiquiátrica
- ▶ Orientação Profissional pelo Relacionamento

5 Metodologia

5.1 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo foi a República Federativa do Brasil. Nesta, foi pesquisado o universo dos Médicos Psiquiatras com registro da especialidade no Conselho Federal de Medicina (CFM).

5.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O estudo em questão é um estudo individuado, não intervencionista, observacional, aberto e transversal, do tipo inquérito.

5.3 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

O tamanho mínimo da amostra necessário para a realização do estudo seria de 288 médicos, para uma frequência esperada de 25%. Para garantir um nível de confiança de 95% e 99%, com um erro máximo de 5% e 1%, respectivamente, seria necessária, segundo Kish e Leslie (1965), uma amostra de 498 médicos.

5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Ao avaliar mais profundamente o MSQ, pudemos aferir um instrumento interessante que, devidamente traduzido e validado, poderia ser de grande valia para os estudos de bioética e psiquiatria na língua portuguesa

e na psiquiatria brasileira. Além disto, a própria Lützén (1997) sugeriu a realização de pesquisas da mesma magnitude do seu estudo, que reuniu uma amostra significativa dos psiquiatras em atividade na Suécia e em outros países para identificar possíveis diferenças nos posicionamentos dos médicos baseados em fatores culturais e sociais locais, determinantes na tradução e validação transcultural de instrumentos em psiquiatria. A partir do e-mail de confirmação e aceitação da tradução e validação da escala (Anexo A), procedemos à tradução e à validação do MSQ (Apêndice C), realizadas em 2003 (Liboni e Cohen).

Existem várias interpretações para o método da sensibilidade moral, mas o método fenomenológico aparece como base porque procura investigar e desenvolver todo o fenômeno e experiência humana como é vivenciada (Husserl, 1986), ou seja, a partir da experiência do indivíduo. Patton (1990) complementa, dizendo que o objetivo é investigar e descrever todo o fenômeno de modo indutivo e descritivo. Aquilo que está fora do percebido não é analisado.

Dentro desta perspectiva, vimos o senso moral como uma virtude que tem raízes e essências psíquicas como bases dos fenômenos comportamentais éticos.

Como pressuposto da escala, decidimos não somente avaliar o posicionamento do médico e a estrutura da sua sensibilidade moral, mas também algumas variáveis (epidemiológicas, culturais e profissionais) da sua constituição individual, social e cultural, que poderiam ter relação estatística

com as opções tomadas na escala. As características dos profissionais levantadas foram: idade no momento da pesquisa, raça, sexo, estado civil, religião, realização ou não de residência médica como base de formação na especialidade, tempo de atuação na especialidade (experiência profissional) e tipo de prática predominante dentro da psiquiatria. Foram colhidas informações sobre a cidade e estado de origem, porém não as utilizamos pela questão ética da confidencialidade da origem da amostra.

Segundo Machado (1996), das sessenta e cinco especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina como especialidades médicas, dez se sobressaem no mercado de serviços médicos no Brasil. São elas: Pediatria (13,4%); Ginecologia e Obstetrícia (11,8%); Medicina Interna (8,0%); Cirurgia Geral (5,5%); Anestesiologia (5,2%); Cardiologia (4,8%); Ortopedia e Traumatologia (3,7%); Oftalmologia (3,6%); Psiquiatria (3,3%) e Medicina Geral e Comunitária (2,6%); Estas dez especialidades no país englobam 62,1% do total de médicos que atuam neste mercado. Em números, o mercado de trabalho médico do Brasil tem a seguinte estrutura: 69,7% dos médicos têm atividade no setor público (seja na esfera federal, estadual ou municipal), apresentando regionalmente a seguinte distribuição: norte (82,4%); nordeste (81,1%); sudeste (66,8%); sul (63,9%); e centro-oeste (74,7%). Diz também que, no Brasil, 75,6% dos médicos têm até três atividades e 24,4% apresentam-se com quatro ou mais atividades profissionais médicas, comportamento este observado em todas as regiões.

5.4.1 DEMOGRAFIA

O Brasil é um país de dimensões continentais. Contabiliza-se hoje uma população de 176.876.251 habitantes (Tabela 1), segundo o IBGE (2003). É um país com contingente populacional distribuído, em sua maioria, nas regiões sudeste, nordeste e sul (Tabela 1). Além da regionalização desta distribuição, vemos uma forte concentração da população urbana nas capitais dos Estados, assim como no Distrito Federal (Tabela 2).

TABELA 1 – Brasil. População residente por sexo segundo região. Setembro/2003.

REGIÃO/UF	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Região Norte	6.981.947	6.802.948	13.784.895
Região Nordeste	24.201.079	25.156.040	49.357.119
Região Sudeste	36.893.011	38.499.012	75.392.023
Região Sul	12.852.763	13.172.218	26.024.981
Região Centro-Oeste	6.139.613	6.177.620	12.317.233
TOTAL	87.068.413	89.807.838	176.876.251

FONTE: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional e MS/SE/Datasus, a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE, para os anos intercensitários.

TABELA 2 – Brasil. População residente por situação segundo capitais/DF e região. Setembro/2003.

REGIÃO/UF	CAPITAIS	TOTAL	%
Região Norte	4.209.029	13.784.895	30,53
Região Nordeste	10.652.105	49.357.119	21,58
Região Sudeste	19.259.545	75.392.023	25,54
Região Sul	3.434.381	26.024.981	13,20
Região Centro-Oeste e DF	4.550.021	12.317.233	36,94
TOTAL	42.105.081	176.876.251	23,80

FONTE: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional e MS/SE/Datasus, a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE, para os anos intercensitários.

Totalizando 294.136 profissionais (Tabela 3), o contingente médico do país acompanha, na mesma proporção, sua distribuição populacional e regional. Enquanto apenas 23,8% da população vivem nas capitais, 51,6% (65,9%, segundo Machado, em 1996) dos médicos exercem suas atividades profissionais nessas mesmas cidades, o que equivale a 1,66 médicos/1.000 habitantes no país. Temos uma relação de 3,61 médicos/1.000 habitantes nas capitais, e 0,88 médicos/1.000 habitantes no interior dos Estados.

TABELA 3 – Brasil. Médicos ativos e percentual segundo região. Distribuição entre capitais dos estados/DF e interior.

REGIÃO	CAPITAL	INTERIOR
Região Norte	7.527 (69,20%)	2.564 (23,10%)
Região Nordeste	32.137 (67,14%)	12.650 (26,43%)
Região Sudeste	82.052 (47,70%)	74.701 (43,43%)
Região Sul	18.557 (42,77%)	22.249 (51,29%)
Região Centro-Oeste e DF	11.730 (58,30%)	6.565 (36,62%)
TOTAL	152.003 (51,60%)	142.133 (48,40%)

FONTE: Conselho Federal de Medicina (Nov/2003).

5.4.2 TRABALHO E FORMAÇÃO ACADÊMICA

Com os crescentes e rápidos avanços no conhecimento, o médico recém-formado há muito tempo não consegue mais atuar profissionalmente como um generalista. Neste contexto de transformação e ampliação do conhecimento e, baseado no modelo de formação que prioriza a especialização, esta se fez realidade. A especialização médica, segundo Feuerwerker (1998), trouxe o modelo de residência médica como um paradigma na formação do médico. Diz a autora que este modelo tem um duplo papel na formação do médico brasileiro. O primeiro seria de complementar o processo de graduação, tendo em vista as deficiências reconhecidas desse processo e, segundo, ter a especialização como uma possibilidade de melhor inserção no mercado de trabalho.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a modalidade de pós-graduação lato senso — Residência Médica — é

consistentemente a melhor forma de habilitar um profissional para a sua prática.

O nascimento do conceito de Residência Médica, que remonta o final do século XIX nos Estados Unidos da América do Norte (Guthrie, 2005), vem a ser incorporado e estimulado oficialmente no Brasil em meados da década de 1940, com a instalação dos primeiros programas de Residência Médica (PRM) (Souza, 2005). Até então o ensino e o aprofundamento do estudo de áreas específicas da medicina se restringia a poucos hospitais e escolas.

Oficialmente, segundo o Ministério da Educação e Cultura, a Residência Médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, e se constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em Instituições de Saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o *padrão ouro* da especialização médica. Este mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica — CNRM.

De acordo com o MEC, um PRM, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao Médico Residente o título de especialista. Diz também que a expressão *Residência Médica* só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica. Na resolução normativa 1634/2002, o CFM, no Art. 4, declara que o médico só pode declarar vinculação com

especialidade ou área de atuação quando for possuidor do título ou certificado a ele correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina. A Resolução normativa CFM 1666/2003 diz que a certificação da especialidade, fora algumas exceções, deve ser feita exclusivamente via Sociedades de Especialidades.

Em relação à Psiquiatria, no Brasil (ABP) os primeiros Programas de Residência Médica (PRM) iniciaram-se em 1948, em hospital geral não universitário, o IPASE (Instituto de Previdência e Assistência do Estado), no Rio de Janeiro, e, em 1951, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

Atualmente, pelos critérios da ABP, o médico que pretende obter o título de Especialista em Psiquiatria deve ter:

- 1) Inscrição primária no Conselho Regional de Medicina, no mesmo Estado ou região em que resida. Formação em Psiquiatria por, no mínimo, 02 (dois) anos;
- 2) Conclusão do Curso de Residência Médica em Psiquiatria, credenciado pela CNRM/MEC (dois anos de duração, segundo a CNRM), ou Curso de Especialização em Psiquiatria, reconhecido pela ABP, ou ainda 05 (cinco) anos de efetiva prática profissional na área da Psiquiatria.

Nossa maior preocupação quando da aferição da perspectiva da formação profissional dos médicos psiquiatras investigados pela pesquisa foi a de se aprofundarem as possíveis diferenças entre as opções e dimensões do QSM segundo a sua formação.

Brent *apud* Nogueira-Martins e Jorge (1998, p. 29), diz:

A residência médica é um processo de desenvolvimento no qual o residente deve aprender a lidar com sentimentos de vulnerabilidade, a fazer um balanço entre o desejo de cuidar e o de curar, a lidar com sentimentos de desamparo em relação ao complexo sistema assistencial e estabelecer os limites de sua identidade pessoal e profissional.

Será que podemos esperar daqueles com formação em Residência Médica um padrão diferenciado na percepção da sensibilidade moral na relação com seus pacientes daqueles que não passaram por este tipo de formação?

Feuerwerker (1998, p. 59), sobre a natureza da formação médica, diz:

A prática profissional historicamente tem sido transmitida através de treinamento em serviço. É no processo de combinar os conhecimentos teóricos adquiridos com a exigência clínica (indicando relacionamento com pacientes) que se encontra a 'mágica' da prática profissional médica. Somente a experiência adquirida na prática pode completar a formação (científica) do médico: é pela experiência clínica que o profissional se apropria dos doentes (e não mais apenas das doenças). É pela prática que se constrói a experiência clínica e é mediante o aprendizado em serviço que o futuro profissional constrói também a ética de suas relações com pacientes, baseada no exemplo e na experimentação.

Calil (1993) pontua que a proposta pedagógica inserida nas exigências da Comissão Nacional de Residência Médica em Psiquiatria, no Brasil, é de se formar um especialista que: recebeu supervisão contínua de profissional altamente qualificado; adquiriu habilidades para prestar atendimento ambulatorial a doentes mentais; adquiriu habilidades para prestar atendimento em regime de urgência a doentes mentais em crise; adquiriu

habilidades para prestar atendimento em regime de internação a doentes mentais, não exigindo explicitamente que haja hospital psiquiátrico especializado durante o treinamento.

Historicamente, acompanhando toda a evolução e estruturação do ensino médico de graduação e pós-graduação no Brasil, tivemos, e ainda temos, um hiato entre o número de vagas disponíveis para Especialização em PRM e o número de médicos formados em todo país. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, existem cerca de 8 mil médicos psiquiatras em exercício da especialidade no país.

O Conselho Federal de Medicina aponta em seus registros 3848 médicos psiquiatras e o MEC registra atualmente 2656 médicos psiquiatras com certificado de Residência Médica registrado.

Segundo o MEC, a Comissão Nacional de Residência Médica credenciou, para o ano de 2003, 20.458 vagas de Residência Médica, sendo 8.574 para residentes de primeiro ano. Estas vagas foram credenciadas para 2.550 programas de Residência Médica, distribuídas em 415 Instituições de Saúde.

Estes dados não estão de acordo com os de outras fontes, como o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que relata:

Mais grave que a concentração de médicos, no entanto, é a formação inadequada, aliada à desigualdade na distribuição dos profissionais médicos no país e à carência de vagas para Residência Médica. De acordo com estudo recente do próprio Ministério da Saúde, as vagas oferecidas para cursos de Residência Médica só atendem 80% dos formandos em Medicina. Por ano,

8.862 médicos se formam nas universidades, mas o país só tem 7.135 vagas de Residência. Se nada for feito, calcula-se que, em 2010, apenas 60% dos médicos formados terão oportunidade de fazer Residência Médica.

Na área da Psiquiatria, são 51 programas de Residência Médica, sendo 18 providos por instituições federais, 16 por estaduais, 11 por particulares, 3 por municipais e 3 mantidas por fundação (FUNDAP, Estado de São Paulo).

Em relação à distribuição geográfica, não há programas de Residência Médica registrados na região norte do país. Dos 51 programas existentes, temos 27 (52,9%) concentrados na região sudeste (10 no Estado de São Paulo, 6 em Minas Gerais e 11 Rio de Janeiro); 10 (19,6%) na região sul (9 no Rio Grande do Sul e 1 no Paraná); 9 (17,6%) na região nordeste (3 na Bahia, 2 no Rio Grande do Norte, 1 em Pernambuco, 1 no Piauí e 2 no Ceará); 2 (3,92%) na região centro-oeste (1 no Mato Grosso do Sul e 1 em Goiás); e 3 (5,88%) no Distrito Federal. Em relação às cidades, 33 (64,7%) se localizam nas capitais dos Estados, 16 (31,4%) em cidades do interior e 2 (3,92%) em Brasília.

A maioria dos programas de Residência Médica em Psiquiatria prevê 3 anos de formação, sendo que o último ano é oficialmente um ano optativo. O total de 484 vagas está assim distribuído: no primeiro ano, 205; no segundo ano, 200; e no terceiro ano, 79.

Em relação à prática da psiquiatria, temos no Brasil uma série de atividades que fazem parte do universo da prática psiquiátrica como

tratamento e área de trabalho, como a ambulatorial (clínica e psicoterápica), as hospitalares (hospital-dia, interconsulta hospitalar, hospitalar integral) e a acadêmica. Esta divisão tanto é referendada que se pode ver a segmentação das áreas e sub-áreas do conhecimento psiquiátrico descrita na existência de departamentos na ABP (ABP, 2005). Nossa pergunta seria se poderiam existir diferenças na opção pelas questões da escala segundo a prática do profissional.

5.4.3 RELIGIÃO

Dentro da realidade do mundo externo ao psiquismo, temos a opção religiosa como um dos fatores de grande influência na perspectiva do desenvolvimento do homem. Para ele, ela se apresenta como foro iniciático do contato e relação do homem com aquilo que não compreende em relação a questões concretas e abstratas da vida.

Etimologicamente, a palavra religião vem do latim *religare*, que quer dizer *ligar de novo*. O homem religioso, que está em contato com Deus, está em contato com o poder maior. Deste modo, tudo o que deriva de Deus e do saber divino é lei. Para Eliade (2001), o sagrado está saturado de ser. Potência sagrada quer dizer ao mesmo tempo realidade, perenidade e eficácia. É, portanto, fácil de compreender que o homem religioso deseje profundamente *ser*, participar da *realidade*, saturar-se de poder.

Para Amaro *apud* James (1991), a Religião é considerada como uma experiência pessoal, uma vivência, e não somente como uma

crença na experiência alheia. Eliade diz que, para o homem religioso, o mundo deixa-se perceber como mundo, como cosmos, à medida que se revela como mundo sagrado. Todo o mundo é obra dos deuses, porque foi criado diretamente pelos deuses e consagrado, portanto, *cosmizado*, pelos homens, ao reatualizarem ritualmente o ato exemplar da Criação. Isto é o mesmo que dizer que o homem religioso só pode viver num mundo sagrado porque somente o mundo sagrado participa do ser, *existe realmente*. O que na realidade está implícito nisto é que essa necessidade religiosa exprime uma inextinguível sede ontológica. O homem religioso é sedento de *ser*. O terror diante do *caos* que envolve seu mundo habitado corresponde ao seu terror diante do nada.

Pensamos a opção religiosa do homem como um conhecimento que emerge da *dialecticidade* da correlação sujeito-objeto, ou seja, homem-natureza (Reale, 2000). Este pressuposto implica no reconhecimento de que *sujeito* e *objeto*, embora heterogêneos e distintos, só têm sentido numa correlação dialética. O pensamento é dialético por intrínseca estrutura, um *processus*.

Neste sentido, existe então um conjunto de relações entre o homem e a religião que vem, ao longo da linha do tempo, estabelecendo interações e produtos. Mas tudo é tão claro? De onde aprendemos e retiramos as nossas percepções?

Reale (2000) enfoca Husserl pontuando a dimensão do ser compreendida como o conhecer. A consciência é sempre consciência de algo

e todo desejar é desejar algo. Existe um *a priori*, ou seja, existem pré-condições que possibilitam o conhecimento, de forma complementar, no sujeito e no objeto.

Neste entendimento, admitimos um *a priori* cultural religioso, ou seja, todo o conhecimento não se conclui senão com a objetivização das notas características (da natureza) aprendidas graças ao *a priori* subjetivo, em nossa opinião, do homem atual, no nível pós-convencional (Kohlberg, 1976) e que é sensível e intelectualizado. Também há o *a priori* material, pelo qual a consciência intencional apreende hermeneuticamente os dados materiais cognoscíveis, verificando-se que o ato de conhecer é um ato de integração e concreção.

Ao longo da história, vemos então o homem que tem na sua opção religiosa a relação com o absoluto, vivendo esta relação na religião de modo prático e, baseado num complexo de dogmas e normas morais (fontes de grande parte das nossas acepções e juízos de valor e peso moral), teria de pensar e vivenciar a vida com uma maturidade e sofisticação ética.

Na tentativa de melhor agrupar as respostas e segundo dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005), reunimos os grupos religiosos de afinidade e base dogmática, como *Católicos* (católicos romanos, brasileiros e ortodoxos), *Judeus*, *Espíritas*, *Evangélicos* (presbiterianos, adventistas, batistas, testemunhas de Jeová), mesmo conscientes de que têm princípios e formas distintas de crença e ritos.

O grupo designado *Outras Religiões* concentrou aqueles que disseram ter crença em religiões orientais, como o Hinduísmo e o Budismo, e religiões como o Islamismo e o Espiritualismo, além de Seitas.

Em relação aos que disseram não ter religião, agrupamos aqueles que assinalaram serem *Ateus* e não reunimos a estes os grupos dos *Sem Religião* por uma razão de definição. O Ateu não acredita em Deus, mas pode ter um corolário de crenças. Assim sendo, separamos os Ateus dos Sem Religião e daqueles que não informaram, não escrevendo nada no questionário de respostas.

Pierucci (2004) afirma que em 2000, segundo o IBGE (Tabela 4), o contingente de católicos no país era de 73,77%; o dos evangélicos era de 15,44%; o dos espíritas, de 1,38%; e os dos sem religião, de 7,28%.

TABELA 4 – Brasil. Distribuição da população residente segundo a preferência religiosa. Ano de 2000.

RELIGIÃO	n	%
Católicos romanos	124.976.912	73,77
Evangélicos	26.166.930	15,44
Espíritas	2.337.432	1,38
Espiritualistas	39.840	0,02
Afro-brasileiros	571.329	0,34
Judeus	101.062	0,06
Budistas	245.870	0,15
De outras orientais	181.579	0,11
Muçulmanos	18.592	0,01
Hinduístas	2.979	0,00
Esotéricos	67.288	0,04
De tradições indígenas	10.723	0,01
De outras religiosidades	1.978.633	1,17
Sem religião	12.330.101	7,28
Declaração múltipla	382.489	0,23
B R A S I L *	169.411.759	100,00

Fonte: IBGE, Censos Demográficos

* Não inclui 387.411 casos de religião não declarada, que correspondem 0,23% da população residente total de 169.799.170.

5.5 A BASE DOS DADOS

A primeira dificuldade que tivemos foi obter uma lista que pudesse ser a mais abrangente e fidedigna dos médicos psiquiatras em atividade do país. Pensamos inicialmente que órgãos como o CFM, pela natureza da pesquisa, seriam abertos e sensíveis, permitindo acesso aos nomes e endereços dos médicos psiquiatras em atividade no país. Entretanto,

pelo contrário, tivemos uma grande dificuldade e não conseguimos a lista dos endereços dos médicos psiquiatras em atividade no Brasil junto ao CFM, mesmo após argumentação e esclarecimento da natureza e da isenção da pesquisa. O que conseguimos foi a lista dos médicos que tem a sua especialidade registrada no CFM, disponível na rede mundial de computadores, a Internet (CFM, *site*). A primeira lista nos forneceu um número de 6100 psiquiatras. Foram realizadas várias *filtragens* e retirados os nomes dos colegas que estavam inativos, tinham os seus nomes repetidos nas listas e registros de serviços e hospitais psiquiátricos. Após obter a lista corrigida, partimos para a procura, nome a nome, dos endereços dos colegas psiquiatras para enviarmos os questionários.

A procura pelos nomes e endereços dos colegas médicos psiquiatras do Brasil foi realizada basicamente pela Internet, no período de 10/12/2002 a 20/01/2003.

Dos 6100 médicos psiquiatras listados pelo Conselho Federal de Medicina em 10/2002, encontramos 5.125 nomes com endereços completos.

5.6 A COLETA DOS DADOS

Todos os Médicos receberam um envelope que continha, além do envelope selado para retorno do questionário, um documento (Apêndice A) dividido em:

- ▶ Uma breve carta de apresentação do pesquisador, vista a impessoalidade da entrevista.
- ▶ O QSM traduzido para resposta.
- ▶ O questionário de questões epidemiológicas com espaço para assinatura do colega que autorizava a pesquisa.
- ▶ Uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido com todos os termos e condições, como o enviado à CAPPESQ — HCFMUSP (Apêndice B) por ocasião da aprovação do projeto de pesquisa.

5.7 METODOLOGIA DA ANÁLISE ESTATÍSTICA

No estudo, foram feitas comparações das questões e dimensões éticas do QSM com relação às diferentes categorias das variáveis.

A análise inferencial do estudo foi subdividida em duas partes:

❑ COMPARAÇÃO DE CADA QUESTÃO DO INSTRUMENTO E AS DIFERENTES VARIÁVEIS

- ▶ Teste de Qui-Quadrado de tendência (Magalhães e Lima, 2000) para a comparação de variáveis com duas categorias (sexo, ter feito ou não residência, prática reagrupada);

- ▶ Teste de associação linear para a comparação de variáveis que possuem categorias com respostas ordinais (idade e tempo de experiência);
- ▶ Teste não paramétrico de *Kruskall-Wallis* (Conover, 1980) para avaliar o comportamento de variáveis com mais de duas categorias cujas respostas não são ordinais (raça, estado civil e religião).

Para todos os testes, foi considerado um nível de significância de 5%, evidenciando-se diferenças entre as categorias avaliadas quando p - valor foi menor do que 0,05 (p - valor < 0,05).

❑ COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO TOTAL E DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO E AS DIFERENTES VARIÁVEIS

A análise foi feita da seguinte forma:

- ▶ Avaliação total: média de todos os itens do instrumento.
- ▶ Avaliação de cada domínio: média dos itens formadores de cada domínio, a saber,
 - Autonomia Modificada → questões 10, 12, 15, 16, 21, 24 e 27.
 - Benevolência Expressa → questões 2, 5, 8 e 25.
 - Respeito pela Integridade do Paciente → questões 1, 6, 18, 29 e 30.

- Experiência de Conflitos Morais → questões 9, 11 e 14.
- Regras na Prática Psiquiátrica → questões 4, 17, 20 e 28.
- Orientação Profissional pelo Relacionamento → questões 7, 13, 19 e 22.

Para a comparação destas variáveis quantitativas, foram utilizados diferentes testes, descritos a seguir:

☐ VARIÁVEIS COM DUAS CATEGORIAS DE RESPOSTA: SEXO, TER FEITO OU NÃO RESIDÊNCIA, PRÁTICA PSIQUIÁTRICA

Para a comparação do índice médio obtido entre os dois grupos de interesse (ex.: masculino e feminino), o teste utilizado foi o *T-Student*, a um nível de significância de 5%.

☐ VARIÁVEIS COM MAIS DE DUAS CATEGORIAS DE RESPOSTA: RAÇA, ESTADO CIVIL E RELIGIÃO

Para a comparação entre os grupos das variáveis acima, o teste utilizado foi a Análise de Variância (ANOVA), segundo Neter et al. (1996). Para a utilização desse teste, foi verificado se, para cada variável, as variâncias eram homogêneas entre os grupos (suposição para a utilização). Quando não foi verificada a homogeneidade das variâncias, foi feito o ajuste através do teste de *Brown-Forsythe* (BF). Havendo diferença significativa

entre os grupos, para a identificação de quais grupos apresentam diferenças entre si, foram feitas comparações múltiplas (comparações entre dois a dois grupos), utilizando o teste de *Dunnett* ou o teste de *Bonferroni*, este último quando não houve o ajuste de *Brown-Forsythe*, ou seja, quando houve igualdade das variâncias. Estas comparações foram apresentadas após cada tabela, apontando diferença, quando $p - \text{valor} < 0,05$.

6 Ética

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com aprovação em 25/10/2001 (Anexo B).

7 Resultados

7.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

No início do mês de março de 2003, através da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT), foram enviados 3000 envelopes, com o conteúdo já descrito, para a amostra de médicos selecionados no universo inicial de 6100 médicos psiquiatras.

Tínhamos a intenção inicial de enviar questionários a todos os médicos psiquiatras, mas, devido aos graves problemas econômicos enfrentados pelo país no final de 2002 e no início de 2003, com a deflagração de um surto inflacionário, segundo o IBGE (2003), no final do ano de 2002 e início de 2003, tivemos um aumento substancial nos custos de postagem dos envelopes. Além disso, o custo da postagem para envio era diferente do custo para recebimento porque o peso dos envelopes eram diferentes. Aqueles enviados por nós, que continham a pesquisa toda, eram mais pesados que aqueles que retornariam. Somente devido a esta situação, tivemos um aumento de cerca de 30% nos custos do envio. Pudemos então enviar somente cerca de 3000 envelopes, o que nos obrigou a selecionar as pessoas a serem enviadas. Estas pessoas foram selecionadas por randomização.

Não chegaram ao destino 197 envelopes por razões de mudança do destinatário, endereço desconhecido e insuficiente.

Do total de 3000 envelopes enviados, 2803 chegaram ao destino. Até 3 meses após o envio, recebemos 445 (15,87%) questionários respondidos, aos quais se juntaram mais 40 questionários da fase de

tradução, validação e adaptação transcultural da escala, e mais 42 questionários de colegas médicos e pesquisadores do HCFMUSP (provenientes da cidade de São Paulo, interior do Estado de São Paulo e outras 10 cidades do país).

Dos 527 questionários em mãos, foram excluídos 5 por conterem insuficiência de respostas (menos de 15) nas questões dos domínios da escala, impossibilitando a posterior estatística analítica.

Tivemos, então, um número de 522 questionários completos respondidos.

As respectivas frequências e médias das variáveis estão demonstradas na Tabela 5.

Distribuímos as idades em intervalos de 10 anos. A maior frequência foi na população de 50 a 59 anos (30,70%), seguida da população de 40 a 49 anos (28,40%), com média de 48,76 anos e mediana de 48 anos.

Em relação à raça, tivemos um predomínio da raça branca, com 91,60% (478 pessoas).

Quanto ao sexo, tivemos uma distribuição de 65,70% de homens e 34,30% de mulheres.

Declararam-se casados 64,00% dos entrevistados, com 15,90% de divorciados, em seguida.

7 Resultados

No campo da opção religiosa, 44,40% dos entrevistados disseram-se católicos. Os espíritas foram 5,70%, os evangélicos 5,20%, seguidos pelos de religião judaica, com 4,20%. Declararam-se sem religião 17,20%.

Em relação às questões da formação técnica e do trabalho, 75,10% dos médicos disseram ter feito Residência Médica. O tempo de experiência profissional na Psiquiatria também foi distribuído em intervalos, mas de 5 anos. Dos 522 que responderam à pesquisa, 16,50% (86) declararam ter entre 30 a 34 anos de experiência, seguidos daqueles com 20 a 24 anos (15,50%). O tempo médio de experiência profissional foi de 21,03 anos, com mediana de 23 anos. O tempo máximo de experiência profissional foi de 53 anos.

Em relação à prática profissional, tivemos um número de 86,20% dos entrevistados que disseram exercer mais do que duas atividades das descritas (ambulatorial, hospitalar, psicoterapia/psicanálise, docência/pesquisa, psiquiatria forense e urgências psiquiátricas) na rotina diária. Relataram ser aposentados 3,40% dos entrevistados.

Em relação à característica da distribuição geográfica dos entrevistados, optamos por não mencioná-la por uma questão ética, uma vez que esse dado não fez parte do questionário epidemiológico, e sim do envelope de retorno.

TABELA 5 – Demografia e epidemiologia dos participantes.

VARIÁVEIS	PARTICIPANTES	n	%
Sexo	Masculino	343	65,70
	Feminino	179	34,30
Raça	Branca	478	91,60
	Outra	19	3,60
	Negra	18	3,40
	Amarela	7	1,30
Estado Civil	Casado	334	64
	Divorciado	83	15,90
	Solteiro	61	11,70
	Amasiado	31	5,90
	Viúvo	13	2,50
Opção Religiosa	Católica	232	44,40
	Sem Religião	90	17,20
	Não Informada	86	16,50
	Espírita	30	5,70
	Evangélica	27	5,20
	Judeu	22	4,20
	Outras	20	3,80
	Ateu	15	2,90
Residência Médica como Formação	Sim	392	75,10
	Não	130	24,90
Tipo de Prática na Psiquiatria	Mais de uma Atividade	450	86,20
	Ambulatorial	27	5,20
	Psicoterapia	21	4,00
	Aposentado	18	3,40
	Hospitalar	5	1,00
	Ensino/Pesquisa	1	0,20
Idade	Média	48,76	D.p.11,49
Tempo de Experiência Profissional	Média	21	D.p.10,80

7.2 A COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO DE CADA QUESTÃO DO QSM COM AS VARIÁVEIS PESQUISADAS

A Tabela 6 mostra as médias e os desvios-padrão para a frequência de cada questão nas respostas.

TABELA 6 – Média e desvio-padrão das respostas por questão.

QUESTÃO	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
1	1,91	1,18
2	2,29	1,77
3	4,11	1,86
4	2,48	1,47
5	3,05	1,88
6	1,36	0,67
7	2,06	1,26
8	4,67	1,86
9	4,71	1,81
10	1,51	0,93
11	4,86	1,82
12	3,23	1,77
13	1,99	1,18
14	4,21	1,85
15	3,33	1,73
16	4,91	1,74
17	3,78	1,69
18	3,29	1,70
19	2,63	1,56
20	3,49	1,64
21	2,04	1,20
22	1,78	1,12
23	2,84	1,72
24	2,69	1,57
25	2,95	1,78
26	4,59	2,08
27	2,24	1,27
28	3,19	1,57
29	2,49	1,62
30	2,28	1,30

Inicialmente, as variáveis *idade* e *tempo de experiência* eram variáveis quantitativas. Para a análise dos dados, estas variáveis foram categorizadas em quatro classes cada uma, de forma que obtivessem classes definidas, com uma quantidade semelhante de indivíduos em cada uma delas. A informação de prática também foi avaliada através de um novo agrupamento. Abaixo estão apresentadas as descritivas destas variáveis, na Tabela 7 (idade), Tabela 8 (tempo de experiência na psiquiatria) e Tabela 9 (tipo de prática na psiquiatria).

TABELA 7 – Idade dos participantes. Nova categorização.

IDADE	n	%
Até 40 anos	142	27,20
De 41 a 50 anos	149	28,50
De 51 a 60 anos	150	28,70
Acima de 60 anos	81	15,50
TOTAL	522	100,00

TABELA 8 – Tempo de experiência na psiquiatria. Nova categorização.

TEMPO DE EXPERIÊNCIA	n	%
Até 10 anos	105	20,10
De 11 a 20 anos	153	29,30
De 21 a 30 anos	171	32,80
Acima de 30 anos	93	17,80
TOTAL	522	100,00

TABELA 9 – Tipo de prática na psiquiatria. Nova categorização.

TIPO DE PRÁTICA NA PSIQUIATRIA	n	%
Mais de uma atividade	450	86,20
Uma atividade	72	13,80
TOTAL	522	100,00

7.2.1 COMPARAÇÃO COM O SEXO DOS PARTICIPANTES

Na comparação entre os sexos, foram encontradas diferenças para as Questões 2, 6, 8 e 23 ($p < 0,05$), apontando que, para estas quatro questões, há um maior grau de concordância do sexo feminino (Tabela 10).

TABELA 10 – Comparação das Respostas das questões com o sexo dos participantes.

QUESTÕES		SEXO				p-VALOR
		MASCULINO		FEMININO		
		n	%	n	%	
Q 2	1	164	48,00	102	57,00	0,003
	2	48	14,00	30	16,80	
	3	62	18,10	26	14,50	
	4	5	1,50	3	1,70	
	5	24	7,00	10	5,60	
	6	15	4,40	3	1,70	
	7	24	7,00	5	2,80	
Q 6	1	237	69,30	141	78,80	0,021
	2	76	22,20	28	15,60	
	3	26	7,60	10	5,60	
	4	1	0,30	—	—	
	5	1	0,30	—	—	
	6	1	0,30	—	—	
Q 8	1	15	4,40	15	8,40	0,005
	2	18	5,20	22	12,30	
	3	78	22,70	39	21,80	
	4	4	1,20	2	1,10	
	5	77	22,40	42	23,50	
	6	80	23,30	25	14,00	
	7	71	20,70	34	19,00	
Q 23	1	72	21,10	58	32,60	0,009
	2	94	27,50	39	21,90	
	3	90	26,30	50	28,10	
	4	7	2,00	3	1,70	
	5	28	8,20	13	7,30	
	6	35	10,20	11	6,20	
	7	16	4,70	4	2,20	

7.2.2 COMPARAÇÃO ENTRE DIFERENTES RAÇAS

Para a avaliação abaixo, foi utilizado o teste de *Kruskall-Wallis*. Aqui só foi encontrada diferença para a Questão 29 ($p < 0,05$), evidenciando que indivíduos da cor amarela têm maior discordância nesta Questão.

TABELA 11 – Comparação das respostas das questões com a raça dos participantes.

QUESTÃO / RAÇA		RAÇA								p-VALOR
		BRANCA		NEGRA		AMARELA		OUTRA		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 29	1	163	34,30	8	44,40	*—	—	8	42,10	0,025
	2	134	28,20	6	33,30	1	14,30	5	26,30	
	3	90	18,90	2	11,10	2	28,60	4	21,10	
	4	11	2,30	2	11,10	1	14,30	1	5,30	
	5	42	8,80	—	—	3	42,90	—	—	
	6	19	4,00	—	—	—	—	—	—	
	7	16	3,40	—	—	—	—	1	5,30	

* — Opção Inexistente/Sem Relação.

7.2.3 COMPARAÇÃO ENTRE MÉDICOS COM DIFERENTES ESTADOS CIVIS

Para a avaliação abaixo, também foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Foram encontradas diferenças para as Questões 13, 18, 22 e 27 ($p < 0,05$). Nas Questões 13, 18 e 22, observamos que há evidências de que médicos viúvos apresentam graus maiores de discordância do que os demais (há um maior percentual nas respostas com maior pontuação, diferenciando-os dos demais grupos). Na Questão 27, maiores graus de concordância estão associados a médicos amasiados.

TABELA 12 – Comparação das respostas das questões com o estado civil dos participantes.

QUESTÃO/ESTADO CIVIL		ESTADO CIVIL										p-VALOR
		SOLTEIRO		CASADO		SEPARADO		VIUVO		AMASIADO		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 13	1	25	41,00	149	44,70	35	42,20	1	8,30	11	35,50	0,041
	2	17	27,90	90	27,00	24	28,90	3	25,00	13	41,90	
	3	15	24,60	79	23,70	20	24,10	6	50,00	6	19,40	
	5	1	1,60	11	3,30	3	3,60	—	—	—	—	
	6	2	3,30	* —	—	—	—	1	8,30	1	3,20	
	7	1	1,60	4	1,20	1	1,20	1	8,30	—	—	
Q 18	1	10	16,40	36	10,80	10	12,20	—	—	4	12,90	0,041
	2	7	11,50	82	24,70	31	37,80	2	15,40	12	38,70	
	3	18	29,50	97	29,20	21	25,60	6	46,20	8	25,80	
	4	5	8,20	24	7,20	4	4,90	—	—	2	6,50	
	5	12	19,70	41	12,30	3	3,70	3	23,10	4	12,90	
	6	4	6,60	35	10,50	9	11,00	1	7,70	—	—	
	7	5	8,20	17	5,10	4	4,90	1	7,70	1	3,20	

Continua...

...Continuação

QUESTÃO/ESTADO CIVIL		ESTADO CIVIL										p-VALOR
		SOLTEIRO		CASADO		SEPARADO		VIUVO		AMASIADO		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 22	1	35	57,40	157	47,00	44	53,00	6	46,20	23	74,20	0,031
	2	15	24,60	123	36,80	21	25,30	—	—	6	19,40	
	3	9	14,80	39	11,70	11	13,30	5	38,50	2	6,50	
	4	—	—	4	1,20	—	—	—	—	—	—	
	5	—	—	7	2,10	4	4,80	—	—	—	—	
	6	2	3,30	—	—	2	2,40	—	—	—	—	
	7	—	—	4	1,20	1	1,20	2	15,40	—	—	
Q 27	1	14	23,00	105	31,40	31	37,30	4	30,80	15	50,00	0,015
	2	15	24,60	120	35,90	25	30,10	3	23,10	9	30,00	
	3	24	39,30	86	25,70	20	24,10	3	23,10	4	13,30	
	4	4	6,60	4	1,20	3	3,60	—	—	—	—	
	5	1	1,60	7	2,10	2	2,40	—	—	—	—	
	6	2	3,30	8	2,40	2	2,40	2	15,40	1	3,30	
	7	1	1,60	4	1,20	—	—	1	7,70	1	3,30	

* – Opção Inexistente/Sem Relação.

7.2.4 COMPARAÇÃO ENTRE MÉDICOS COM AS DIFERENTES OPÇÕES RELIGIOSAS

Abaixo, também foi utilizado o teste de *Kruskall-Wallis*. Foram encontradas diferenças para as Questões 3, 12, 15, 22, 27 e 28 ($p < 0,05$).

- ▶ Há maior discordância com as Questões 3 e 12 entre os médicos da religião judaica.
- ▶ Há maior discordância com a Questão 15 entre os médicos espíritas.
- ▶ Há maior concordância com a Questão 22 entre os médicos judeus, sem religião, ou com outras opções religiosas.
- ▶ Há maior concordância com a Questão 27 entre os médicos judeus.
- ▶ Há maior discordância com a Questão 28 entre os médicos evangélicos.

TABELA 13 – Comparação das respostas das questões com a opção religiosa dos participantes.

QUESTÃO/ OPÇÃO RELIGIOSA		OPÇÃO RELIGIOSA																p-VALOR
		CATÓLICA		ESPIRITA		EVANGÉLICA		JUDAICA		ATEU		OUTRAS		SEM RELIGIÃO		NÃO INFORMADA		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 3	1	21	9,10	3	10,00	3	11,50	*—	—	—	—	3	15,00	7	7,80	6	7,10	0,022
	2	25	10,80	5	16,70	2	7,70	1	4,50		—	1	5,00	4	4,40	6	7,10	
	3	88	38,10	8	26,70	11	42,30	7	31,80	6	40,00	4	20,00	28	31,10	33	39,30	
	4	3	1,30	1	3,30	1	3,80	1	4,50	—	—	—	—	3	3,30	2	2,40	
	5	45	19,50	4	13,30	6	23,10	2	9,10	4	26,70	5	25,00	18	20,00	12	14,30	
	6	19	8,20	4	13,30	3	11,50	4	18,20	2	13,30	3	15,00	12	13,30	10	11,90	
	7	30	13,00	5	16,70	—	—	7	31,80	3	20,00	4	20,00	18	20,00	15	17,90	
Q 12	1	31	13,50	3	10,00	9	33,30	2	9,10	4	28,60	3	15,00	10	11,10	9	10,50	0,012
	2	66	28,80	5	16,70	9	33,30	2	9,10	1	7,10	7	35,00	22	24,40	27	31,40	
	3	68	29,70	12	40,00	4	14,80	6	27,30	5	35,70	5	25,00	25	27,80	18	20,90	
	4	15	6,60	1	3,30	—	—	2	9,10	2	14,30	1	5,00	7	7,80	10	11,60	
	5	18	7,90	4	13,30	1	3,70	2	9,10	—	—	1	5,00	7	7,80	5	5,80	
	6	20	8,70	1	3,30	2	7,40	4	18,20	1	7,10	3	15,00	7	7,80	7	8,10	
	7	11	4,80	4	13,30	2	7,40	4	18,20	1	7,10	—	—	12	13,30	10	11,60	

Continua...

...Continuação

QUESTÃO/ OPÇÃO RELIGIOSA		OPÇÃO RELIGIOSA																p-VALOR
		CATÓLICA		ESPIRITA		EVANGÉLICA		JUDAICA		ATEU		OUTRAS		SEM RELIGIÃO		NÃO INFORMADA		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 15	1	41	17,70	2	6,70	2	7,40	2	9,10	—	—	2	10,00	9	10,00	10	11,60	0,003
	2	57	24,60	6	20,00	7	25,90	4	18,20	1	6,70	4	20,00	26	28,90	23	26,70	
	3	76	32,80	6	20,00	11	40,70	3	13,60	7	46,70	5	25,00	20	22,20	22	25,60	
	4	6	2,60	2	6,70	1	3,70	3	13,60	—	—	—	—	3	3,30	1	1,20	
	5	29	12,50	7	23,30	5	18,50	5	22,70	4	26,70	3	15,00	14	15,60	18	20,90	
	6	20	8,60	1	3,30	1	3,70	3	13,60	2	13,30	4	20,00	14	15,60	7	8,10	
	7	3	1,30	6	20,00			2	9,10	1	6,70	2	10,00	4	4,40	5	5,80	
Q 22	1	102	44,00	17	56,70	15	55,60	15	68,20	7	46,70	13	65,00	56	62,20	40	46,50	0,009
	2	81	34,90	8	26,70	6	22,20	6	27,30	2	13,30	5	25,00	28	31,10	29	33,70	
	3	36	15,50	3	10,00	4	14,80	1	4,50	5	33,30	1	5,00	5	5,60	11	12,80	
	4	2	0,90	—	—	1	3,70	—	—	1	6,70	—	—	—	—	—	—	
	5	5	2,20	1	3,30	1	3,70	—	—	—	—	1	5,00	—	—	3	3,50	
	6	3	1,30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1,20	
	7	3	1,30	1	3,30	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1,10	2	2,30	

Continua...

...Continuação

QUESTÃO/ OPÇÃO RELIGIOSA		OPÇÃO RELIGIOSA																p-VALOR
		CATÓLICA		ESPIRITA		EVANGÉLICA		JUDAICA		ATEU		OUTRAS		SEM RELIGIÃO		NÃO INFORMADA		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 27	1	72	31,20	13	43,30	12	44,40	13	59,10	4	26,70	7	35,00	21	23,30	27	31,40	0,019
	2	69	29,90	9	30,00	9	33,30	7	31,80	7	46,70	8	40,00	33	36,70	30	34,90	
	3	69	29,90	5	16,70	5	18,50	1	4,50	4	26,70	5	25,00	28	31,10	20	23,30	
	4	5	2,20	2	6,70	—	—	1	4,50	—	—	—	—	1	1,10	2	2,30	
	5	6	2,60	1	3,30	1	3,70	—	—	—	—	—	—	1	1,10	1	1,20	
	6	7	3,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4,40	4	4,70	
	7	3	1,30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2,20	2	2,30	
Q 28	1	30	12,90	7	23,30	1	3,70	1	4,50	2	13,30	—	—	8	8,90	10	11,60	0,014
	2	64	27,60	5	16,70	4	14,80	2	9,10	2	13,30	9	45,00	24	26,70	17	19,80	
	3	84	36,20	11	36,70	7	25,90	10	45,50	6	40,00	7	35,00	34	37,80	30	34,90	
	4	11	4,70	—	—	1	3,70	3	13,60	2	13,30	—	—	7	7,80	5	5,80	
	5	22	9,50	2	6,70	8	29,60	3	13,60	—	—	2	10,00	7	7,80	14	16,30	
	6	12	5,20	3	10,00	3	11,10	3	13,60	2	13,30	1	5,00	4	4,40	7	8,10	
	7	9	3,90	2	6,70	3	11,10	—	—	1	6,70	1	5,00	6	6,70	3	3,50	

* – Opção Inexistente/Sem Relação.

7.2.5 COMPARAÇÃO ENTRE TER FEITO OU NÃO RESIDÊNCIA

Na comparação entre os médicos, foram encontradas diferenças para as Questões 1, 3, 18 e 23 ($p < 0,05$). Em todas estas, há um maior percentual para aqueles que disseram não ter feito residência médica.

TABELA 14 – Comparação das respostas das questões com a residência médica como formação profissional dos participantes.

QUESTÃO/RESIDÊNCIA		RESIDÊNCIA MÉDICA COMO FORMAÇÃO				p-VALOR
		SIM		NÃO		
		n	%	n	%	
Q 1	1	175	44,80	77	59,20	0,006
	2	114	29,20	26	20,00	
	3	73	18,70	23	17,70	
	4	5	1,30	2	1,50	
	5	16	4,10	2	1,50	
	6	1	0,30	*—	—	
	7	7	1,80	—	—	
Q 3	1	28	7,20	15	11,60	0,037
	2	28	7,20	16	12,40	
	3	140	36,00	45	34,90	
	4	9	2,30	2	1,60	
	5	75	19,30	21	16,30	
	6	43	11,10	14	10,90	
Q 18	1	66	17,00	16	12,40	0,016
	2	41	10,50	19	14,70	
	3	91	23,30	43	33,30	
	4	117	30,00	33	25,60	
	5	27	6,90	8	6,20	
	6	53	13,60	10	7,80	
	7	39	10,00	10	7,80	
Q 23	1	22	5,60	6	4,70	0,001
	2	105	26,90	25	19,40	
	3	106	27,10	27	20,90	
	4	104	26,60	36	27,90	
	5	7	1,80	3	2,30	
	6	27	6,90	14	10,90	
	7	32	8,20	14	10,90	

* – Opção Inexistente/Sem Relação.

7.2.6 COMPARAÇÃO COM O TIPO DE PRÁTICA NA PSIQUIATRIA

Nesta comparação, foram encontradas diferenças para as Questões 20, 29 e 30 ($p < 0,05$). Para todas estas, há um maior percentual de concordância entre médicos que praticam apenas um tipo de prática no seu dia a dia (Tabela 15).

TABELA 15 – Comparação das respostas das questões com o tipo de prática na psiquiatria dos participantes.

QUESTÃO/PRÁTICA		PRÁTICA				p-VALOR
		MAIS DE UMA ATIVIDADE		UMA ATIVIDADE		
		n	%	n	%	
Q 20	1	45	10,00	10	13,90	0,041
	2	85	18,90	19	26,40	
	3	146	32,50	25	34,70	
	4	30	6,70	2	2,80	
	5	68	15,10	8	11,10	
	6	62	13,80	5	6,90	
	7	13	2,90	3	4,20	
Q 29	1	149	33,30	30	41,70	0,019
	2	122	27,30	24	33,30	
	3	86	19,20	12	16,70	
	4	13	2,90	2	2,80	
	5	44	9,80	1	1,40	
	6	19	4,30	*—	—	
Q 30	1	14	3,10	3	4,20	0,007
	2	137	30,60	30	41,70	
	3	148	33,00	26	36,10	
	4	98	21,90	12	16,70	
	5	16	3,60	2	2,80	
	6	34	7,60	1	1,40	
	7	11	2,50	1	1,40	

* – Opção Inexistente/Sem Relação.

7.2.7 COMPARAÇÃO ENTRE DIFERENTES FAIXAS DE IDADE

Na comparação entre as faixas de idade, foram encontradas diferenças para as Questões 1, 9, 10, 11, 14, 18, 19, 20 e 24 ($p < 0,05$).

- ▶ Para as Questões 1, 10, 18, 19 e 20, há um aumento no grau de discordância, conforme vai aumentando a idade.
- ▶ Para as Questões 9, 11 e 14, há um aumento no grau de concordância, conforme vai aumentando a idade.
- ▶ Para a Questão 24, médicos com mais de 60 anos apresentam o maior grau de discordância.

TABELA 16 – Comparação das respostas das questões com a idade dos participantes.

QUESTÃO/IDADE		IDADE								p-VALOR
		ATÉ 40 ANOS		DE 41 A 50 ANOS		DE 51 A 60 ANOS		ACIMA DE 60 ANOS		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 1	1	54	38,00	68	45,60	74	49,70	56	69,10	0,000
	2	48	33,80	44	29,50	35	23,50	13	16,00	
	3	27	19,00	26	17,40	31	20,80	12	14,80	
	5	4	2,80	2	1,30	1	0,70	*—	—	
	6	5	3,50	8	5,40	5	3,40	—	—	
	7	1	0,70	—	—	—	—	—	—	
Q 9	1	3	2,10	1	0,70	3	2,00	—	—	0,049
	2	7	4,90	5	3,40	4	2,80	5	6,30	
	3	13	9,20	15	10,10	16	11,30	3	3,80	
	4	26	18,30	28	18,90	31	21,80	10	12,70	
	5	15	10,60	13	8,80	8	5,60	2	2,50	
	6	19	13,40	19	12,80	13	9,20	15	19,00	
	7	47	33,10	44	29,70	42	29,60	25	31,60	

Continua...

...Continuação

QUESTÃO/IDADE		IDADE								p-VALOR
		ATÉ 40 ANOS		DE 41 A 50 ANOS		DE 51 A 60 ANOS		ACIMA DE 60 ANOS		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 10	1	81	57,00	93	62,80	109	73,20	56	69,10	0,009
	2	40	28,20	43	29,10	30	20,10	21	25,90	
	3	12	8,50	9	6,10	5	3,40	2	2,50	
	5	2	1,40	1	0,70	1	0,70	1	1,20	
	6	4	2,80	1	0,70	1	0,70	—	—	
	7	2	1,40	1	0,70	2	1,30	—	—	
Q 11	1	1	0,70	—	—	1	0,70	1	1,20	0,008
	2	6	4,30	7	4,70	7	4,70	4	5,00	
	3	18	12,80	12	8,10	8	5,40	4	5,00	
	4	25	17,70	26	17,40	29	19,50	12	15,00	
	5	3	2,10	4	2,70	4	2,70	2	2,50	
	6	29	20,60	27	18,10	18	12,10	11	13,80	
	7	45	31,90	51	34,20	41	27,50	26	32,50	

Continua...

...Continuação

QUESTÃO/IDADE		IDADE								p-VALOR
		ATÉ 40 ANOS		DE 41 A 50 ANOS		DE 51 A 60 ANOS		ACIMA DE 60 ANOS		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 14	1	12	8,50	9	6,00	5	3,40	7	8,80	0,012
	2	20	14,10	28	18,80	18	12,10	7	8,80	
	3	40	28,20	28	18,80	44	29,50	15	18,80	
	5	7	4,90	4	2,70	6	4,00	1	1,30	
	6	21	14,80	31	20,80	26	17,40	12	15,00	
	7	32	22,50	34	22,80	34	22,80	24	30,00	
Q 18	1	10	7,00	15	10,10	16	10,70	14	17,50	0,000
	2	11	7,70	8	5,40	26	17,40	15	18,80	
	3	26	18,30	44	29,70	45	30,20	19	23,80	
	4	42	29,60	43	29,10	43	28,90	22	27,50	
	5	15	10,60	6	4,10	11	7,40	3	3,80	
	6	22	15,50	24	16,20	9	6,00	8	10,00	
	7	15	10,60	14	9,50	12	8,10	8	10,00	

Continua...

...Continuação

QUESTÃO/IDADE		IDADE								p-VALOR
		ATÉ 40 ANOS		DE 41 A 50 ANOS		DE 51 A 60 ANOS		ACIMA DE 60 ANOS		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 19	1	26	18,30	34	22,80	44	29,30	30	37,00	0,020
	2	42	29,60	48	32,20	48	32,00	22	27,20	
	3	41	28,90	37	24,80	38	25,30	13	16,00	
	5	10	7,00	5	3,40	4	2,70	2	2,50	
	6	12	8,50	10	6,70	8	5,30	4	4,90	
	7	6	4,20	11	7,40	7	4,70	8	9,90	
Q 20	1	5	3,50	4	2,70	1	0,70	2	2,50	0,000
	2	10	7,00	11	7,40	20	13,30	14	17,30	
	3	21	14,80	39	26,40	26	17,30	18	22,20	
	4	41	28,90	41	27,70	59	39,30	30	37,00	
	5	9	6,30	12	8,10	8	5,30	3	3,70	
	6	28	19,70	24	16,20	16	10,70	8	9,90	
	7	27	19,00	19	12,80	18	12,00	3	3,70	

Continua...

...Continuação

QUESTÃO/IDADE		IDADE								p-VALOR
		ATÉ 40 ANOS		DE 41 A 50 ANOS		DE 51 A 60 ANOS		ACIMA DE 60 ANOS		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 24	1	35	24,60	25	17,00	42	28,20	19	24,10	0,015
	2	50	35,20	51	34,70	43	28,90	16	20,30	
	3	34	23,90	42	28,60	38	25,50	15	19,00	
	5	8	5,60	8	5,40	5	3,40	5	6,30	
	6	8	5,60	8	5,40	11	7,40	11	13,90	
	7	5	3,50	5	3,40	6	4,00	7	8,90	

* – Opção Inexistente/Sem Relação.

7.2.8 COMPARAÇÃO ENTRE DIFERENTES FAIXAS DE TEMPO DE EXPERIÊNCIA

Na comparação entre as faixas de tempo de experiência, foram encontradas diferenças para as Questões 1, 7, 10, 11, 14, 18, 19, 20, 24, 25 e 28 ($p < 0,05$).

- ▶ Para as Questões 1, 7, 10, 18, 19, 20, 25 e 28, há um aumento no grau de concordância, conforme vai aumentando a idade.
- ▶ Para as Questões 11, 14 e 24, há um aumento no grau de discordância, conforme vai aumentando o tempo de experiência.

TABELA 17 – Comparação das respostas das questões com o tempo de experiência profissional dos participantes.

QUESTÃO/EXPERIÊNCIA		TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA PSIQUIATRIA								p-VALOR
		ATÉ 10 ANOS		DE 11 A 20 ANOS		DE 21 A 30 ANOS		ACIMA DE 30 ANOS		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 1	1	38	36,20	68	44,40	88	51,80	58	62,40	0,001
	2	36	34,30	44	28,80	45	26,50	15	16,10	
	3	21	20,00	31	20,30	25	14,70	19	20,40	
	5	2	1,90	4	2,60	1	0,60	*—	—	
	6	5	4,80	4	2,60	8	4,70	1	1,10	
	7	1	1,00	—	—	—	—	—	—	
Q 7	1	2	1,90	2	1,30	3	1,80	—	—	0,008
	2	34	32,40	62	40,80	80	46,80	43	46,20	
	3	27	25,70	41	27,00	49	28,70	23	24,70	
	4	34	32,40	33	21,70	29	17,00	23	24,70	
	5	1	1,00	1	0,70	1	0,60	1	1,10	
	6	6	5,70	10	6,60	8	4,70	1	1,10	
	7	1	1,00	5	3,30	3	1,80	2	2,20	

Continua...

...Continuação

QUESTÃO/ EXPERIÊNCIA		TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA PSIQUIATRIA								p-VALOR
		ATÉ 10 ANOS		DE 11 A 20 ANOS		DE 21 A 30 ANOS		ACIMA DE 30 ANOS		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 10	1	58	55,20	93	60,80	123	72,80	65	69,90	0,013
	2	29	27,60	50	32,70	33	19,50	22	23,70	
	3	12	11,40	6	3,90	7	4,10	3	3,20	
	5	1	1,00	1	0,70	1	0,60	2	2,20	
	6	4	3,80	1	0,70	–	–	1	1,10	
	7	1	1,00	1	0,70	3	1,80	–	–	
Q 11	1	–	–	1	0,70	2	1,20	–	–	0,019
	2	5	4,80	5	3,30	12	7,00	2	2,20	
	3	13	12,40	14	9,20	11	6,40	4	4,40	
	4	23	21,90	19	12,50	33	19,30	17	18,70	
	5	–	–	5	3,30	5	2,90	3	3,30	
	6	26	24,80	27	17,80	17	9,90	15	16,50	
	7	27	25,70	59	38,80	48	28,10	29	31,90	

Continua...

...Continuação

QUESTÃO/EXPERIÊNCIA		TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA PSIQUIATRIA								p-VALOR
		ATÉ 10 ANOS		DE 11 A 20 ANOS		DE 21 A 30 ANOS		ACIMA DE 30 ANOS		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 14	1	10	9,50	7	4,60	13	7,60	3	3,30	0,006
	2	22	21,00	21	13,70	21	12,30	9	9,90	
	3	25	23,80	38	24,80	40	23,40	24	26,40	
	5	1	1,00	8	5,20	7	4,10	2	2,20	
	6	17	16,20	31	20,30	27	15,80	15	16,50	
	7	26	24,80	33	21,60	39	22,80	26	28,60	
Q 18	1	4	3,80	15	9,80	24	14,00	12	13,20	0,000
	2	7	6,70	10	6,50	24	14,20	19	20,70	
	3	22	21,00	38	24,80	53	31,40	21	22,80	
	4	29	27,60	47	30,70	50	29,60	24	26,10	
	5	11	10,50	7	4,60	12	7,10	5	5,40	
	6	17	16,20	25	16,30	10	5,90	11	12,00	
	7	12	11,40	15	9,80	13	7,70	9	9,80	

Continua...

...Continuação

QUESTÃO/EXPERIÊNCIA		TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA PSIQUIATRIA								p-VALOR
		ATÉ 10 ANOS		DE 11 A 20 ANOS		DE 21 A 30 ANOS		ACIMA DE 30 ANOS		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 19	1	23	21,90	26	17,00	57	33,30	28	30,10	0,031
	2	28	26,70	53	34,60	48	28,10	31	33,30	
	3	32	30,50	39	25,50	38	22,20	20	21,50	
	5	5	4,80	11	7,20	4	2,30	1	1,10	
	6	8	7,60	11	7,20	11	6,40	4	4,30	
	7	7	6,70	6	3,90	11	6,40	8	8,60	
Q 20	1	2	1,90	7	4,60	2	1,20	1	1,10	0,000
	2	7	6,70	12	7,90	21	12,30	15	16,10	
	3	11	10,50	36	23,70	39	22,80	18	19,40	
	4	28	26,70	50	32,90	55	32,20	38	40,90	
	5	8	7,60	9	5,90	9	5,30	6	6,50	
	6	25	23,80	23	15,10	21	12,30	7	7,50	
	7	23	21,90	17	11,20	23	13,50	4	4,30	

Continua...

...Continuação

QUESTÃO/EXPERIÊNCIA		TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA PSIQUIATRIA								p-VALOR
		ATÉ 10 ANOS		DE 11 A 20 ANOS		DE 21 A 30 ANOS		ACIMA DE 30 ANOS		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 24	1	28	26,70	23	15,20	48	28,20	22	24,20	0,004
	2	36	34,30	61	40,40	44	25,90	19	20,90	
	3	29	27,60	37	24,50	45	26,50	18	19,80	
	5	3	2,90	9	6,00	7	4,10	7	7,70	
	6	4	3,80	11	7,30	12	7,10	11	12,10	
	7	3	2,90	6	4,00	5	2,90	9	9,90	
Q 25	1	2	1,90	4	2,60	9	5,30	5	5,50	0,000
	2	14	13,30	33	21,60	58	33,90	31	34,10	
	3	20	19,00	45	29,40	27	15,80	22	24,20	
	4	24	22,90	42	27,50	48	28,10	19	20,90	
	5	—	—	1	0,70	1	0,60	—	—	
	6	25	23,80	13	8,50	14	8,20	14	15,40	
	7	15	14,30	15	9,80	20	11,70	4	4,40	

Continua...

...Continuação

QUESTÃO/EXPERIÊNCIA		TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA PSIQUIATRIA								p-VALOR
		ATÉ 10 ANOS		DE 11 A 20 ANOS		DE 21 A 30 ANOS		ACIMA DE 30 ANOS		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Q 28	1	9	8,60	15	9,80	20	11,70	15	16,10	0,049
	2	23	21,90	41	26,80	34	19,90	29	31,20	
	3	39	37,10	50	32,70	71	41,50	29	31,20	
	5	8	7,60	7	4,60	11	6,40	3	3,20	
	6	14	13,30	23	15,00	12	7,00	9	9,70	
	7	6	5,70	10	6,50	13	7,60	6	6,50	

* – Opção Inexistente/Sem Relação.

7.3 COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO TOTAL NAS DIMENSÕES DO QSM E AS VARIÁVEIS PESQUISADAS

A Tabela 18 mostra o percentual de respostas mais freqüentes em cada dimensão.

TABELA 18 – Distribuição percentual das respostas dos médicos brasileiros em cada dimensão do questionário de sensibilidade moral.

DIMENSÃO/ DOMÍNIO (%)	AUTONOMIA	BENEVO- LÊNCIA	INTEGRI- DADE	CONFLITOS MORAIS	REGRAS	RELAC.
1- Concordo Totalmente	27,10	27,00	39,80	5,00	14,20	40,20
2- Concordo Fortemente	25,90	16,60	26,80	10,50	22,60	29,40
3- Concordo Parcialmente	21,70	22,40	18,80	20,30	31,90	21,10
4- Indeciso	3,50	1,60	2,90	4,50	5,20	1,40
5- Discordo Parcialmente	8,30	13,30	6,20	15,50	12,80	4,10
6- Discordo Fortemente	7,60	10,10	3,20	28,70	8,80	2,40
7- Discordo Totalmente	5,90	9,00	2,20	15,50	4,60	1,40

7.3.1 COMPARAÇÃO COM O SEXO

Para a comparação abaixo, foi utilizado o teste *T-Student*. Verificamos diferenças apenas para o domínio que avalia a Benevolência Expressa ($p < 0,05$), evidenciando que o sexo masculino apresentou, em média, maiores valores, ou seja, apresentou maiores discordâncias com esta dimensão (Tabela 19).

TABELA 19 – Comparação das respostas das dimensões com o sexo dos participantes.

DIMENSÕES DO QSM		SEXO		p-VALOR
		MASCULINO	FEMININO	
AUTONOMIA MODIFICADA	Média	2,9	2,9	0,582
	Mediana	2,7	2,9	
	Desvio padrão	0,8	0,8	
	Mínimo	1,0	1,4	
	Máximo	5,4	6,3	
BENEVOLÊNCIA EXPRESSA	Média	3,4	3,0	0,001
	Mediana	3,3	3,0	
	Desvio padrão	1,2	1,1	
	Mínimo	1,0	1,0	
	Máximo	7,0	6,8	
RESPEITO PELA INTEGRIDADE DO PACIENTE	Média	2,2	2,3	0,101
	Mediana	2,2	2,4	
	Desvio padrão	0,7	0,7	
	Mínimo	1,0	1,0	
	Máximo	4,8	4,0	
EXPERIÊNCIA DE CONFLITOS MORAIS	Média	4,6	4,7	0,501
	Mediana	4,7	4,7	
	Desvio padrão	1,4	1,4	
	Mínimo	1,0	1,0	
	Máximo	7,0	7,0	
REGRAS NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA	Média	3,2	3,3	0,779
	Mediana	3,0	3,3	
	Desvio padrão	1,0	1,0	
	Mínimo	1,0	1,3	
	Máximo	7,0	5,5	
ORIENTAÇÃO PROF. PELO RELACIONAMENTO	Média	2,1	2,1	0,692
	Mediana	2,0	2,0	
	Desvio padrão	0,8	0,8	
	Mínimo	1,0	1,0	
	Máximo	5,8	5,8	
AValiação TOTAL	Média	3,1	3,0	0,644
	Mediana	3,0	3,1	
	Desvio padrão	0,6	0,5	
	Mínimo	1,5	1,7	
	Máximo	4,7	4,8	

7.3.2 COMPARAÇÃO COM A RAÇA

Nesta análise, utilizando a ANOVA, notamos diferença com relação à dimensão *Respeito pela Integridade do Paciente* (Tabela 20).

TABELA 20 – Comparação das respostas das dimensões com a raça dos participantes.

DIMENSÕES DO QSM		RAÇA				p-VALOR
		BRANCA	NEGRA	AMARELA	OUTRA	
AUTONOMIA MODIFICADA	Média	2,9	2,8	2,9	3,2	0,304
	Mediana	2,8	2,6	2,7	3,1	
	Desvio padrão	0,8	0,7	1,0	0,9	
	Mínimo	1,0	1,9	1,9	1,6	
	Máximo	6,3	4,4	4,7	4,9	
BENEVOLÊNCIA EXPRESSA	Média	3,2	3,3	3,7	3,3	0,719
	Mediana	3,0	3,1	3,5	2,8	
	Desvio padrão	1,1	1,3	1,0	1,5	
	Mínimo	1,0	1,0	3,0	1,0	
	Máximo	7,0	5,3	5,8	6,3	
RESPEITO PELA INTEGRIDADE DO PACIENTE	Média	2,3	2,0	3,0	2,2	0,017
	Mediana	2,2	2,0	2,8	2,2	
	Desvio padrão	0,7	0,7	0,6	0,6	
	Mínimo	1,0	1,0	2,2	1,2	
	Máximo	4,8	3,6	4,0	3,6	
EXPERIÊNCIA DE CONFLITOS MORAIS	Média	4,6	4,8	5,1	4,9	0,628
	Mediana	4,7	5,3	5,3	4,7	
	Desvio padrão	1,4	1,8	1,3	1,2	
	Mínimo	1,0	1,0	2,7	3,0	
	Máximo	7,0	7,0	6,3	7,0	
REGRAS NA PRÁTICA PSQUIÁTRICA	Média	3,2	3,1	3,8	3,4	0,271
	Mediana	3,0	3,0	4,3	3,3	
	Desvio padrão	1,0	0,8	1,4	1,1	
	Mínimo	1,0	1,8	1,3	1,5	
	Máximo	7,0	4,3	5,5	5,3	

Continua...

...continuação

DIMENSÕES DO QSM		RAÇA				p-VALOR
		BRANCA	NEGRA	AMARELA	OUTRA	
ORIENTAÇÃO PROF. PELO RELACIONAMENTO	Média	2,1	2,0	2,7	2,0	0,245
	Mediana	2,0	2,0	2,8	2,0	
	Desvio padrão	0,8	0,8	0,6	0,7	
	Mínimo	1,0	1,0	1,8	1,0	
	Máximo	5,8	3,5	3,5	3,3	
AVALIAÇÃO TOTAL	Média	3,0	2,9	3,4	3,2	0,114
	Mediana	3,0	2,9	3,2	3,2	
	Desvio padrão	0,6	0,4	0,7	0,7	
	Mínimo	1,5	2,2	2,8	2,2	
	Máximo	4,7	3,6	4,8	4,3	

A seguir, estão apresentadas as comparações múltiplas, de dois a dois grupos, para identificar entre quais médicos houve diferença.

Pelos resultados das comparações múltiplas (Tabela 21), podemos observar que, para a dimensão *Respeito pela Integridade do Paciente*, nota-se diferença de médicos de raça amarela para os demais médicos. Observamos ainda que o grupo de médicos da raça amarela apresentou, em média, maior pontuação, evidenciando maior grau de discordância nesta dimensão da sensibilidade moral (Figura 1).

TABELA 21 – Comparações múltiplas entre as variáveis de raça e a dimensão respeito pela integridade do paciente

GRUPO DE REFERÊNCIA	GRUPO DE COMPARAÇÃO	p-VALOR
Branca	Negra	1,000
Branca	Amarela	0,026
Branca	Outra	1,000
Negra	Amarela	0,009
Negra	Outra	1,000
Amarela	Outra	0,055

FIGURA 1 – Relação da raça dos participantes com a dimensão respeito pela integridade do paciente.

7.3.3 COMPARAÇÃO COM O ESTADO CIVIL

Para as comparações abaixo (Tabela 22), utilizando a ANOVA, notamos diferenças com relação à dimensão *Orientação Profissional pelo Relacionamento*.

TABELA 22 – Comparação das respostas das dimensões com o estado civil dos participantes.

DIMENSÕES DO QSM		ESTADO CIVIL					p-VALOR
		SOLTEIRO	CASADO	SEPARADO	VIUVO	AMASIADO	
AUTONOMIA MODIFICADA	Média	3,0	2,8	2,9	3,2	3,0	0,356 (BF)
	Mediana	2,9	2,7	2,9	3,3	2,7	
	Desvio padrão	0,8	0,8	0,9	1,2	1,0	
	Mínimo	1,3	1,0	1,4	1,3	1,4	
	Máximo	5,3	5,5	5,3	4,9	6,3	
BENEVOLÊNCIA EXPRESSA	Média	3,3	3,2	3,2	3,6	3,2	0,703
	Mediana	3,0	3,0	3,0	3,8	3,0	
	Desvio padrão	1,2	1,2	1,1	1,3	1,2	
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,3	1,3	
	Máximo	6,0	6,8	5,8	5,8	7,0	
RESPEITO PELA INTEGRIDADE DO PACIENTE	Média	2,3	2,3	2,3	2,4	2,2	0,845
	Mediana	2,2	2,2	2,2	2,6	2,2	
	Desvio padrão	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,4	1,2	
	Máximo	4,8	4,4	4,2	3,6	3,4	
EXPERIÊNCIA DE CONFLITOS MORAIS	Média	4,5	4,6	4,9	4,4	4,5	0,403
	Mediana	5,0	4,7	5,3	4,3	4,7	
	Desvio padrão	1,5	1,4	1,3	1,3	1,4	
	Mínimo	1,0	1,0	1,3	2,0	1,7	
	Máximo	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	

Continua...

...Continuação

DIMENSÕES DO QSM		ESTADO CIVIL					p-VALOR
		SOLTEIRO	CASADO	SEPARADO	VIUVO	AMASIADO	
REGRAS NA PRÁTICA PSQUIÁTRICA	Média	3,2	3,3	3,1	3,5	3,5	0,213
	Mediana	3,0	3,3	3,0	3,8	3,3	
	Desvio padrão	0,9	1,0	1,0	1,1	1,0	
	Mínimo	1,3	1,0	1,3	1,8	1,8	
	Máximo	5,8	7,0	5,8	5,3	5,5	
ORIENTAÇÃO PROF. PELO RELACIONAMENTO	Média	2,2	2,1	2,2	2,6	1,8	0,028
	Mediana	2,0	2,0	2,0	2,3	1,8	
	Desvio padrão	0,8	0,8	0,8	1,1	0,6	
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,5	1,0	
	Máximo	5,8	5,8	5,0	5,8	3,0	
AVALIAÇÃO TOTAL	Média	3,1	3,0	3,0	3,3	3,0	0,584
	Mediana	3,1	3,0	3,1	3,2	3,1	
	Desvio padrão	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5	
	Mínimo	1,5	1,6	1,9	2,5	1,7	
	Máximo	4,7	4,4	4,8	4,3	4,2	

Pelos resultados das comparações múltiplas (Tabela 23), podemos observar que, para a dimensão *Orientação Profissional pelo Relacionamento*, houve diferença apenas entre as respostas de médicos viúvos e amasiados. Tanto pela Tabela quanto pela Figura 2, o grupo de médicos viúvos apresentou, em média, maior pontuação do que o grupo de médicos amasiados, evidenciando maior grau de discordância para este último grupo na relação com esta dimensão.

TABELA 23 – Comparações múltiplas entre as variáveis do estado civil e a dimensão respeito pela integridade do paciente.

GRUPO DE REFERÊNCIA	GRUPO DE COMPARAÇÃO	p-VALOR
Solteiro	Casado	1,000
Solteiro	Separado	1,000
Solteiro	Viuvo	1,000
Solteiro	Solteiro	1,000
Casado	Separado	1,000
Casado	Viuvo	0,237
Casado	Amasiado	0,552
Separado	Viuvo	0,595
Separado	Amasiado	0,375
Viuvo	Amasiado	0,025

FIGURA 2 – Relação do estado civil dos participantes com a dimensão orientação profissional pelo relacionamento.

7.3.4 COMPARAÇÃO COM A OPÇÃO RELIGIOSA

Nesta comparação, também utilizando a ANOVA, não foram encontradas diferenças nem para a avaliação total, nem para alguma dimensão ($p > 0,05$), como mostra a Tabela 24.

TABELA 24 – Comparação das respostas das dimensões com a opção religiosa dos participantes.

DIMENSÕES DO QSM		OPÇÃO RELIGIOSA								p-VALOR
		CATÓLICA	ESPÍRITA	EVANGÉLICA	JUDAICA	ATEU	OUTRAS	SEM RELIGIÃO	NÃO INFORMADA	
AUTONOMIA MODIFICADA	Média	2,8	3,1	2,7	2,9	2,8	2,9	3,0	2,9	0,351
	Mediana	2,7	2,9	2,7	2,9	2,8	2,9	2,9	2,9	
	Desvio padrão	0,8	0,8	0,6	0,6	0,6	0,8	0,9	0,9	
	Mínimo	1,0	1,9	1,6	1,9	1,9	1,3	1,4	1,3	
	Máximo	5,5	5,3	3,9	4,1	4,0	4,3	5,4	6,3	
BENEVOLÊNCIA EXPRESSA	Média	3,2	3,5	3,2	3,1	3,2	3,4	3,1	3,3	0,834
	Mediana	3,0	3,4	3,0	2,9	3,3	3,1	3,0	3,3	
	Desvio padrão	1,2	1,3	1,3	1,1	1,1	1,3	0,9	1,2	
	Mínimo	1,0	1,5	1,5	1,3	1,5	1,0	1,5	1,0	
	Máximo	6,8	7,0	5,8	5,8	4,8	6,0	5,5	6,5	
RESPEITO PELA INTEGRIDADE DO PACIENTE	Média	2,2	2,2	2,2	2,5	2,5	2,3	2,3	2,3	0,352
	Mediana	2,2	2,2	2,2	2,6	2,6	2,3	2,2	2,2	
	Desvio padrão	0,7	0,6	0,7	0,8	0,8	0,6	0,7	0,7	
	Mínimo	1,0	1,2	1,0	1,0	1,4	1,0	1,0	1,0	
	Máximo	4,2	3,4	3,6	4,4	3,8	3,4	4,2	4,8	
EXPERIÊNCIA DE CONFLITOS MORAIS	Média	4,6	4,8	4,3	4,6	4,9	5,0	4,7	4,7	0,653
	Mediana	4,7	5,3	4,7	4,3	5,0	5,3	5,0	5,0	
	Desvio padrão	1,4	1,6	1,7	1,3	1,1	1,5	1,5	1,3	
	Mínimo	1,0	1,7	1,3	2,3	2,7	2,0	1,3	2,0	
	Máximo	7,0	7,0	6,7	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	

Continua...

...Continuação

DIMENSÕES DO QSM		OPÇÃO RELIGIOSA								p-VALOR
		CATÓLICA	ESPÍRITA	EVANGÉLICA	JUDAICA	ATEU	OUTRAS	SEM RELIGIÃO	NÃO INFORMADA	
REGRAS NA PRÁTICA PSQUIÁTRICA	Média	3,2	3,4	3,5	3,4	3,3	3,1	3,2	3,3	0,556
	Mediana	3,0	3,4	3,5	3,3	2,8	3,0	3,0	3,3	
	Desvio padrão	0,9	1,2	1,0	1,0	1,2	0,9	0,9	0,9	
	Mínimo	1,3	1,0	1,5	1,3	2,3	1,5	1,5	1,0	
	Máximo	5,5	5,8	5,5	5,8	5,8	5,0	5,8	7,0	
ORIENTAÇÃO PROF. PELO RELACIONAMENTO	Média	2,2	2,1	2,0	1,9	2,2	2,1	2,0	2,2	0,330
	Mediana	2,0	2,0	2,0	1,9	2,3	2,1	2,0	2,3	
	Desvio padrão	0,8	0,7	0,7	0,6	0,8	0,8	0,8	0,8	
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
	Máximo	5,8	3,5	4,0	3,0	3,5	3,3	5,8	5,8	
AVALIAÇÃO TOTAL	Média	3,0	3,2	3,0	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	0,581
	Mediana	3,0	3,2	2,9	3,1	3,1	3,1	3,0	3,2	
	Desvio padrão	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	
	Mínimo	1,6	1,8	1,8	2,0	2,4	2,4	2,0	1,5	
	Máximo	4,8	4,2	4,3	4,1	4,0	4,0	4,3	4,7	

7.3.5 COMPARAÇÃO COM A RESIDÊNCIA MÉDICA COMO FORMAÇÃO NA PSIQUIATRIA

Foi verificada diferença nesta comparação (utilizado o teste *T-Student*) apenas para as dimensões *Respeito pela Integridade do Paciente* e *Regras na Prática Profissional* ($p < 0,05$). Os médicos que fizeram residência apresentaram, em média, maiores valores nas duas dimensões, ou seja, apresentaram maiores discordâncias (Tabela 25).

TABELA 25 – Comparação das respostas das dimensões com a residência médica como formação profissional dos participantes.

DIMENSÕES DO QSM		RESIDÊNCIA MÉDICA COMO FORMAÇÃO		p-VALOR
		SIM	NÃO	
AUTONOMIA MODIFICADA	Média	2,9	2,9	0,671
	Mediana	2,9	2,7	
	Desvio padrão	0,8	0,9	
	Mínimo	1,0	1,3	
	Máximo	6,3	5,5	
BENEVOLÊNCIA EXPRESSA	Média	3,2	3,2	0,893
	Mediana	3,0	3,0	
	Desvio padrão	1,1	1,3	
	Mínimo	1,0	1,0	
	Máximo	6,8	7,0	
RESPEITO PELA INTEGRIDADE DO PACIENTE	Média	2,3	2,2	0,021
	Mediana	2,2	2,0	
	Desvio padrão	0,7	0,7	
	Mínimo	1,0	1,0	
	Máximo	4,8	4,2	
EXPERIÊNCIA DE CONFLITOS MORAIS	Média	4,6	4,8	0,135
	Mediana	4,7	5,0	
	Desvio padrão	1,4	1,4	
	Mínimo	1,0	1,0	
	Máximo	7,0	7,0	

Continua...

...Continuação

DIMENSÕES DO QSM		RESIDÊNCIA MÉDICA COMO FORMAÇÃO		p-VALOR
		SIM	NÃO	
REGRAS NA PRÁTICA PSQUIÁTRICA	Média	3,3	3,1	0,032
	Mediana	3,3	3,0	
	Desvio padrão	1,0	1,0	
	Mínimo	1,3	1,0	
	Máximo	7,0	5,8	
ORIENTAÇÃO PROF. PELO RELACIONAMENTO	Média	2,1	2,2	0,543
	Mediana	2,0	2,3	
	Desvio padrão	0,7	0,9	
	Mínimo	1,0	1,0	
	Máximo	5,8	5,8	
AVALIAÇÃO TOTAL	Média	3,0	3,0	0,880
	Mediana	3,0	3,0	
	Desvio padrão	0,5	0,6	
	Mínimo	1,7	1,5	
	Máximo	4,8	4,4	

7.3.6 COMPARAÇÃO COM O TIPO DE PRÁTICA PSQUIÁTRICA

A análise a seguir não foi realizada com todas as categorias de tipo de prática, por haver apenas uma resposta em um dos grupos (ensino/pesquisa). Como alternativa, foi utilizado o agrupamento apresentado na Tabela 9.

Para as comparações abaixo foi utilizado o teste *T-Student*. Verificou-se diferença apenas para *Respeito pela Integridade do Paciente* ($p < 0,05$), evidenciando que médicos com mais de uma atividade, em média, apresentam maiores discordâncias (Tabela 26).

TABELA 26 – Comparações das respostas das dimensões com o tipo de prática profissional dos participantes.

DIMENSÕES DO QSM		PRÁTICA (RECODIFICADA)		p-VALOR
		MAIS DE UMA ATIVIDADE	UMA ATIVIDADE	
AUTONOMIA MODIFICADA	Média	2,9	2,9	0,959
	Mediana	2,7	2,9	
	Desvio padrão	0,8	0,8	
	Mínimo	1,0	1,3	
	Máximo	6,3	4,7	
BENEVOLÊNCIA EXPRESSA	Média	3,3	3,1	0,201
	Mediana	3,0	2,8	
	Desvio padrão	1,1	1,2	
	Mínimo	1,0	1,0	
	Máximo	6,8	7,0	
RESPEITO PELA INTEGRIDADE DO PACIENTE	Média	2,3	2,0	0,001
	Mediana	2,2	2,0	
	Desvio padrão	0,7	0,6	
	Mínimo	1,0	1,0	
	Máximo	4,8	3,4	
EXPERIÊNCIA DE CONFLITOS MORAIS	Média	4,6	4,8	0,226
	Mediana	4,7	5,0	
	Desvio padrão	1,4	1,5	
	Mínimo	1,3	1,0	
	Máximo	7,0	7,0	
REGRAS NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA	Média	3,3	3,2	0,481
	Mediana	3,0	3,0	
	Desvio padrão	1,0	1,0	
	Mínimo	1,3	1,0	
	Máximo	5,8	7,0	
ORIENTAÇÃO PROF. PELO RELACIONAMENTO	Média	2,1	2,1	0,994
	Mediana	2,0	1,8	
	Desvio padrão	0,7	1,1	
	Mínimo	1,0	1,0	
	Máximo	5,8	5,8	
AValiação TOTAL	Média	3,1	3,0	0,271
	Mediana	3,1	2,9	
	Desvio padrão	0,5	0,6	
	Mínimo	1,5	1,8	
	Máximo	4,8	4,3	

7.3.7 COMPARAÇÃO COM A IDADE

Nesta comparação, como vemos na Tabela 27, notou-se diferença com relação à dimensão *Respeito pela Integridade do Paciente* e *Experiência de Conflitos Morais* (ANOVA).

TABELA 27 – Comparação das respostas das dimensões com os intervalos de idade dos participantes.

DIMENSÕES DO QSM		IDADE				p-VALOR
		ATÉ 40 ANOS	DE 41 A 50 ANOS	DE 51 A 60 ANOS	ACIMA DE 60 ANOS	
AUTONOMIA MODIFICADA	Média	2,8	2,9	2,8	3,0	0,237 (BF)
	Mediana	2,7	2,9	2,7	2,8	
	Desvio padrão	0,8	0,8	0,8	0,9	
	Mínimo	1,1	1,0	1,3	1,3	
	Máximo	6,3	5,5	4,8	5,3	
BENEVOLÊNCIA EXPRESSA	Média	3,4	3,2	3,2	3,3	0,448
	Mediana	3,0	3,3	3,0	3,0	
	Desvio padrão	1,1	1,1	1,2	1,2	
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	
	Máximo	6,8	6,0	7,0	6,5	
RESPEITO PELA INTEGRIDADE DO PACIENTE	Média	2,4	2,3	2,2	2,1	0,002
	Mediana	2,4	2,2	2,2	2,0	
	Desvio padrão	0,7	0,7	0,7	0,7	
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	
	Máximo	4,8	4,4	4,2	3,6	
EXPERIÊNCIA DE CONFLITOS MORAIS	Média	4,4	4,6	4,7	5,0	0,018
	Mediana	4,4	4,7	5,0	5,0	
	Desvio padrão	1,3	1,4	1,4	1,4	
	Mínimo	1,0	1,3	1,3	1,0	
	Máximo	7,0	7,0	7,0	7,0	

Continua...

...Continuação

DIMENSÕES DO QSM		IDADE				p-VALOR
		ATÉ 40 ANOS	DE 41 A 50 ANOS	DE 51 A 60 ANOS	ACIMA DE 60 ANOS	
REGRAS NA PRÁTICA PSQUIÁTRICA	Média	3,4	3,3	3,1	3,1	0,058
	Mediana	3,3	3,0	3,0	3,0	
	Desvio padrão	0,9	1,0	0,9	1,1	
	Mínimo	1,5	1,3	1,3	1,0	
	Máximo	5,5	5,8	5,8	7,0	
ORIENTAÇÃO PROF. PELO RELACIONAMENTO	Média	2,2	2,2	2,0	2,1	0,108 (BF)
	Mediana	2,0	2,3	2,0	1,8	
	Desvio padrão	0,8	0,7	0,7	1,0	
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	
	Máximo	5,8	4,5	4,3	5,8	
AValiação TOTAL	Média	3,1	3,1	3,0	3,1	0,355 (BF)
	Mediana	3,1	3,0	3,0	3,0	
	Desvio padrão	0,5	0,5	0,6	0,6	
	Mínimo	1,7	2,0	1,5	1,8	
	Máximo	4,8	4,3	4,4	4,3	

RESPEITO PELA INTEGRIDADE DO PACIENTE. Pelos resultados da Tabela 28, e pela Figura 3, notamos que, apesar de apresentar uma tendência de que quanto maior a idade menor a pontuação média, a diferença só foi apresentada entre o grupo de médicos mais novos e o grupo de médicos mais velhos, o que evidencia que os mais velhos apresentam menores médias, ou seja, maior concordância com esta dimensão.

TABELA 28 – Comparações múltiplas entre as diferentes idade e a dimensão respeito pela integridade do paciente.

GRUPO DE REFERÊNCIA	GRUPO DE COMPARAÇÃO	p-VALOR
Até 40 anos	De 41 a 50 anos	0,891
Até 40 anos	De 51 a 60 anos	0,069
Até 40 anos	Acima de 60 anos	0,002
De 41 a 50 anos	De 51 a 60 anos	1,000
De 41 a 50 anos	Acima de 60 anos	0,093
De 51 a 60 anos	Acima de 60 anos	0,790

FIGURA 3 – Relação da Idade dos participantes com a dimensão respeito pela integridade do paciente.

EXPERIÊNCIA DE CONFLITOS MORAIS. Pelos resultados, houve evidência de diferença, também, entre o grupo de médicos mais novos (até 40 anos) e o grupo de médicos mais velhos (acima de 60 anos), evidenciando que os mais velhos apresentam maiores médias, ou seja, menor concordância com esta dimensão (Tabela 29).

TABELA 29 – Comparações múltiplas entre as diferentes idade e a dimensão experiência de conflitos morais.

GRUPO DE REFERÊNCIA	GRUPO DE COMPARAÇÃO	p-VALOR
Até 40 anos	De 41 a 50 anos	1,000
Até 40 anos	De 51 a 60 anos	0,411
Até 40 anos	Acima de 60 anos	0,012
De 41 a 50 anos	De 51 a 60 anos	1,000
De 41 a 50 anos	Acima de 60 anos	0,204
De 51 a 60 anos	Acima de 60 anos	0,673

FIGURA 4 – Relação da idade dos participantes com a dimensão experiência de conflitos morais.

7.3.8 COMPARAÇÃO COM O TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Segundo os resultados (Tabela 30), podemos observar que houve diferença estatisticamente significativa para as dimensões *Benevolência Expressa*, *Respeito pela Integridade do Paciente*, *Experiência de Conflitos Morais*, *Regras na Prática Profissional* e *Orientação Profissional pelo Relacionamento*.

TABELA 30 – Comparação das respostas das dimensões com o tempo de experiência profissional dos participantes.

DIMENSÕES DO QSM		TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA PSIQUIATRIA				p-VALOR
		ATÉ 10 ANOS	DE 11 A 20 ANOS	DE 21 A 30 ANOS	ACIMA DE 30 ANOS	
AUTONOMIA MODIFICADA	Média	2,8	2,9	2,8	2,9	0,411(BF)
	Mediana	2,7	2,9	2,7	2,8	
	Desvio padrão	0,7	0,8	0,9	0,9	
	Mínimo	1,1	1,3	1,0	1,4	
	Máximo	5,3	6,3	5,5	5,1	
BENEVOLÊNCIA EXPRESSA	Média	3,7	3,0	3,1	3,3	0,000
	Mediana	3,8	3,0	3,0	3,0	
	Desvio padrão	1,2	1,0	1,2	1,1	
	Mínimo	1,3	1,0	1,0	1,3	
	Máximo	6,8	5,8	7,0	6,5	
RESPEITO PELA INTEGRIDADE DO PACIENTE	Média	2,4	2,4	2,2	2,1	0,001
	Mediana	2,4	2,4	2,2	2,0	
	Desvio padrão	0,7	0,7	0,7	0,7	
	Mínimo	1,0	1,2	1,0	1,0	
	Máximo	4,8	4,0	4,4	4,2	
EXPERIÊNCIA DE CONFLITOS MORAIS	Média	4,3	4,7	4,7	4,9	0,009
	Mediana	4,3	5,0	5,0	5,0	
	Desvio padrão	1,4	1,3	1,5	1,2	
	Mínimo	1,0	1,3	1,0	1,7	
	Máximo	6,7	7,0	7,0	7,0	

Continua...

...Continuação

DIMENSÕES DO QSM		TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA PSIQUIATRIA				p-VALOR
		ATÉ 10 ANOS	DE 11 A 20 ANOS	DE 21 A 30 ANOS	ACIMA DE 30 ANOS	
REGRAS NA PRÁTICA PSQUIÁTRICA	Média	3,5	3,2	3,2	3,1	0,026
	Mediana	3,3	3,0	3,3	3,0	
	Desvio padrão	0,9	1,0	0,9	1,0	
	Mínimo	1,8	1,3	1,0	1,0	
	Máximo	5,5	5,8	5,8	7,0	
ORIENTAÇÃO PROF. PELO RELACIONAMENTO	Média	2,3	2,3	2,0	2,1	0,001
	Mediana	2,3	2,3	2,0	2,0	
	Desvio padrão	0,8	0,8	0,7	0,9	
	Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0	
	Máximo	5,8	5,8	4,3	5,8	
AVALIAÇÃO TOTAL	Média	3,1	3,1	3,0	3,0	0,133
	Mediana	3,1	3,0	3,0	3,0	
	Desvio padrão	0,6	0,5	0,6	0,6	
	Mínimo	1,7	2,1	1,5	2,0	
	Máximo	4,8	4,3	4,4	4,3	

Nas comparações múltiplas houve diferenças estatísticas nas seguintes dimensões:

BENEVOLÊNCIA EXPRESSA (Tabela 31 e Figura 5). Houve diferença do grupo de médicos mais jovens e os demais médicos, apontando que os mais novos apresentam maiores médias, ou seja, maior discordância com esta dimensão.

TABELA 31 – Comparações múltiplas entre o tempo de experiência profissional e a dimensão benevolência expressa.

GRUPO DE REFERÊNCIA	GRUPO DE COMPARAÇÃO	p-VALOR
Até 10 anos	De 11 a 20 anos	0,000
Até 10 anos	De 21 a 30 anos	0,000
Até 10 anos	Acima de 30 anos	0,022
De 11 a 20 anos	De 21 a 30 anos	1,000
De 11 a 20 anos	Acima de 30 anos	0,797
De 21 a 30 anos	Acima de 30 anos	1,000

FIGURA 5 – Relação do tempo de experiência profissional dos participantes com a dimensão benevolência expressa.

RESPEITO PELA INTEGRIDADE DO PACIENTE. Pelos resultados das comparações múltiplas (Tabela 32), notamos que houve diferença dos dois grupos de médicos com menor tempo de experiência e os grupos com mais tempo de experiência, apontando que os com menor tempo apresentam maiores médias, indicando maior discordância com esta dimensão. A Figura 6 ilustra estes resultados.

TABELA 32 – Comparações múltiplas entre as variáveis de tempo de experiência profissional e a dimensão respeito pela integridade do paciente.

GRUPO DE REFERÊNCIA	GRUPO DE COMPARAÇÃO	p-VALOR
Até 10 anos	De 11 a 20 anos	1,000
Até 10 anos	De 21 a 30 anos	0,177
Até 10 anos	Acima de 30 anos	0,004
De 11 a 20 anos	De 21 a 30 anos	0,278
De 11 a 20 anos	Acima de 30 anos	0,006
De 21 a 30 anos	Acima de 30 anos	0,574

FIGURA 6 – Relação do tempo de experiência profissional dos participantes com a dimensão respeito pela integridade do paciente.

EXPERIÊNCIA DE CONFLITOS MORAIS. Pelos resultados (Tabela 33 e Figura 7), notamos que a diferença só foi apresentada entre o grupo de médicos com menor tempo de experiência e o grupo com mais tempo de experiência, evidenciando que os mais experientes apresentam maiores médias, ou seja, maior discordância com esta dimensão.

TABELA 33 – Comparações múltiplas entre as variáveis de tempo de experiência profissional e a dimensão experiência de conflitos morais.

GRUPO DE REFERÊNCIA	GRUPO DE COMPARAÇÃO	p-VALOR
Até 10 anos	De 11 a 20 anos	0,113
Até 10 anos	De 21 a 30 anos	0,136
Até 10 anos	Acima de 30 anos	0,007
De 11 a 20 anos	De 21 a 30 anos	1,000
De 11 a 20 anos	Acima de 30 anos	1,000
De 21 a 30 anos	Acima de 30 anos	0,921

FIGURA 7 – Relação do tempo de experiência profissional dos participantes com a dimensão experiência de conflitos morais.

REGRAS NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA. Houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 34) entre o grupo de médicos com menos tempo de experiência e o grupo com mais tempo, evidenciando que os grupos com mais experiência apresentam menores médias, ou seja, maior concordância com esta dimensão (Figura 8).

TABELA 34 – Comparações múltiplas entre as variáveis de tempo de experiência profissional e a dimensão respeito pelas regras na prática psiquiátrica.

GRUPO DE REFERÊNCIA	GRUPO DE COMPARAÇÃO	p-VALOR
Até 10 anos	De 11 a 20 anos	0,242
Até 10 anos	De 21 a 30 anos	0,089
Até 10 anos	Acima de 30 anos	0,026
De 11 a 20 anos	De 21 a 30 anos	1,000
De 11 a 20 anos	Acima de 30 anos	1,000
De 21 a 30 anos	Acima de 30 anos	1,000

FIGURA 8 – Relação do tempo de experiência profissional dos participantes com a dimensão respeito pelas regras na prática psiquiátrica.

ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL PELO RELACIONAMENTO. Pelos resultados (Tabela 35), notamos que houve diferença do grupo de médicos de 21 a 30 anos de experiência com os dois grupos de médicos com menos experiência do que este (até 10 anos e de 11 a 20 anos), apontando que os mais novos apresentam maiores médias, ou seja, maior discordância com esta dimensão (Figura 9).

TABELA 35 – Comparações múltiplas entre as variáveis de tempo de experiência profissional e a dimensão orientação pelo relacionamento profissional.

GRUPO DE REFERÊNCIA	GRUPO DE COMPARAÇÃO	p-VALOR
Até 10 anos	De 11 a 20 anos	1,000
Até 10 anos	De 21 a 30 anos	0,012
Até 10 anos	Acima de 30 anos	0,701
De 11 a 20 anos	De 21 a 30 anos	0,002
De 11 a 20 anos	Acima de 30 anos	0,392
De 21 a 30 anos	Acima de 30 anos	1,000

FIGURA 9 – Relação do tempo de experiência profissional dos participantes com a dimensão orientação profissional pelo relacionamento.

8 Discussão

Nossa escolha de estudar a questão da moralidade com médicos psiquiatras foi feita porque somos médicos e indivíduos interessados no estudo do ser humano, do seu universo psíquico e das manifestações de sua atividade. Para nós, o comportamento moral é um dos comportamentos humanos mais interessantes e enigmáticos para estudo e compreensão.

Esta preocupação não se deveu a uma necessidade inquisitória de nossa parte, não foi, e não é, nosso desejo fazer um levantamento policial desta ou de outra população, mas sim aprofundar mais as observações sobre o campo da moralidade e a bioética como ciência prática de fato. Ademais, para nós, médicos, assim como para tantos outros profissionais, devemos ir além de saber o que fazer para como e quais as consequências deste fazer. Pela natureza de nossa formação técnica e trabalho, obrigatoriamente temos de ter parâmetros e reflexões éticas desenvolvidas das nossas práticas, ou seja, devemos ser profissionais com bom nível técnico e pessoas cuja sofisticação ética é uma condição de existência e não uma opção.

E por que usar uma escala de auto-avaliação?

Antes de definir o que deve ser feito em uma situação específica, tomemos como exemplo a questão das patologias: devemos primeiramente tentar “diagnosticar”, elucidar e delimitar a situação a que queremos nos ater. Neste atual momento, estudar a estrutura moral de uma população homogênea de uma sociedade, numa cultura e época, é tentar desvendar e delinear a complexa questão da motivação moral do homem,

para nós, base para nossa sobrevivência. Para tanto, o que achamos ser o melhor neste momento da ciência e investigação na área das neurociências e do comportamento ético foi utilizar o Questionário de Sensibilidade Moral (QSM), um método bem desenvolvido e, como já dissemos em outras partes deste trabalho, interessante para a visualização do comportamento ético dos médicos psiquiatras.

Ao delinear a metodologia da pesquisa, nos deparamos com vários problemas, mas foi na coleta das opiniões dos colegas médicos psiquiatras que identificamos inicialmente o universo das dificuldades, e um dos possíveis vieses da pesquisa.

Tivemos dois métodos de coleta de dados, a saber, a coleta direta das entrevistas e a indireta, com o envio e recebimento dos questionários por cartas, na realidade bastante diferentes na influência da disposição e das repostas dadas pelos médicos. Na coleta direta, podemos ter o entrevistador como fator inibitório e perturbador do comportamento do entrevistado, tanto na disposição deste em responder à pesquisa, como no modo e tipos de respostas que possa dar. No caso da coleta indireta, como na maioria das nossas respostas, via correio, esta condição foi eliminada a princípio, deixando o entrevistado mais à vontade para responder à pesquisa, solicitando que fosse mais ativo na participação, recolocando os questionários respondidos no correio, mesmo que não tivesse até que pagar por isto.

Quando no estudo a campo para a validação da escala para o português, as entrevistas ao vivo com os médicos foram muito bem recebidas

por uns e mal ou até não recebidas por outros. Tivemos a recusa expressa de médicos em responder à escala, mesmo cientes de toda a confidencialidade e da não identificação do profissional do estudo. É evidente que não questionamos o porquê disto diretamente com os mesmos. Em relação àqueles que responderam por cartas, tivemos também, através bilhetes e notas, uma diversidade de opiniões sobre a pesquisa, sua natureza e a que se propunha. Apesar do significativo número de questionários retornados pelo correio (que estatisticamente confirmam a nossa assertiva de que representam todo o universo de psiquiatras no nosso país), tivemos a percepção, principalmente quando da coleta direta dos questionários, de uma sensação de desconforto dos médicos em respondê-la e em serem sujeitos desta pesquisa. Talvez seja esta uma das razões por que não tivemos um número maior de questionários retornados.

Para nós, toda ação humana é uma ação moral e deve ser sempre transformadora da realidade, em qualquer campo ou ramo de atividade, mas principalmente na medicina e na psiquiatria.

Com as enormes transformações dos métodos e das tecnologias, na incorporação de aparatos industriais, computadorizados e eletrônicos, as necessidades na medicina de hoje a tornaram complexa e economicamente cara, dispendiosa e não universalmente disponível em todos os seus recursos para todas as pessoas. Em relação a outros momentos históricos, como atividade humana que faz parte de um sistema de relações de sobrevivência, hoje industrializado e econômico, a medicina hoje não se

concentra mais nas mãos e no exame clínico do médico apenas, mas sim num aparato tecnológico e em estruturas gigantescas de profissionais (e suas profissões), diagnósticos e tratamentos.

Dentro desta perspectiva de desenvolvimento, a contemporaneidade trouxe ao homem a condição da sua existência instrumentalizada na economia que, aliada a outros movimentos de transformação, é hoje o campo de maior expressão da competitividade humana. A concepção de um sistema de relações de convivência e trocas, que visam o lucro como maneira de sobrevivência, colocou as pessoas desiguais no mesmo patamar de competição, desnudando assim as suas vulnerabilidades.

Todos sabemos que a saúde humana hoje é, para alguns, um negócio muito lucrativo. As maiores empresas e corporações do mundo (maiores do que alguns governos) são da área da saúde. Hoje, a corrida pela saúde plena, nesse sentido de negócio, se tornou uma obsessão e, mais do que tudo, o ser humano está fadado a ser saudável, ser bonito, não poder envelhecer e nem mesmo morrer, porque a morte é também vista como uma doença.

E nós, médicos? Nesta perspectiva mercadológica, estamos como pessoas que, mesmo contra a nossa vontade muitas vezes, se inserem nessa *roda de negócios* de forma ativa e passiva. Neste ponto, vemos uma das grandes crises de valor e prognóstico da medicina. É evidente que a

necessidade por lucros e ganhos é a máquina do mundo capitalista e que as grandes mudanças e transformações no desenvolvimento das ciências biomédicas estão vindo de carona nisto, mas a enorme quantidade de informações e o envolvimento (inevitável) da medicina no mundo econômico exige cada vez mais um refinamento moral e bioético do profissional de saúde. Não estamos estabelecendo aqui um discurso político, mas estamos trazendo para a discussão uma das grandes preocupações que norteiam o próprio futuro da humanidade. Qual será o custo das novas descobertas nas mais diversas áreas do conhecimento? É sabido que um dos menores gastos na área da saúde é o médico e que o aparato burocrático, tecnocrático e as tecnologias industriais de diagnóstico e tratamento são os maiores e crescentes custos. O médico, que é o motor de toda a engrenagem, começa a ficar à margem do processo de saúde, tanto na prevenção quanto no tratamento, cuidados e cura dos problemas que acometem o homem. As descobertas científicas são, e sempre serão, bem-vindas, mas existe um *a priori* humano em todas as atividades do homem que deve nortear as suas buscas e opções pelo uso dos instrumentos que essas descobertas podem trazer.

Pensar a bioética na medicina é uma necessidade prática e urgente para que possamos sobreviver enquanto médicos, pessoas e sociedade. Esta prática envolve qualidade de vida e a busca infinita pela autonomia de sensações, sentimentos e pensamentos, inseridos num mundo onde os números e as ações das corporações de saúde não levam em conta, necessariamente, o sofrimento individual ou coletivo.

Com o empilhamento das virtuais necessidades e possibilidades no campo da saúde, vimo-nos, seres humanos, mais vulneráveis do que nunca. Não estamos conseguindo pensar e desenvolver as nossas identidades de forma autônoma. Isto trouxe, de um modo geral, uma crise de valores. Estamos frente a novas realidades que precisam ser pensadas antes de serem vividas. Morremos mais pela oferta de energia e nutrientes do que pela inanição, mais pela violência nas ruas das grandes cidades do que nas guerras, aparecem novos problemas e paradigmas de valores nas diversas sociedades, tais como o conceito de morte, as biotecnologias de reprodução assistida, as células tronco, genética, entre outros.

Sendo assim, perguntamos: O que seria ser ético, anti-ético ou aético na medicina? Ético seria o médico ter a condição de refletir sobre a sua realidade e a realidade do paciente de forma coerente e humana.

Sendo um ofício milenar e hoje uma profissão, inserida numa ordem social de busca pelo poder, consideramos a medicina uma arma poderosa para aquele que quer ter o poder.

Isso tudo é interessante, mas essa natureza não é somente o etos da medicina. O seu etos é a possibilidade da compreensão do mundo por nós e da nossa natureza na relação transformadora com nós mesmos. O etos da medicina e da psiquiatria é um etos da ajuda ao homem em compreender sua realidade afetiva e ter qualidade de vida.

Nesta pesquisa, procuramos investigar algumas variáveis e condições que pudessem influenciar, delimitar e aprofundar o julgamento dos médicos psiquiatras brasileiros acerca de sua prática na estrutura de sua sensibilidade moral.

Entendendo que a moralidade se desenvolve com o crescimento e desenvolvimento do homem, vimos nas características constitucionais, como idade, raça e sexo, aquelas iniciais (constitucionais) que pudessem exercer influência sobre as opções tomadas pelos psiquiatras. Além disto, tivemos nas outras variáveis, como o estado civil, a opção religiosa e algumas relacionadas à formação técnica (residência médica como formação, prática preferida na psiquiatria e tempo de experiência), elementos ligados à cultura do médico, como uma opção.

O que vimos inicialmente é que os médicos entenderam a mensagem da pesquisa, principalmente em responder a alguém (que não conheciam nem nunca viram) questões particulares de sua prática profissional e de sua vida particular.

De um modo geral, os médicos tiveram uma concordância, embora não total, com todas as dimensões da sensibilidade moral propostas pelo QSM. O médico psiquiatra de nossa amostra tem uma tendência a respeitar mais a autonomia do paciente, ser benevolente na sua prática e respeitar a integridade da pessoa que está sob seus cuidados. Neste sentido, vemos que os médicos percebem as limitações da relação médico-paciente e dos seus limites próprios, estão cientes de que existe uma pessoa que

também é um paciente e da sua vulnerabilidade.

Apesar disto, os médicos têm uma tendência a uma prática médica menos preocupada pelas técnicas (consensos teóricos) disponíveis nos meios de divulgação e comunicação médicos, na medida em que tendem a respeitar menos as regras e ditames das teorias em sua prática.

Como psiquiatras, e com vivência prática diária de consultório, levantamos duas situações importantes envolvidas nesta questão e que são reais em nosso dia-a-dia. A primeira é que nossa prática psiquiátrica é muito pouco regulamentada e fiscalizada oficialmente, tanto na formação do especialista (seja em sua especialização, estágio ou residência médica), quanto na prática diária. É corrente vermos colegas falarem que tratam seus pacientes do jeito que eles *acham* e não como deveria ser feito segundo as técnicas e procedimentos disponíveis. Tudo fica no *eu acho* e esta é uma peculiaridade de uma natureza especulativa da psiquiatria como prática e não como ciência de fato, que está em desenvolvimento no lado da psicofarmacobiologia e que falha gravemente em algumas áreas, como a área legal e forense. A psiquiatria é uma especialidade médica subjetiva, a avaliação clínica é subjetiva e a percepção dos resultados também é subjetiva, mas os órgãos acadêmicos oficiais e mesmo a sociedade civil brasileira não geriram ainda mecanismos para a gestão (e não controle) da prática do médico, a não ser no âmbito legal (civil e criminal).

Outro ponto é a questão da atualização técnica do médico. Vê-se isto, por exemplo, no relato de uso e consumo deliberado das

psicofarmacoterapias em nosso dia-a-dia. A maioria dos médicos (fato não somente vivido neste campo de especialidades médicas) psiquiatras parece pouco se preocupar, ou muitas vezes não consegue (pelas questões de dificuldade econômica para o financiamento dos seus estudos) se atualizar cientificamente de forma correta. Na maioria das vezes, somos pretensamente atualizados pelo sistema das indústrias em saúde, que o fazem na atenção especial aos seus interesses próprios. Neste sentido, a prática tende a sair prejudicada e com vieses importantes que recaem na qualidade do atendimento que o paciente necessita. Assim sendo, o médico, em sua vulnerabilidade, fica cada vez mais no *eu acho*, concordando menos com atos e consensos estabelecidos pela ciência.

O último ponto que chama a atenção (e não por ser o último) é a discordância parcial na vivência de conflitos morais na prática pelos médicos. Dentro do conjunto das respostas, vemos que os médicos brasileiros vêem a questão da moralidade em suas relações com uma concordância nas dimensões propostas, porém enxergam poucos conflitos morais na sua prática.

Não seria um paradoxo perceber e concordar com certos paradigmas bioéticos na relação com o paciente, como o respeito pela autonomia, benevolência e integridade física, mas, por outro lado, não enxergar efetivamente o caráter moral da situação nas suas relações estabelecidas com seus pacientes. Seria uma deficiência de percepção ou realmente não existem dúvidas acerca do caráter moral? Em nosso ponto de

vista sempre existem dúvidas, em qualquer relação do médico com o seu paciente?

Para nós, trata-se de uma deficiência de sensibilidade, no sentido de refinamento da percepção individual da qualidade moral de todas as relações médico-paciente que se estabelecem na prática diária dos médicos pesquisados. Esta se baseia, em nosso modo de ver, tanto pelo amadurecimento moral do raciocínio do médico quanto pela formação (estímulo e aprendizado) que este teve em seu desenvolvimento em atentar para a bioética na sua prática.

Temos deste modo um profissional que, quando investigado objetivamente sobre as questões morais da sua prática, como na existência de uma qualidade no respeito pela autonomia, pela integridade humana e pela benevolência, mostra-se ciente da existência destas qualidades da relação. Por outro lado, falta-lhe um posicionamento sobre a percepção, um núcleo de identificação e nomeação moral da sua prática quando não é investigado em suas opiniões sobre tais qualidades. Nos referimos a esta capacidade de identificação moral quando um profissional não nomeia dada situação como moral. Isto ocorre com base no fato, como já dissemos, de que toda ação humana é uma ação moral e a ação médica é uma ação humana.

❑ RELAÇÕES DA ESTRUTURA DA SENSIBILIDADE MORAL DOS MÉDICOS PSIQUIATRAS BRASILEIROS

Dentro do enfoque teórico estruturalista do QSM, na estrutura moral dos médicos psiquiatras, estabelecemos algumas relações da estrutura da sensibilidade moral dos médicos com as variáveis a seguir.

Nosso enfoque não é no por quê e no como a estrutura da sensibilidade moral dos psiquiatras acontece, e sim se e em quais situações possíveis acontecem. Concordemos que este é um primeiro passo para este campo de pesquisa e que outros passos vão ocorrer mais adiante, por exemplo, como a investigação dos mecanismos de entendimento moral do médico ocorre, principalmente no campo das pesquisas qualitativas.

Uma das primeiras reflexões sobre os dados foi que existem mais relações estatisticamente significativas entre as dimensões (no conjunto das questões) em relação às variáveis do que nas questões isoladas. Este dado confirma que as dimensões da sensibilidade moral se referem certamente mais à interpretação da combinação das questões pelo médico do que à somatória do conjunto das mesmas nas referidas dimensões, confirmando o conceito de multidimensionalidade da sensibilidade moral, em que o conjunto das questões propostas traz um sentido mais diferenciado para o profissional do que a análise das questões em separado.

Temos, além disto e como uma outra dificuldade metodológica e analítica da pesquisa, a limitação do número e da capacidade de influência

das variáveis escolhidas para estabelecermos a relação com as opções dos médicos em resposta à escala.

❑ RELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS

Das variáveis pesquisadas, encontramos relação estatisticamente significativa para todas elas, tanto na relação com as questões quanto na relação com as dimensões. O que vimos foi a relação particular de cada variável. Não iniciaremos a discussão dos resultados pela idade, porque achamos mais interessante discutir esses resultados junto com o tempo de experiência profissional do médico psiquiatra, que também é um parâmetro de tempo onde os resultados foram semelhantes.

As mulheres têm uma concordância maior em relação à benevolência expressa (Questões 2, 5, 8 e 25) do que os homens. Em relação às questões isoladas, encontramos a maior concordância das mulheres:

Nas Questões (2 e 8) do mesmo construto (Benevolência):

- ▶ Meu trabalho ficaria sem sentido se nunca visse nenhuma melhora nos meus pacientes.
- ▶ Se o paciente não tiver conhecimento da sua doença, há pouco o que fazer por ele.

Na Questão 6 (Respeito pela Integridade do Paciente):

- ▶ Quando tenho que tomar decisões difíceis em relação ao meu paciente é sempre importante ser honesto com ele.

Na Questão 23 (sem relação com construto na validação do instrumento):

- ▶ Sempre me vejo numa situação difícil quando tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.

O que especulamos nestes dados é que as médicas mulheres pensam mais no bem do paciente do que os médicos homens, que pensam menos. Não estamos dizendo, e a metodologia proposta não permite isto, que os médicos são maus, mas atentar para fazer o bem como um valor da relação é algo que é mais levado em conta no pensamento das médicas psiquiatras. Este pensamento é corroborado pela adição da relação estatisticamente significativa encontrada na Questão 6, que faz parte da dimensão *Respeito pela Integridade Humana*, e na Questão 23, que fala sobre a participação do paciente no tratamento. Para nós, a própria natureza de cuidado da mulher, antropológica e psiquicamente existente em seu universo mental, influenciou positivamente as opções das médicas de nossa pesquisa. Dentro deste panorama, a relação das médicas tende a ser *melhor* do que a relação dos médicos. Estes, em contraposição, ao serem menos benevolentes, podem estar mais focalizados nos resultados de suas ações, independentemente de serem boas ou não.

▣ RAÇA

A dimensão *Respeito pela integridade Humana* é a única com relação estatisticamente significativa com a raça do participante. Neste caso, os médicos de cor negra tenderam a total concordância na dimensão *Respeito pela Integridade dos seus Pacientes* e os únicos com relação estatisticamente significativa em relação às questões isoladas (Questão 29 — Como psiquiatra, devo sempre saber qual deve ser o tratamento específico para cada paciente sob meus cuidados); e os de raça amarela foram os que tenderam a uma concordância parcial, mostrando um maior grau de discordância.

Este dado mostra que, em tempos de discussão e secular preconceito e racismo em diversas sociedades, em todos os níveis e áreas, vemos os médicos que se nomearam negros, mormente as pessoas de cor mais discriminada de nossa sociedade brasileira, como aqueles que respeitam mais a integridade humana dos seus pacientes do que os outros médicos. Característico também foi o fato de os médicos de raça branca terem um comportamento mais para a discordância, juntamente com os de cor amarela.

Este é um dado que reflete certamente quanto uma condição social, a consciência de um posicionamento e o sofrimento de uma pessoa podem influenciar a relação desta com a sociedade e o mundo. Sofrer discriminação, mesmo que indiretamente (pela condição social e econômica), como parte de um extrato populacional como ser negro possivelmente pôde trazer um maior estímulo e reflexão moral ao médico negro da amostra, que

pensa a integridade humana do paciente como algo relevante para a sua prática, como se fosse algo para si mesmo.

▣ ESTADO CIVIL

Os médicos que não vivem uma união oficializada pelo Estado são aqueles que apresentaram relação estatisticamente significativa com a dimensão *Orientação Profissional pelo Relacionamento*. Do outro lado, os médicos que se disseram viúvos foram aqueles que demonstraram uma discordância maior.

O médico viúvo seria aquele que tem a tendência a relevar menos o contexto da relação com o paciente na sua prática e resultados. Tanto para a dimensão quanto para as Questões 13 e 22 (pertencentes à dimensão *Orientação pelo Relacionamento*), 18 (*Respeito pela Integridade do Paciente*) e 27 (*Autonomia*), descritas abaixo, eles discordam mais do que os outros médicos.

► QUESTÕES:

- 13) O mais importante em minha prática psiquiátrica é minha relação com meus pacientes.
- 18) Na maioria das vezes é a reação do paciente que me mostra que tomei a decisão certa.
- 22) Acredito que a boa assistência psiquiátrica inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com sérios distúrbios mentais.

- 27)** Em situações em que é difícil saber o que é certo, consulto meus colegas de trabalho sobre o que deve ser feito.

Manter um relacionamento não oficializado parece ter um peso maior, mesmo sobre os relacionamentos oficiais, na orientação da prática profissional pelo relacionamento com o paciente. Os médicos com união não legalizada levam em conta sim as suas experiências de relação, orientando as suas atitudes e ações com referência ao relacionamento com o paciente, quando optam mais pela concordância nesta dimensão.

Ter uma união não oficial, para nós, antes de qualquer coisa, é mais uma questão de opção pela manutenção da relação do que uma união oficial. Muitas vezes, aquele que é ou está casado, mesmo que tenha problemas importantes na sua relação, a mantém sob o peso da oficialidade enquanto que sair dela, dentro das perspectivas legais do nosso país, é custoso e desconfortável. Não restringimos as nossas reflexões somente a isto, mas é realmente interessante ver que não são os médicos casados, por exemplo, os que olham mais a questão do relacionamento com seus pacientes com mais significado para a sua prática, atentando às reações do paciente e sua relação com o mesmo, do que os resultados, como algo importante na sua prática psiquiátrica.

❑ OPÇÃO RELIGIOSA

Dentro dos elementos que exemplificam e explicam de modo mais claro a cultura de um povo, temos a religião, ou melhor, as religiões, uma das manifestações mais importantes e fidedignas do universo de relações e significados de uma sociedade.

A opção religiosa, para aqueles que escolhem professá-la explícita e claramente, é um fator de desenvolvimento e crescimento do indivíduo, em sua grande maioria apresentada ao homem na sua infância e que acompanha o seu desenvolvimento, com alcance e raízes muito anteriores a sua opção profissional.

Ao pensar e projetar esta pesquisa, tivemos grandes expectativas sobre como e em que nível esta opção poderia influenciar o pensamento e a sensibilidade moral do médico, dada o existente pressuposto moral, dogmático e valorativo que todas as religiões assumem.

Toda religião, indistintamente, é composta de um arcabouço de dogmas, regras ou ritos que tem o pressuposto de exigir do profissional um paradigma de modelo, um enquadramento, como base de funcionamento na vida e sociedade, em todos os níveis. Ser religioso é vivenciar uma moral pré-estabelecida pelo núcleo em que vive, em qualquer situação de sua vida.

A primeira observação que fizemos em nossa pesquisa é a distribuição diferenciada da preferência religiosa dos médicos psiquiatras pesquisados em relação à população geral. Em dados já demonstrados nesta

pesquisa (IBGE), temos um contingente de cerca de 7,28% de brasileiros que não têm uma opção religiosa, enquanto nossa amostra mostrou um contingente de cerca de 33,00%, se somados aqueles que disseram não ter religião e aqueles que não informaram. Esta diferença se evidencia claramente na discrepância do contingente dos católicos, no nosso caso 44,00% da amostra, e na população brasileira 73,77%. Junto disto, vemos uma maior distribuição/apresentação dos judeus (70 vezes mais do que a da população geral) e dos espíritas (5 vezes mais do que a da população em geral) em nossa amostra, e uma menor distribuição entre os evangélicos (1/3 em nosso caso com relação à população geral).

Foi exatamente com estas três últimas populações de médicos (judeus, espíritas e evangélicos) que houve relações de suas opções religiosas com algumas questões da escala. Não houve relação estatisticamente significativa de nenhuma opção religiosa do médico com as dimensões morais da escala.

Vimos que a dimensão *Autonomia* foi aquela que apresentou um número maior de questões, apesar de não ter uma relação estatisticamente significativa do seu todo com a opção religiosa dos participantes.

Foram os médicos de religião judaica os que apresentaram mais questões com relação estatisticamente significativa do que os outros médicos. Houve relação dos mesmos com discordância na Questão 12 (Se não estou familiarizado com a história do caso do paciente, eu sigo os

procedimentos gerais para o tratamento) e concordância na Questão 27 (Em situações nas quais é difícil saber o que é certo, consulto meus colegas de trabalho sobre o que deve ser feito). O médico que se diz judeu mostra uma relação mais aberta com seus pares, de maior confiança, e é menos respeitoso das práticas e protocolos da especialidade do que os outros médicos. Tiveram também uma maior discordância nas opções da Questão 3 (É importante que deva obter uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faço) e, junto com os médicos *Sem Religião* e com *Outras Religiões*, uma maior concordância na Questão 22 (Acredito que a boa assistência psiquiátrica inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com sérios distúrbios mentais).

Os médicos espíritas tiveram concordância com a Questão 15 (Sempre baseio as minhas decisões no conhecimento médico relativo ao que é melhor para o paciente, mesmo que ele proteste), possivelmente mostrando-se um tanto mais paternalistas na sua prática nesta questão.

Médicos *Sem Religião* ou com *Outras Religiões* tiveram maior concordância com a Questão 22 (Orientação pelo Relacionamento — Acredito que a boa assistência psiquiátrica inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com sérios distúrbios mentais).

Os Evangélicos se mostraram de certo modo mais intuitivos, apresentando relação estatisticamente significativa com a Questão 28 (Respeito pelas Regras no Relacionamento - Confio nos meus próprios sentimentos quando tenho que tomar uma decisão difícil para o paciente).

Temos, em resumo, que a preferência por uma religião foi um referencial para a reflexão moral de alguns médicos psiquiatras, ao passo que as questões éticas se apresentaram relevantes para uma minoria dos que responderam à pesquisa, com cerca de 20,00% da nossa amostra.

Dentro disto, afirmamos que ou os médicos não se revelam sensíveis aos paradigmas morais das religiões que afirmaram seguir, como no maior exemplo do catolicismo, ou estas não estão tendo a devida repercussão (em termos de doutrina) na sensibilidade moral do médico psiquiatra.

O que temos, deste modo, é que ou o pressuposto *opção religiosa* para o médico psiquiatra não é considerado nas suas opções e relações com a sua moralidade (neste modelo de investigação), ou o fato de simplesmente citar uma religião, ainda que não tenha falado (e nem solicitado a dizer) em ser praticante, seria o mesmo que não professar esta religião.

❑ RESIDÊNCIA MÉDICA

Dentro de uma outra perspectiva cultural do médico psiquiatra pesquisado, a residência médica é o grande finalizador da formação do profissional médico e o instrumentalizador para a sua prática na área.

Afirmamos que é cultural, além de técnica, porque, apesar de seguirmos e atendermos, de modo geral, as normas técnicas propostas por órgãos de saúde internacionais, temos condições particulares na nossa formação técnica no Brasil. Estas condições podem trazer influências não só

na técnica, mas também no posicionamento humanístico do médico, que está se formando na prática, quando no processo de aquisição de conhecimentos e competências para se denominar e atuar como um especialista em psiquiatria.

Em nossa pesquisa, o médico ter formação em psiquiatria por residência médica foi diferencial (estatisticamente significativo) na relação com duas dimensões da moralidade, diferencial este para a tendência à discordância no respeito pela integridade do paciente e pelas regras na sua prática diária.

Esperávamos que os médicos com formação por residência médica, ou seja, em centros com credenciamento de ensino pelo nosso Ministério da Educação, tivessem uma maior concordância total ou parcial em algumas dimensões da moralidade, principalmente nestas onde houve relação estatisticamente significativa.

Inicialmente vimos que, apesar de em menor número absoluto no cenário nacional, tivemos 75,00% dos retornos dos questionários daqueles que fizeram residência médica. Isto mostra que o interesse científico foi maior, sendo estes médicos mais sensíveis e interessados em questões acadêmicas e de pesquisa.

Apesar disto, foram os que disseram não ter feito residência médica os que se mostraram com maior concordância quando questionados nas dimensões acima citadas. O que afirmamos, a partir disto, é que a

formação por residência médica tem a tendência de levar o médico a ser menos respeitador da integridade do paciente e menos afeito às regras na prática diária. Este seria um paradoxo, porque uma residência médica tem de ser um serviço mais estruturado e orientado no sentido de se estabelecerem práticas validadas cientificamente e principalmente em dar supervisão e estímulo a uma cultura de respeito à integridade do paciente. Os estágios em psiquiatria ocorrem muito mais em serviços onde o pressuposto acadêmico não é condição primeira e o médico, que depois consegue seu título de especialista via sociedade de especialidade por uma prova, aprende a psiquiatria mais no dia-a-dia de sua prática.

Quanto às questões, houve relação estatisticamente significativa e de maior concordância também para os que não fizeram residência médica, com as questões abaixo:

- 1) É minha responsabilidade como médico(a) psiquiatra ter conhecimento total da situação do paciente.
- 3) É importante que deva obter uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faço.
- 18) Na maioria das vezes é a reação do paciente que me mostra que tomei a decisão certa.
- 23) Sempre me vejo numa situação difícil quando tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.

Vemos nestas questões em separado, que emergem realmente no contexto da relação do médico com a sua formação, preocupações com a sua responsabilidade no tratamento. Esta responsabilidade certamente se relaciona com a necessidade do conhecimento sobre o caso da pessoa que está sob seus cuidados e, também interessante, o quanto que a resposta do paciente e sua participação são importantes para o médico.

Para nós seria como se o próprio paciente fosse, ao mesmo tempo, paciente e supervisor da formação do médico nas suas ações e atitudes e nos resultados delas em sua saúde e comportamento.

❑ TIPO DE PRÁTICA PSIQUIÁTRICA

A relação das questões com esta variável referenda estes dados. Existe um maior percentual de concordância com aqueles que também exercem um tipo somente de atividade com as Questões 20 (Respeito pelas Regras na Prática Diária — Minha própria experiência prática é mais útil do que o conhecimento teórico em situações nas quais é difícil saber o que é eticamente certo ou errado); 29 (Respeito pela Integridade do Paciente — Como psiquiatra, devo sempre saber qual deve ser o tratamento específico para cada paciente sob meus cuidados); e 30 (Respeito pela Integridade do Paciente — Acho significativo o meu papel até mesmo se eu não me sair bem em ajudar o paciente a adquirir conhecimento sobre a sua doença).

Mediante o reagrupamento das práticas, tivemos uma redução no poder de análise e pormenorização das possíveis relações com os dados. O que se viu com os novos grupos foi que os que preferem realizar apenas um tipo de atividade dentro da psiquiatria (ambulatório, psicoterapia, psiquiatria forense, urgências psiquiátricas, trabalho em enfermagem, docência/pesquisa ou ser aposentado) concordam mais nas questões de respeito pela integridade do paciente do que os outros médicos. Para nós, as conclusões desta relação são superficiais e de pouco alcance dentro de nossa proposta. O que nos limitamos a dizer é que, como em qualquer tipo de atividade ou ramo, ter uma prática (ou emprego) somente é melhor do que ter várias, pois a carga de estresse é menor e o rendimento e a qualidade de atendimento do médico são melhores.

Um outro ponto levantado na formação seria o de que um contato recente com a formação técnica, como no caso dos *recém-psiquiatras*, oferece a estes um universo científico *mais atualizado* e assim com um pressuposto para uma vivência moral da sua prática, talvez, menos paternalista.

Nossos dados mostram que não. Infelizmente, por não termos analisado uma possível relação dos anos de estudo do médico e da qualidade desse estudo com a estrutura da sensibilidade moral, não podemos inferir e muito menos concluir que o conhecimento técnico é um valor diferencial na qualidade da sensibilidade moral do médico psiquiatra brasileiro. Neste ponto, todos foram analisados no mesmo patamar, que é a sua formação como

especialistas somente. É certo que a vivência prática, talvez os anos de experiência (principalmente de vida), trazem para o médico mudanças nos seus paradigmas de modo a refletir sua sensibilidade moral com um maior estímulo ao respeito pelo paciente, dados que discutiremos a seguir.

□ IDADE DOS MÉDICOS E TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Resolvemos trazer estas duas variáveis em conjunto para a discussão porque os resultados de suas associações com as dimensões da estrutura da sensibilidade moral dos médicos psiquiatras se assemelham.

No que tange a idade, vimos que existe uma associação estatisticamente significativa dela com os domínios *Respeito pela Integridade do Paciente* e *Experiência de Conflitos Morais na Prática Diária*.

Em relação ao respeito pela integridade, vemos que, na comparação das médias, há um avançar na concordância da dimensão com o avançar da idade do médico, sendo que aqueles com 60 anos ou mais foram os que tiveram uma maior concordância na dimensão.

Em relação à experiência de conflitos morais na prática diária, também existe um avanço, mas no sentido da discordância dos médicos, com o avançar da idade.

A análise mais rica vem da relação das questões isoladas com esta variável. Salvo na dimensão 'Benevolência', encontramos uma relação

estatisticamente significativa com questões de todas as outras dimensões, como por exemplo:

AUTONOMIA → aumento no grau de concordância com a idade nas Questões 10 (Acredito que seja importante ter princípios sólidos quanto ao cuidado de pacientes psiquiátricos) e 24 (Se um paciente está sendo tratado de forma involuntária, devo estar preparado para agir contra a sua vontade).

RESPEITO PELA INTEGRIDADE HUMANA → aumento no grau de concordância com o aumento da idade nas Questões 1 (É minha responsabilidade como médico(a) psiquiatra ter conhecimento total da situação do paciente) e 18 (Na maioria das vezes é a reação do paciente que me mostra que tomei a decisão certa).

CONFLITOS MORAIS NA PRÁTICA DIÁRIA → Aqui temos uma relação estatisticamente significativa com todas as questões do construto, assim como com a dimensão em geral, com um aumento da concordância, de acordo com o avançar da idade. Questão 9 — Estou freqüentemente confrontando situações em que eu vivo um conflito sobre como abordar um paciente; Questão 11 — Freqüentemente enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para o paciente; e Questão 14 — Freqüentemente passo por situações em que é difícil permitir a um paciente fazer a sua própria escolha.

RESPEITO PELAS REGRAS → Discordância conforme aumenta a idade (dentro do espectro da concordância) na Questão 20 — Minha própria

experiência prática é mais útil do que o conhecimento teórico em situações nas quais é difícil saber o que é eticamente certo ou errado.

ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL PELO RELACIONAMENTO → Aumento da concordância conforme aumenta a idade do entrevistado. Questão 19 — Frequentemente penso que os meus próprios valores e normas podem influenciar minhas ações.

Na comparação com a variável *Tempo de Experiência*, tivemos o maior número de relações com diferenças estatisticamente significativas, tanto com as questões isoladas quanto com as dimensões da escala.

Os médicos com menos tempo de experiência (11 a 20 anos) têm uma concordância maior na dimensão *Benevolência Expressa*. Esta contou com relação com a Questão 25 (Acho difícil dar uma boa assistência psiquiátrica contra a vontade do paciente) com o aumento da idade do médico.

Em relação à dimensão *Experiência de Conflitos Morais*, houve também uma maior concordância com aqueles com menos tempo de experiência (até 10 anos). Nesta dimensão, apareceram isoladas as Questões 11 (Frequentemente enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para o paciente) e 14 (Frequentemente passo por situações em que é difícil permitir a um paciente fazer a sua própria escolha).

Em relação à dimensão *Respeito pela Integridade do Paciente*, tivemos uma maior concordância daqueles com mais de 30 anos de profissão

em relação aos outros grupos. As questões desta dimensão que tiveram relação em separado com aumento da concordância com a idade do médico foram:

- 1) É minha responsabilidade como médico(a) psiquiatra ter conhecimento total da situação do paciente.
- 18) Na maioria das vezes é a reação do paciente que me mostra que tomei a decisão certa.

Os médicos com mais de 30 anos de experiência tiveram uma maior concordância na dimensão 'Respeito pelas Regras na Prática Psiquiátrica'. As questões desta dimensão com relação estatisticamente significativa foram:

- 20) Minha própria experiência prática é mais útil do que o conhecimento teórico em situações nas quais é difícil saber o que é eticamente certo ou errado.
- 28) Confio nos meus próprios sentimentos quando tenho que tomar uma decisão difícil para o paciente.

Aqueles com 21 a 30 anos de experiência demonstraram uma maior concordância com a dimensão *Relacionamento na Prática Psiquiátrica*. Com maior concordância com o aumento da idade nesta dimensão tivemos as Questões 7 e 19 com relação estatisticamente significativa:

7) Acredito que um bom cuidado psiquiátrico sempre inclui respeito pela escolha própria do paciente.

19) Frequentemente penso que os meus próprios valores e normas podem influenciar minhas ações.

A dimensão *Respeito pela Autonomia do Paciente* não apresentou relação direta significativa com a idade do médico, mas as seguintes questões que compõem o seu grupo tiveram:

10) Acredito que seja importante ter princípios sólidos quanto ao cuidado de pacientes psiquiátricos.

24) Se um paciente está sendo tratado de forma involuntária, devo estar preparado para agir contra a sua vontade.

Dentro de toda esta perspectiva de tempo, tanto na idade quanto na experiência profissional, vemos que, com o avançar do tempo, os médicos têm uma tendência a concordar mais com os domínios da moral propostos pela escala. Temos que os médicos mais novos e menos experientes concordam menos com as dimensões da escala, ao contrário dos mais velhos e mais experientes, independentemente de sua formação e de outras opções culturais. Mesmo de posse de uma técnica, de uma especialidade médica, humanista antes de tudo, o médico mais novo,

recém-formado, mostra menos conforto e atua a sua prática, do ponto de vista moral, de modo mais rígido e mais moralmente autocentrado do os mais velhos.

Isto reflete, em parte, uma continuidade no desenvolvimento da percepção e estruturação da sensibilidade moral desta população. Neste sentido afirmamos que, apesar de não termos realizado um estudo longitudinal (com os mesmos participantes ao longo do tempo) e comparativo com outras populações, ocorre um amadurecimento progressivo da estrutura da sensibilidade moral dos médicos ao longo de sua vida e de sua história.

A percepção e a reflexão ética da nossa população foi de que o maior estímulo ao pensamento bioético continua ao longo da vida, ou seja, não pára no início da idade adulta. O processo da estruturação da sensibilidade moral dos médicos, com o passar do tempo, não se limita a um pressuposto término (inclusive biológico) da formação da sua personalidade como pessoa. Neste sentido, a propriedade de reflexão e aprendizado moral se mostra valer fundamentalmente das experiências vividas pelas pessoas e transformam sua capacidade de enxergar o mundo e suas relações, de modo contínuo. A isto chamamos de contínuo moral.

O que temos então é um panorama bastante distinto no qual o médico psiquiatra que participou da pesquisa se mostra uma pessoa em sua essência e que esta essência humana influencia sobremaneira sua capacidade de tomada de decisões e a estruturação de sua sensibilidade moral. Os diversos fatores constitucionais e culturais que fazem parte da sua

vida são alguns dos vários elementos que funcionam como referencial subjetivo para o profissional.

Deste modo, a exigência da garantia de um refinamento bioético do médico psiquiatra deveria vir, não da não assunção ou desejo consciente do médico em não levar em conta sua história de vida, opções, idade e tempo de experiência quando frente a situações bioéticas na sua prática, mas sim em sempre tentar entender por que e como as suas decisões técnicas se valem, de modo perene e psiquicamente indissociável, da sua própria história.

9 Conclusões

O Questionário de Sensibilidade Moral mostrou-se um interessante instrumento de avaliação da moralidade dos médicos psiquiatras brasileiros.

A despeito da multidimensionalidade dos fatores da estruturação de sua sensibilidade moral, ainda a serem descobertos, amadurecidos e discutidos em outros métodos de pesquisas, a metodologia de investigação por dilemas hipotéticos, proposta pelo QSM, se mostra eficaz no estudo da estrutura das opções morais na população específica de médicos psiquiatras.

Os médicos psiquiatras brasileiros se mostraram pessoas que assumem valores pessoais culturais na sua prática, enquanto avaliam as várias situações e dimensões morais propostas pela escala. Isto mostra que esses médicos revelam uma indissociabilidade das questões de estruturação da personalidade, da sua história e do modo que vivenciam a sua vida pessoal nas atitudes e ações quando na relação com seus pacientes na prática diária.

Desde modo, concluímos que os médicos psiquiatras são pessoas que, dentro de suas trajetórias pessoais, na sua prática com o paciente também lidam com suas próprias questões e dilemas de vida.

Anexos

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO PARA A TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO

De: "Kim Lutzen" <kim.lutzen@mailbox.swipnet.se>

Para: "Marcos Liboni" <liboni1st@yahoo.com>

Assunto: SV: Contact from Marcos Liboni - Brazil

Data: Sat, 21 Jul 2001 09:10:07 + 0200

Dear Dr Liboni

I would be very pleased if you would care to translate the MSQ into Portuguese and do a similar study in Brazil. We could compare the results which would be of benefit for your thesis. You may be interested in knowing that the MSQ has been translated into Japanese and English (and perhaps German). Let me know if I can help you in any way.

Best wishes

Kim Lutzen.

Anexos

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO PARA A TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO

De: "Kim Lutzen" <kim.lutzen@mailbox.swipnet.se>

Para: "Marcos Liboni" <liboni1st@yahoo.com>

Assunto: SV: Contact from Marcos Liboni - Brazil

Data: Sat, 21 Jul 2001 09:10:07 + 0200

Dear Dr Liboni

I would be very pleased if you would care to translate the MSQ into Portuguese and do a similar study in Brazil. We could compare the results which would be of benefit for your thesis. You may be interested in knowing that the MSQ has been translated into Japanese and English (and perhaps German). Let me know if I can help you in any way.

Best wishes

Kim Lutzen.

ANEXO B

APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELA CAPPESQ – HCFMUSP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL 8091
SÃO PAULO – BRASIL

DIRETORIA CLÍNICA

31 10 2001
15.30h.

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 25.10.01, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 783/01, intitulado: **Tradução para o português e validação do questionário de sensibilidade moral "Moral Sensitivity Questionnaire"*, do Departamento de PSIQUIATRIA, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Cláudio Cohen

Pesquisador Executante: Dr. Marcos Liboni

CAPPesq, 29 de Outubro de 2001.

PROF. DR. JORGE KALIL FILHO

Presidente da Comissão Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c").

*Em 09/05/2005 via ofício enviado à Coordenadoria do Programa de Pós-Graduação da Área de Fisiopatologia Experimental, foi solicitada pela Banca de Qualificação do doutorando (exame realizado em 19/12/2004), a mudança do título da tese de **Tradução para o português e validação do questionário de sensibilidade moral "moral sensitivity questionnaire"** para **A estrutura da sensibilidade moral dos psiquiatras do Brasil**.

ANEXO C

THE MORAL SENSITIVITY TEST (35 item version)

1. My relationship with the patients on my ward is the most important in my daily work.
2. It's my professional responsibility as a nurse to have knowledge of the patient's whole situation.
3. It is important that I get a positive response from the patient in everything I do.
4. My role as a psychiatric nurse would feel meaningless if I never saw any improvement in my patients.
5. If I should lose a patient's trust by doing something against his or her will, I would feel this as a failure.
6. If a patient should ask for information about his treatment, it's important for me always to be honest.
7. I believe that "good" psychiatric care involves never to force the patient to do something that's he or she does not prioritise.
8. It's my experience as a psychiatric nurse that if a patient's insight into his illness or situation is missing, there's not much that I can do to help him or her.
9. I often encounter situations where I don't know how I should respond to the patient.
10. When I am in a conflict where I have difficulty in knowing what to do in response to the patient, there are always people that I can ask.
11. In my contact with patients who are cared for on my ward I often feel that I get caught in situations where it is difficult to know what is right and wrong.
12. In making difficult decisions for the patient, I rely mostly on the rules and principles that are accepted by the staff on my ward.
13. It's my experience as a psychiatrist nurse that strict rules are important for the care of certain patients.
14. I believe that sometimes I do the "right" thing for the patient more based in feeling and less on principles.
15. I am faced with difficult decisions to make almost every day.
16. In acute situations where I know very little about the patient's background, I rely mostly on the physician to make decisions for the patient.

Anexo C

17. It's above all the patient's reactions to my actions that tell me if I have made the "right" decision.
18. I often think about the values and beliefs which may influence my actions.
20. Practical knowledge is more important than theories when making a decision about what is right or wrong.
21. When a patient who is not compulsorily admitted, refuses treatment, it's important for me that there are rules to follow.
22. If there is a conflict between my responsibility towards myself and my responsibility towards my patient, it's the patient who comes first.
23. I'm often confronted with situations where I feel that we make decisions without the patient's participation.
24. In situations where a patient is compulsorily admitted, I have to follow the physician's orders, even if the patient protests.
25. When there are different views concerning what goals should be set, it's first of all the patient's wishes that are important.
26. If a patient is dying from alcoholism and his or her last wish is a glass of whisky, it's my obligation to fulfil this wish.
27. If I see that a patient is becoming more and more aggressive, it's first of all other patient's safety that is my responsibility.
28. I find it difficult to give good nursing care to a patient whom I don't like very much.
29. Sometimes it feels as if I am alone in my beliefs and values of what is good nursing care.
30. In situations where it is my obligation to implement an action against the patient's wishes, it is important that I have support from my colleagues.
31. Sometimes I feel badly because I have not been able to help the patient gain insight into his or her situation.
32. I can sometimes be motivated to threaten the patient with an injection by force, if he does not of his own free will take the medicine that is ordered.
33. In situations where I have difficulty in knowing what is the best action, it's above all the psychiatrist that I turn to.
34. I find it difficult to give good care to a patient who has little hope for improvement.
35. I often feel that I am personally suited to work in psychiatry.

ANEXO D

THE MORAL SENSITIVITY QUESTIONNAIRE

The following assumptions relate to moral decision making in psychiatric treatment and care. Please indicate to what extent you disagree or agree with each assumption by placing a circle around the corresponding number:

1. It is my responsibility as a physician to have knowledge of the patient's total situation.

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

2. My work would feel meaningless if I never saw any improvement in my patients.

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

3. It is important that I get a positive response from the patient in everything I do.

	1	2	3	4	5	6	7
completely agree							completely disagree

4. When I need to make a decision against the will of a patient, I do so what I believe to be the best interest of the patient.

	1	2	3	4	5	6	7
completely agree							completely disagree

5. If I should lose a patient's trust I would feel that my work as a nurse/physician would lack meaning.

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

6. Whenever I have to make a difficult decision it is important to always be honest with the patient.

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

	1	2	3	4	5	6	7
completely agree							completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

completely agree 1 2 3 4 5 6 7 completely disagree

1 2 3 4 5 6 7
completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

	1	2	3	4	5	6	7
completely agree							completely disagree

[illegible]

	1	2	3	4	5	6	7
completely agree							completely disagree

1 2 3 4 5 6 7

completely agree completely disagree

Anexo D

29. As a physician I must always know what specific care the patients on my ward are entitled to.

	1	2	3	4	5	6	7
completely agree							completely disagree

30. I find meaning in my professional role even if I do not succeed in helping a patient gain insight into his or her illness.

	1	2	3	4	5	6	7
completely agree							completely disagree

(copyright: K. Lützén 1995)

Referências

Amaro JWF. **Psicoterapia e religião**. São Paulo: Lemos Editorial, 1996.

Associação Brasileira de Psiquiatria. **Sócios ABP**. Citado em 1 junho 2001. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/socios.htm>.

Associação Brasileira de Psiquiatria. **Departamentos da Associação Brasileira de Psiquiatria**. Citado em 4 maio 2005. Disponível em <http://www.abpbrasil.org.br/Institucional/deptos.asp>.

Associação Brasileira de Psiquiatria. **Residência Médica**. Citado em 21 Março 2005. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/Servicos/Noticias/detalhe.asp?codNoticia=134>.

Associação Brasileira de Psiquiatria. **Edital nº 01/2005. CONCURSO PARA O TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA**. Citado em 22 Março 2005. Disponível em http://www.abpbrasil.org.br/Servicos/Concursos/edital_1-05.asp.

Associação Médica Mundial. **Princípios das Nações Unidas para Ética Médica**. Citado em 21 Julho 2005. Declaração de Nuremberg. Disponível em <http://www.wma.net/e>.

Associação Médica Mundial. **Declaração do Havaí**. Citado em 21 Julho 2005. Disponível em <http://www.wma.net/e>.

Associação Médica Mundial. **Declaração de Madri**. Citado em 21 Julho 2005. Disponível em <http://www.wma.net/e>.

Associação Médica Mundial. **Declaração de Caracas**. Citado em 21 Julho 2005. Disponível em <http://www.wma.net/e>.

Azzone GF. The dual biological identity of human beings and the naturalization of morality. **Hist. Philos. Life Sci.** V. 25 (2), p. 211-241, 2003.

Balint M. **Médico: seu paciente e a doença**. Trad.: Roberto Musachio. Rio de Janeiro: Atheneu; 1984.

Bar-Yam M, Kohlberg L, Naame A. Moral reasoning of students in different cultural, social and educational settings. **American Journal of Education**, Chicago, v. 88, p. 354-362, 1980.

Beauchamp TL, Childress JF. **Principles of biomedical ethics**. 5th ed. New York. Oxford University Press, Inc, 2001.

BIREME/OPAS/OMS. **Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde**. Citado em 1 junho 2001. Disponível em: www.bireme.br/isis/p/iah.htm.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

Bzuneck JA. **Desenvolvimento moral**: avaliação em estádios kohlbergianos em crianças e adolescentes de Londrina. [Tese de Mestrado]. São Paulo (SP) Instituto de Psicologia da USP. 1975.

Bzuneck JA. **Julgamento moral de adolescentes delinqüentes e não-delinqüentes em relação com ausência paterna**. [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP) Instituto de Psicologia da USP. 1979.

Calil LC. **Avaliação de desempenho nos programas de residência médica em psiquiatria do estado de São Paulo no Ano de 1993**. Citado em 5 Abril 2005. Disponível em <http://www.priory.com/psych/proresid.htm>.

Cloninger SC. **Teorias da personalidade**. Trad.: Claudia Berliner. – São Paulo: Martins Fontes, p. 1-28, 1999.

Cohen C. **Bioética e sexualidade nas relações profissionais**. 1ª. Ed. São Paulo. Associação Paulista de Medicina, 1999.

Colenda CC. **O manejo de pacientes com demência agitados**: uma abordagem de análise de decisões. Demência, Programa de Educação Continuada. Buenos Aires: Waverly Hispânica, p. 1-9. 1998.

Conover WJ. **Practical nonparametric statistics**. New York. John Wiley & Sons. 2nd ed. 1980.

Conselho Federal de Medicina. **Estatísticas dos médicos no Brasil**. Citado em 07 Setembro 2003. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/estatisticas/estatisticas.asp?portal>.

Conselho Federal de Medicina. **Residência médica**. Citado em 21 Mar. 2005. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=pesqmedcrm&portal=>.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução Normativa CFM nº 1634/2002**. Citado em 7 Agosto 2004. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1634_2002.htm.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução Normativa CFM nº 1666/2003**. Citado em 7 Agosto 2004. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1666_2003.htm.

CREMESP. **Novos cursos de Medicina**. Entidades solicitam audiência a ministros. Citado em 22 Março 05. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=466>.

Damasio AR. **Descartes' error**: emotion, reason, and the human brain. London: Pan Macmillan, 1995.

Damasio AR, Grabowski TJ, Bechara A, Damasio H, Ponto LL, Parvizi J, Hichwa RD. Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. **Nature Neuroscience**, New York, n. 3, p. 1049–1056, 2000.

De La Taille YJJMR. A indisciplina e o sentimento de vergonha. In: Aquino JG. (org.). **Indisciplina na escola**: alternativas teóricas e práticas. São Paulo, Summus, p. 9-23, 1996.

De La Taille YJJMR. La genèse de la conception du droit au secret chez l'enfant. **Enfance**, Paris, n.4, p.443-50, 1995.

Eliade M. **O Sagrado e o profano** (Trad.: Rogério Fernandes). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Erikson EH. Identity and the life cycle. Selected papers. **Psychological Issues**, 1. New York, International Universities Press; 1959.

Ferraz F. **A Eternidade da maçã**. 1a ed. São Paulo. Escuta Editora, p. 39-53, 1994.

Ferreira ABH. **Minidicionário Aurélio**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 77, 2000.

Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2(3), 1998.

França GV. **Comentários ao código de ética médica**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.

Freitag B. **Os Itinerários de Antígona**. A Questão da Moralidade. Campinas, S.P.: Papirus, 2002.

Freud S. **A interpretação dos sonhos**. Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. 5. Rio de Janeiro, Imago Editora. 1969-1980. CD-ROM.

_____. **O mal estar na civilização**. Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. 21. Rio de Janeiro, Imago Editora. 1969-1980. CD-ROM.

Gilligan C. **In a different voice**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1982.

Gilligan C, Ward J, McClean-Taylor J. Remapping the moral domain: new images of self in relationship. In Gilligan C; Ward J, Taylor C (ed.). **Mapping the moral domain**. Cambridge, MA: Harvard University Press, p. 1-48, 1988.

Glaser BG. **Theoretical sensitivity**. The Sociology Press, Mill Valley, Califórnia, 1978.

_____. **Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory**. Mill Valley, CA: The Sociology Press, 1978.

_____ e Strauss A. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. Chicago, IL: Aldine Publishing Co, 1967.

_____ **Emergence vs. forcing**: basics of grounded theory analysis. Mill Valley, CA: Sociology Press, 1992.

Green B, Miller PD, Routh CP. Teaching Ethics in Psychiatry: a one-day workshop for clinical students. **Journal of Medical Ethics**. London, v. 21, p. 234-38, 1995.

Guthrie. **History of medical residency at guthrie**. Citado em 22 Março 2005. Disponível em <http://www.guthrie.org/Residency/History/>.

Hastings J. **Encyclopedia of religion and ethics**. Vol. 7. Edinburg. 1914.

Husserl E. **Ideas pertaining to a Pure phenomenology and to a phenomenological philosophy** -- First Book: General Introduction to a Pure Phenomenology, Trad.: F. Kersten. The Hague: Nijhoff (= *Ideas*) [1913]. 1982.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População Residente no Brasil. **Censos Demográficos e Contagem Populacional MS/SE/Datasus**, a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE, para os anos intercensitários. Citado em 07 Setembro 2003. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popuf.def>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índices de Preços, Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor. Citado em 07 Setembro 2003. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>.

James W. **As variedades da experiência religiosa**. São Paulo, Cultrix, 1991.

Kaplan HI. **Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry**: behavioral sciences. 8th Edition. Maryland, Baltimore: Williams and Wilkins. p.1321-1322, 1998.

Kastrup M. Abuse of psychiatry. **Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement**. Risskov, Denmark, v. 399, p. 61-64. 2000.

Kish, Leslie. **Survey sampling**. 1ª Ed. New York: John Wiley & Sons; 1965.

Klein M. **Obras completas de Melanie Klein**, Vol 1 - Amor, culpa e reparação e outros trabalhos. Trad.: André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago Ed., v. 1, p. 286-300, 1996.

Kohlberg L. From is to ought: how to commit the naturalistic fallacy and get away with it in the study of moral development. In: Th. Mischel (Ed.) **Cognitive development and epistemology**. New York, Academic Press, 1971.

_____. Moral stages and moralization. In: **Moral development and behavior: theory, research and social issues**. T. Lickona (Ed.). New York: Holt Reinhart and Winston; 1976, p. 31-53.

_____. **The philosophy of moral development**: moral stages and the Idea of Justice (Vol. 1), Essays on Moral Development. San Francisco: Harper & Row 1981,1984,1987.

Liboni M. Bioética, psicanálise e psiquiatria. In: Siqueira JE, Prota L, Zancanaro L (orgs.). **Bioética**: estudos e reflexões 3. Londrina: Ed. UEL, p. 101-116, 2000.

Liboni M, Cohen C. Tradução e validação para o português do questionário de sensibilidade moral "moral sensitivity questionnaire. **Rev Bras Psiquiatr**. n. 26(supl II), p. 46-47, 2004.

Lind G. O significado e medida da competência moral revisitada. Um Modelo do Duplo Aspecto da Competência Moral. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 399-416, 2000.

Lützen K. Moral sensing and ideological conflict, aspects of the therapeutic relationship in psychiatric nursing. **Scandinavian Journal Caring Sciences**. Oxford, N. 4, p. 69-76. 1990.

_____. **Moral sensitivity**: a study of subjective aspects of decision making in psychiatric nursing practice. Doctoral Dissertation. Karolinska Institute, Sweden. 1993.

Lützén K, Da Silva AB, Nordin C. An analysis of some dimensions of the concept of moral sensing exemplified in psychiatric care. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal**. v. 9, n. 1, p. 57-99. 1995.

Lützén K, Evertzon M, Nordin C. Moral sensitivity in psychiatric practice. **Nursing Ethics**, Guldford (UK), v. 4, n. 6, p. 472-82, 1997.

Lützén K, Nordin C. Structuring moral meaning in psychiatric nursing practice. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Oxford, n. 7, p. 175-180, 1993.

_____. Benevolence, a central moral concept derived from a grounded theory study of nursing decision making in psychiatric settings. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, n. 18, p. 1106-1111, 1993.

Lützén K, Nordin C, Brolin G. Conceptualization and Instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**. V. 4, p.241-248, 1994.

Lützén K, Nordin C. Modifying autonomy. A concept grounded in Nurses' experiences of moral decision-making in psychiatric practice. **Journal of Medical Ethics**, London, v. 20, p. 101-7, 1994.

_____. The influence of gender, education and experience on moral sensitivity in psychiatric nursing: A pilot study. **Nursing Ethics**, Guidford (UK), v. 2, n. 1, p. 41-49, 1995.

Lützén K, Nordström G, Evertzon M. Moral sensitivity in nursing practice. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Oxford (UK), v. 9, p.131-138. 1995.

Machado MH. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 21-162, 1997.

Mill JS. Utilitarianism. 7^a ed. **London**: Longmans, Green and Co; 1879. Citado 21 Julho 2005. Disponível em <http://www.gutenberg.org/etext/11224>.

Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Revista Bioética, v. 4, n. 2. Suplemento 1996. Citado em 06 março 2001. Disponível em: www.cfm.org.br/revist/bio02v45/indice.html.

Moll J, Souza RO, Eslinger PJ, Bramati I E, Mourão JM, Andreiuolo PA, Pessoa L. The neural correlates of moral sensitivity: A functional magnetic resonance imaging investigation of basic and moral emotions. **The Journal of Neuroscience**, Washington, v. 22, n. 7, p. 2730–2736, 2002.

Moller SE et al. Aggression and personality: association with amino acids and monoamine metabolites. **Psychol. Med.** V 26(2), p. 323-31. 1996.

Morenz B, Sales B. Complexity of ethical decision making in psychiatry. **Ethics and Behavior**, Ipswich, (MA, USA), v. 7, n. 1, p. 1-14, 1997.

Neter J, Kutner MH, Nachtsheim C J, Wasserman W. **Applied linear statistical models**. 4ª ed. U.S.A. Times Mirror Higher Education Group., p. 1408, 1996

Neves MCP. **A Fundamentação antropológica da bioética**. Rev. Bioética, 1996; 4(1). Citado em 22 setembro 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/ind1v4.htm>.

Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Natureza e magnitude do stresse na residência médica. **Rev. Ass. Med. Brasil**. 44(1): p. 28-34; 1998.

Omery A. Moral development: a differential evaluation of dominant models. **Advanced Nursing Sciences**, Pretoria, v.6, n. 1, p. 1-17, 1983.

Paim A. **A problemática do culturalismo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1995.

Patton MQ. **Qualitative evaluation and research methods**. 2nd ed. Newbury Park (CA): Sage publications, p. 45-71, 1990.

Piaget J. **O juízo moral na criança**. 2ª ed. São Paulo. Summus Editorial, p. 23-91, 1994.

Pierucci AF. “Bye bye, Brasil” – O declínio das religiões tradicionais no Censo 2000. **Estudos Avançados**, São Paulo. N 18 (52), 2004.

Potter VR. Bioethics, science of survival. **Perspectives on Biology and Medicine**. n.14, p.127-153, 1970.

Referências

_____. **Bioethics**: Bridge to the future. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1:2, 1971.

Pubmed. **National Library of Medicine**. Citado em 21 novembro 2000. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov:80.

Ramozzi-Chiarottino Z. **Psicologia e epistemologia genética de Jean Piaget**. SP, EPU, p. 37, 1988.

Reale M. **Cinco temas do culturalismo**. 1ª ed. São Paulo. Saraiva Editora, 2000.

Rest J R. Developmental psychology as a guide to value education: a review of “Kohlbergian” programs. **Review of Educational Research**, Boulder (CO, USA), v. 44, n. 2, p. 241-259, 1974.

_____. Longitudinal study of the defining issues test of moral judgment: a strategy for analyzing development change. **Developmental Psychology**, Madison, v 11, n. 6, p. 738-748, 1975.

Sapolsky RM. The frontal cortex and the criminal justice system. **Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci**. v 359 (1451), p. 1787-1796, 2004.

Segre M. Cohen, C. (Orgs.). **Bioética**. 2ª Edição. São Paulo: Ed. Da Universidade de São Paulo, p. 23-29, 1999.

Self DJ. Moral dilemmas in medical school admission special issue: medical school admission. **Academic Medicine**, Palo Alto (CA, USA), v. 65, n. 3, p. 755-759, 1990.

Self DJ, Davenport E. Measurement of moral development in medicine. **Camb Q Healthc Ethics**. Quebec (CA), v. 5, n. 2, p. 269-277, 1995.

Shaftesbury. **Stanford encyclopedia of Philosophy**. Citado em 3 Fevereiro 2004. Disponível em <http://plato.stanford.edu/entries/shaftesbury>.

Simpson E. A Holistic approach to moral development and behavior. In: Lickona T. **Moral development and Behaviour: theory and social issues.** p. 159-166, 1976.

Smith-Bell M, Winsdale WJ. Privacy, confidentiality, and privilege in psychotherapeutic relationships. **American J. Orthopsychiatry**, New York (USA), v. 6, n. 2, p. 180-193, 1994.

Siqueira JE. O princípio da justiça. In: **Iniciação à bioética.** Sergio Ibiapina Ferreira Costa, Gabriel Oselka, Volnei Garrafa, (coords.) Brasília : Conselho Federal de Medicina, p. 70-71, 1998.

Skinner BF. Operational analysis of psychological terms. **Psychological Review**, v. 52, p. 270-281, 10/1945.

_____. **Ciência e comportamento humano.** Trad.: João Carlos Todorov, Rodolfo Azzi. 10ª ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, p. 463-489. 1998.

Souza EG. **Considerações sobre a residência médica no Brasil.** [Rev. Bras. Colo-Proctol](#); 8(4): p 150-152, Out.-Dez. 1988.

Stotland NL. When Religion Collides with Medicine. **American Journal of Psychiatry**; 156(2): p. 304-307, Fev. 1999.

Strauss A, Corbin J. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques.** Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.

_____. "Grounded Theory Methodology - An Overview," In: **Handbook of qualitative research**, NK. Denzin and Y. S. Lincoln (Eds.), Sage Publications, Thousand Oaks, p. 273-285, 1994.

_____. **Grounded theory in practice.** London: Sage Publications, 1997.

Sudhouse D. **Ethics, the heart of health care.** John Wiley and Sons. Chichester, 1988.

Referências

The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. **The Belmont Report**. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. 1979. Citado em 25 Maio 2002. Disponível em <http://ohrp.osophs.dhhs.gov/humansubjects/guidance/belmont.htm>.

American Psychiatric Association. **The One Hundred and Fifty-Third Annual Meeting of the American Psychiatric Association**. Continuing Medical Education Syllabus and Scientific Proceedings in Summary Form. Chicago, IL, p. 343, 2000.

University of Washington School of Medicine. **Ethics in medicine**. Principles of bioethics. 2000. Citado em 26 Outubro 2000. Disponível em <http://eduserv.hscer.washington.edu/bioethics/tools/princpl.html>.

Wright R. **O animal moral**: por que somos como somos: a nova ciência da psicologia evolucionista. Trad.: Lia Wyler. Rio de Janeiro: Campus, p. 151-320, 1996.

Zimerman D. **Fundamentos psicanalíticos**. 1ª ed. Porto Alegre. Artmed Editora, p. 77-87, 1999.

Apêndices

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DA ESCALA E PESQUISA SOBRE A ESTRUTURA DA SENSIBILIDADE MORAL DOS MÉDICOS PSIQUIATRAS DO BRASIL

Londrina, 10 de Janeiro de 2003.

Caro(a) colega,

Sou Marcos Liboni, Médico Psiquiatra, residente e atuante em Londrina, Paraná, Professor Convidado da Disciplina de Psiquiatria do Departamento de Clínica Médica do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, e Mestrando em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Preciso da sua ajuda em minha pesquisa. Estou trabalhando na tradução e validação para o português do Questionário de Sensibilidade Moral (Moral Sensitivity Questionnaire), uma escala de auto-avaliação em bioética e psiquiatria (desenvolvida pela Profa. Kim Lützén, do Departamento de Enfermagem do Karolinska Institutet, Estocolmo, Suécia). Sua participação seria responder a esta versão em português para a validação da escala. Este instrumento de avaliação é uma escala auto-aplicável do pensamento do profissional psiquiatra em relação a sua prática, do ponto de vista da bioética.

Esta pesquisa é isenta de qualquer influência ou manipulação, sendo totalmente realizada nos domínios do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP. Ela também tem o apoio da FAPESP (processo 02/02405-3). Os seus e todos os dados obtidos serão mantidos em total sigilo.

Agradeço antecipadamente a sua atenção e, certo da sua compreensão e ímpeto pelo avanço da ciência, subscrevo,

Marcos Liboni

QUESTIONÁRIO DE SENSIBILIDADE MORAL

As seguintes suposições estão relacionadas à tomada de decisões morais no tratamento e assistência psiquiátricos. Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda de cada suposição, colocando um círculo em volta do número correspondente.

AS OPÇÕES DA ESCALA SÃO:

1	2	3	4	5	6	7
Concordo	Concordo	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo	Discordo
Totalmente	Fortemente	Parcialmente		Parcialmente	Fortemente	Totalmente

1) É minha responsabilidade como médico(a) psiquiatra ter conhecimento total da situação do paciente.

1 2 3 4 5 6 7

2) Meu trabalho ficaria sem sentido se eu nunca visse nenhuma melhora em meus pacientes.

1 2 3 4 5 6 7

3) É importante que eu deva obter uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faço.

1 2 3 4 5 6 7

4) Quando é preciso tomar uma decisão que vá contra a vontade de um paciente, eu faço de acordo com o que acredito ser melhor para ele.

1 2 3 4 5 6 7

5) Se eu perdesse a confiança do meu paciente, eu sentiria que meu trabalho teria menos significado.

1 2 3 4 5 6 7

6) Quando eu tenho que tomar decisões difíceis em relação ao meu paciente, é sempre importante ser honesto(a) com ele.

1 2 3 4 5 6 7

7) Eu acredito que um bom cuidado psiquiátrico sempre inclui respeito pela escolha própria do paciente.

1 2 3 4 5 6 7

8) Se o paciente não tiver conhecimento de sua doença, há pouco o que fazer por ele.

1 2 3 4 5 6 7

9) Eu estou freqüentemente confrontando situações em que vivo um conflito sobre como abordar um paciente.

1 2 3 4 5 6 7

10) Eu acredito que seja importante ter princípios sólidos quanto ao cuidado de pacientes psiquiátricos.

1 2 3 4 5 6 7

11) Eu freqüentemente enfrento situações em que é difícil saber qual ação é eticamente correta para o paciente.

1 2 3 4 5 6 7

12) Se eu não estou familiarizado(a) com a história do caso do paciente, sigo os procedimentos gerais para o tratamento.

1 2 3 4 5 6 7

13) O mais importante em minha prática psiquiátrica é minha relação com meus pacientes.

1 2 3 4 5 6 7

14) Freqüentemente passo por situações em que é difícil permitir a um paciente fazer sua própria escolha.

1 2 3 4 5 6 7

15) Eu sempre baseio minhas decisões no conhecimento médico relativo ao que é melhor para o paciente, mesmo que ele proteste.

1 2 3 4 5 6 7

16) Eu acredito que uma boa prática psiquiátrica inclui freqüentemente tomar as decisões pelo paciente.

1 2 3 4 5 6 7

17) Eu confio a maioria das vezes no conhecimento de outros médicos quando não tenho certeza sobre o que fazer.

1 2 3 4 5 6 7

18) Na maioria das vezes, é a reação do paciente que me mostra que eu tomei a decisão certa.

1 2 3 4 5 6 7

19) Eu freqüentemente penso que os meus próprios valores e normas podem influenciar minhas ações.

1 2 3 4 5 6 7

20) Minha própria experiência prática é mais útil do que o conhecimento teórico em situações nas quais é difícil saber o que é eticamente certo ou errado.

1 2 3 4 5 6 7

21) É importante que eu tenha regras a seguir quando um paciente, que está sendo submetido a um tratamento involuntário, recusar o tratamento.

1 2 3 4 5 6 7

22) Acredito que a boa assistência psiquiátrica inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com sérios distúrbios mentais.

1 2 3 4 5 6 7

23) Sempre me vejo numa situação difícil quando tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.

1 2 3 4 5 6 7

24) Se um paciente está sendo tratado de forma involuntária, eu devo estar preparado(a) para agir contra a sua vontade.

1 2 3 4 5 6 7

25) Acho difícil dar uma boa assistência psiquiátrica contra a vontade do paciente.

1 2 3 4 5 6 7

26) Existem vezes em que há boas razões para se ameaçar um paciente com uma injeção se a medicação oral é recusada.

1 2 3 4 5 6 7

27) Em situações em que é difícil saber o que é certo, eu consulto meus colegas de trabalho sobre o que deve ser feito.

1 2 3 4 5 6 7

28) Eu confio nos meus próprios sentimentos quando tenho que tomar uma decisão difícil para o paciente.

1 2 3 4 5 6 7

29) Como psiquiatra, eu devo sempre saber qual deve ser o tratamento específico para cada paciente sob meus cuidados.

1 2 3 4 5 6 7

30) Eu acho significativo o meu papel, até mesmo se eu não me sair bem em ajudar o paciente a adquirir conhecimento sobre a sua doença.

1 2 3 4 5 6 7

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Colega

Por favor, preencha esta ficha. Os dados obtidos serão enviados ao banco de dados, que reunirá também as informações de outros participantes. A você é assegurada total confidencialidade na participação da pesquisa.

Obrigado

Dr. Marcos Liboni

Pesquisador Executante

1) Idade: _____ anos

2) Cor (Raça): ☐ Branca ☐ Negra ☐ Amarela ☐ Índio

Outra. Especificar _____

3) Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

4) Estado Civil:

☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Amasiado (a)

5) Religião: _____

6) Residência Médica: ☐ Sim ☐ Não

7) Tempo na Especialidade: _____ anos.

8) Tipo da Prática Profissional na Psiquiatria (marque mais de uma alternativa, se necessário):

☐ Clínica - Ambulatorial ☐ Clínica – Hospitalar ☐ Psicoterápica

☐ Docência e Pesquisa ☐ Aposentado

☐ Outra. Especificar: _____

Nome completo: _____

Registro de Nascimento: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENVIADO À CAPPESQ – HCFMUSP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Instruções para preenchimento no verso)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : _____ SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO _____ Nº _____ APTO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TELEFONE: DDD (____) _____

2. RESPONSÁVEL LEGAL _____

NATUREZA (GRAU DE PARENTESCO, TUTOR, CURADOR, etc.) _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: _____ SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.: ____/____/____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ APTO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TELEFONE: DDD (____) _____

DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE SENSIBILIDADE MORAL "MORAL SENSITIVITY QUESTIONNAIRE"

2. PESQUISADOR: PROF. DR. CLÁUDIO COHEN _____

CARGO/FUNÇÃO: PROFESSOR ASSOCIADO _____

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 27104 SP

UNIDADE DO HCFMUSP: DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA _____

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO ☐ RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☐ RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐
(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 20 MESES _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro colega,

Este é um termo de consentimento livre e esclarecido que se propõe à obtenção da sua participação voluntária e consciente nesta pesquisa.

Esta pesquisa, um estudo epidemiológico observacional, tem por finalidade a tradução e a validação para o português do Questionário de Sensibilidade Moral (Moral Sensitivity Questionnaire), uma escala de avaliação em bioética, originária da Suécia, que se propõe a avaliar como o médico psiquiatra avalia e pensa a sua prática diária, sob a ótica da bioética, e sua relação com o paciente.

A justificativa para esta pesquisa se baseia no fato de que o estudo da bioética na psiquiatria é ainda uma área ampla e pouco explorada, e existem poucos estudos sérios e de abrangência sobre a prática psiquiátrica e a ética médica no Brasil e no mundo. Todos sabemos que hoje em dia, e cada vez mais, faz-se necessária uma psiquiatria ética e correta e que a discussão em todas as esferas envolvidas é urgente para o amadurecimento da área que se desenvolve numa velocidade assustadora, expondo tanto o médico quanto o paciente a um bombardeio de informações, condutas e pensamentos que muitas vezes acabam por comprometer a prática médica ética. Para tanto, a utilização de meios e instrumentos para estas avaliações é o ponto de partida para qualquer estudo a campo. A inexistência de instrumentos de avaliação da prática médica na psiquiatria, devidamente validados e confiáveis nas suas medidas na língua portuguesa, me fez pensar que a tradução deste seria então uma opção plausível, ao invés da construção de um instrumento, em vista do já excessivo número de instrumentos de avaliação clínica disponíveis para avaliação tanto clínica como de pesquisa em psiquiatria e saúde mental.

Sua participação se restringirá ao preenchimento do questionário e de uma folha com dados demográficos por apenas 1 vez, com tempo médio gasto de 5 minutos, sem qualquer outro contato ou gasto de tempo adicional. Não há risco físico ou biológico algum envolvido em sua participação nesta pesquisa.

A você é garantido todo e qualquer direito à confidencialidade, sigilo e privacidade das suas respostas. Com o retorno do seu questionário, ele será colocado no cômputo dos questionários em geral para depois ser analisado e as respostas serem enviadas ao banco de dados. Também é garantido a você o livre acesso, a qualquer momento da pesquisa, à base de dados para consulta, mediante o contato com o pesquisador, até a publicação dos dados na literatura, quando os dados e o trabalho serão públicos.

A você também é assegurado o direito expresso de optar ou não pela participação na pesquisa, podendo recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer ônus ou penalidade prevista.

Fica também prevista a possibilidade de assistência direta do HCFMUSP por eventuais danos físicos ou psíquicos decorrentes da pesquisa nos setores específicos de atendimento. Apesar de ser uma pesquisa de risco mínimo ou inexistente, é assegurada a você a possibilidade de indenização por qualquer dano a sua saúde.

Sem mais para o momento e certo de que obterei sua compreensão e aceite para a participação na pesquisa, agradeço antecipadamente pela atenção, colocando-me à disposição para dirimir quaisquer dúvidas.

**INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS
PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE
INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS**

PESQUISADOR EXECUTANTE:

DR. MARCOS LIBONI — MÉDICO PSIQUIATRA

ENDEREÇO:

Rua Mato Grosso, nº 1767 – Apto 603 – Centro

Londrina, Paraná

CEP 86010-180

TELEFONES:

Casa 43 3323 0145

Celular 43 9996 4467

Trabalho 43 3324 8288

43 3328 8484

43 3256 2334

E-mail: liboni1st@yahoo.com

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 20 ____.

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO DE SENSIBILIDADE MORAL VERSÃO FINAL EM PORTUGUÊS POR MARCOS LIBONI

As seguintes suposições estão relacionadas à tomada de decisões morais no tratamento e assistência psiquiátricos. Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda de cada suposição, colocando um círculo em volta do número correspondente.

AS OPÇÕES DA ESCALA SÃO:

1	2	3	4	5	6	7
Concordo Totalmente	Concordo Fortemente	Concordo Parcialmente	Indeciso	Discordo Parcialmente	Discordo Fortemente	Discordo Totalmente

1) É minha responsabilidade como médico(a) psiquiatra ter conhecimento total da situação do paciente.

1	2	3	4	5	6	7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

2) Meu trabalho ficaria sem sentido se eu nunca visse nenhuma melhora em meus pacientes.

1	2	3	4	5	6	7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

3) É importante que eu deva obter uma resposta positiva do paciente em tudo o que eu faço.

1	2	3	4	5	6	7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

4) Quando é preciso tomar uma decisão que vá contra a vontade de um paciente, eu faço de acordo com o que acredito ser melhor para ele.

1	2	3	4	5	6	7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

5) Se eu perdesse a confiança do meu paciente, eu sentiria que meu trabalho teria menos significado.

1	2	3	4	5	6	7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

6) Quando tenho que tomar decisões difíceis em relação ao meu paciente, é sempre importante ser honesto com ele.

1 2 3 4 5 6 7

7) Eu acredito que um bom cuidado psiquiátrico sempre inclui respeito pela escolha própria do paciente.

1 2 3 4 5 6 7

8) Se o paciente não tiver conhecimento de sua doença, há pouco o que fazer por ele.

1 2 3 4 5 6 7

9) Estou freqüentemente confrontando situações em que vivo um conflito sobre como abordar um paciente.

1 2 3 4 5 6 7

10) Acredito que seja importante ter princípios sólidos quanto ao cuidado de pacientes psiquiátricos.

1 2 3 4 5 6 7

11) Freqüentemente enfrento situações nas quais é difícil saber qual ação é eticamente correta para o paciente.

1 2 3 4 5 6 7

12) Se não estou familiarizado(a) com a história do caso do paciente, eu sigo os procedimentos gerais para o tratamento.

1 2 3 4 5 6 7

13) O mais importante em minha prática psiquiátrica é minha relação com meus pacientes.

1 2 3 4 5 6 7

14) Freqüentemente passo por situações em que é difícil permitir a um paciente fazer a sua própria escolha.

1 2 3 4 5 6 7

15) Sempre baseio as minhas decisões no conhecimento médico relativo ao que é melhor para o paciente, mesmo que ele proteste.

1 2 3 4 5 6 7

16) Acredito que uma boa prática psiquiátrica inclui freqüentemente tomar as decisões pelo paciente.

1 2 3 4 5 6 7

17) Confio a maioria das vezes no conhecimento de outros médicos quando eu não tenho certeza sobre o que fazer.

1 2 3 4 5 6 7

18) Na maioria das vezes, é a reação do paciente que me mostra que tomei a decisão certa.

1 2 3 4 5 6 7

19) Freqüentemente penso que os meus próprios valores e normas podem influenciar minhas ações.

1 2 3 4 5 6 7

20) Minha própria experiência prática é mais útil do que o conhecimento teórico em situações nas quais é difícil saber o que é eticamente certo ou errado.

1 2 3 4 5 6 7

21) É importante que eu tenha regras a seguir quando um paciente, que está sendo submetido a um tratamento involuntário, recusar o tratamento.

1 2 3 4 5 6 7

22) Acredito que a boa assistência psiquiátrica inclui a participação do paciente, mesmo daqueles com sérios distúrbios mentais.

1 2 3 4 5 6 7

23) Sempre me vejo numa situação difícil quando tenho que tomar decisões sem a participação do paciente.

1 2 3 4 5 6 7

24) Se um paciente está sendo tratado de forma involuntária, devo estar preparado para agir contra a sua vontade.

1 2 3 4 5 6 7

25) Acho difícil dar uma boa assistência psiquiátrica contra a vontade do paciente.

1 2 3 4 5 6 7

26) Existem vezes em que há boas razões para se ameaçar um paciente com uma injeção se a medicação oral é recusada.

1 2 3 4 5 6 7

27) Em situações em que é difícil saber o que é certo, consulto meus colegas de trabalho sobre o que deve ser feito.

1 2 3 4 5 6 7

28) Confio nos meus próprios sentimentos quando tenho que tomar uma decisão difícil para o paciente.

1 2 3 4 5 6 7

29) Como psiquiatra, devo sempre saber qual deve ser o tratamento específico para cada paciente sob meus cuidados.

1 2 3 4 5 6 7

30) Acho significativo meu papel, até mesmo se eu não me sair bem em ajudar o paciente a adquirir conhecimento sobre a sua doença.

1 2 3 4 5 6 7