

Avaliação do Sofrimento Moral na equipe de enfermagem de um setor de Hemato-Oncologia

Moral Distress Assessment in the Nursing Team of a Hematology-Oncology Sector

Evaluación del Sufrimiento Moral en el equipo de enfermería de un sector de Hemato-Oncología

Isolina Maria Alberto Fruet¹

ORCID: 0000-0001-8661-4289

Grazielle de Lima Dalmolin¹

ORCID: 0000-0003-0985-5788

Julia Zancan Bresolin¹

ORCID: 0000-0002-4773-0460

Rafaela Andolhe¹

ORCID: 0000-0003-3000-8188

Edison Luiz Devos Barlem^{II}

ORCID: 0000-0001-6239-8657

RESUMO

Objetivo: Identificar a frequência e intensidade do Sofrimento Moral, e analisar as associações entre Sofrimento Moral e características sociodemográficas e laborais da equipe de enfermagem de um setor de Hemato-Oncologia. **Método:** Estudo transversal, realizado com 46 profissionais de enfermagem de um setor de Hemato-Oncologia de uma instituição hospitalar do Rio Grande do Sul, por meio da aplicação da escala *Moral Distress Scale* – Versão brasileira. Empregou-se, na análise dos dados, estatística descritiva e testes de associação não paramétricos. **Resultados:** Verificou-se média de intensidade do Sofrimento Moral de 3,27 (DP = 1,79) e frequência de 1,72 (DP = 1,02) nessa equipe. O Sofrimento Moral de maior intensidade e frequência foram referentes à negação do papel da Enfermagem como advogada do paciente e o desrespeito à autonomia do paciente, respectivamente. **Conclusões:** Sugere-se maior espaço de discussão entre profissionais, equipe multiprofissional e chefias, para que sejam proporcionadas adequadas condições de atuação e comunicação.

Descritores: Enfermagem; Ética em Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Oncologia; Estresse Psicológico.

ABSTRACT

Objective: To identify the frequency and intensity of Moral Distress, and to analyze the associations between Moral Distress and sociodemographic and labor characteristics of the nursing team of a Hematology-Oncology. **Method:** A cross-sectional study was carried out with 46 nursing professionals from a Hematology-Oncology sector of a hospital institution in Rio Grande do Sul State, Brazil, through the application of the Moral Distress Scale - Brazilian version. In the data analysis, descriptive statistics and nonparametric association tests were used. **Results:** Moral Distress intensity of 3.27 (SD= 1.79) and frequency of 1.72 (SD= 1.02) were found in this team. The Moral Distress of greater intensity and frequency were related to the denial of the role of Nursing as a patient's advocate and the disrespect to the patient's autonomy, respectively. **Conclusions:** It is suggested a greater space for discussion among professionals, multiprofessional team and managers, so that adequate conditions of action and communication are provided.

Descriptors: Nursing; Ethics in Nursing; Occupational Health; Oncology; Psychological Stress.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la frecuencia e intensidad del Sufrimiento Moral y analizar las asociaciones entre el Sufrimiento Moral y las características sociodemográficas y laborales del equipo de enfermería de un sector de Hemato-Oncología. **Método:** Estudio transversal, realizado con 46 profesionales de enfermería de un sector de Hemato-Oncología de una institución hospitalaria de Rio Grande do Sul, por medio de la aplicación de la escala *Moral Distress Scale* - Versión brasileña. Se empleó, en el análisis de los datos, estadística descriptiva y pruebas de asociación no paramétricas. **Resultados:** Se verificó una media de intensidad del Sufrimiento Moral de 3,27 (DP = 1,79) y la frecuencia de 1,72 (DP = 1,02) en ese equipo. El Sufrimiento Moral de mayor intensidad y frecuencia fueron referentes a la negación del papel de la enfermería como abogada del paciente y el irrespeto a la autonomía del paciente, respectivamente. **Conclusión:** Se sugiere mayor espacio de discusión entre profesionales, equipo multiprofesional y jefaturas, para que sean proporcionadas adecuadas condiciones de actuación y comunicación.

Descriptorios: Enfermería; Ética en Enfermería; Salud Laboral; Oncología; Estrés Psicológico.

¹ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande-RS, Brasil.

Como citar este artigo:

Fruet IMA, Dalmolin GL, Bresolin JZ, Andolhe R, Barlem ELD. Moral Distress Assessment in the Nursing Team of a Hematology-Oncology Sector. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):58-65. [Thematic Issue: Work and Management in Nursing]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0408>

Autor Correspondente:

Isolina Maria Alberto Fruet
E-mail: isolina_chuca@yahoo.com.br

Submissão: 11-06-2017 **Aprovação:** 06-03-2018

INTRODUÇÃO

Atualmente, o câncer - caracterizado como uma doença crônica não transmissível - está entre as mais frequentes causas de morte no contexto brasileiro, constituindo-se num complexo problema de saúde pública na Rede de Saúde Brasileira, principalmente diante de suas estimativas e número de casos crescentes, que lhe conferem magnitude epidemiológica e sócio-econômica. Ressalta-se, porém, que da incidência de novos casos de câncer no mundo, pelo menos um terço poderia ser prevenido. Em 2012, estima-se que ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de mortes por câncer no mundo todo, segundo dados da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer e da Organização Mundial da Saúde⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, estima-se, para o biênio 2018-2019, que irão ocorrer aproximadamente 640 mil casos novos de câncer/ano. Prevê-se, ainda, a ocorrência de 21,4 milhões de novos casos de câncer para 2030 e 13,2 milhões de mortes por câncer nesse período, devido ao crescimento e envelhecimento da população, bem como redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas nos países em desenvolvimento⁽¹⁻²⁾.

Ao se considerar esses dados epidemiológicos, a assistência ao paciente oncológico e seus familiares/cuidadores necessita ser compreendida como um momento singular que exige uma atenção especial, visto que esse processo é permeado por medo, dúvidas, insegurança, o que demanda uma atuação ética e comprometida dos profissionais da saúde. Nesse contexto, é comum a fragilidade e angústia por parte dos pacientes e seus familiares/cuidadores diante do diagnóstico, percurso da doença e tratamento, sendo fundamental esclarecer as dúvidas, curiosidades e buscar atender às expectativas, atuar na preservação dos seus direitos, como uma maneira de amenizar a ansiedade e preocupação do momento⁽²⁻³⁾.

Nesse sentido, a equipe de enfermagem apresenta um papel fundamental enquanto apoio aos pacientes e seus familiares/cuidadores durante todo o período do tratamento oncológico, visto sua característica de estar em período integral nas instituições e serviços de saúde, permanecendo maior tempo com o paciente. Devido às particularidades dos pacientes e tratamentos oncológicos, num serviço dito de alta complexidade, o cuidado de enfermagem, nessa especificidade, ultrapassa o limite do conhecimento técnico-científico de competência da profissão⁽²⁾. É fundamental, nesse tratamento, o comprometimento e desenvolvimento da sensibilidade, pois são vários os momentos difíceis e de frustração, visto que muitas vezes é necessário conviver com situações em que a cura do paciente não é mais possível⁽²⁾.

A equipe de enfermagem, na particularidade de um serviço de tratamento oncológico, apresenta-se como uma conexão entre o paciente/família e a equipe multiprofissional. Buscam prestar um atendimento ao paciente pautado na integralidade e necessitam, também, desenvolver estratégias que possam aliviar seu próprio desgaste e sofrimento, muitas vezes frequente em sua rotina de trabalho diária⁽²⁻⁴⁾.

Os profissionais de enfermagem são, então, reconhecidos como agentes morais neste contexto, por atuarem com responsabilidade ética e moral no desenvolvimento de suas atividades e também na defesa dos direitos dos pacientes, buscando agir de forma consistente com seus valores e crenças, reforçando sua integridade moral. Em diversas situações, necessitam atuar

na defesa decuidados de excelência aos pacientes/cuidadores, porém esse exercício de agência moral, muitas vezes, é influenciado pela flexibilidade no ambiente de trabalho^(2,5).

Dessa forma, os profissionais de enfermagem quando se encontram diante de problemas morais, constantemente pela própria natureza e organização do trabalho, necessitam atuar de maneira contrária às suas crenças e valores pessoais e profissionais, o que pode levá-los à vivência de Sofrimento Moral (SM)⁽²⁾. O SM é entendido como um desequilíbrio psicológico vivenciado nas situações em que o profissional distingue a ação eticamente apropriada a ser implementada, porém é impedido de agir conforme sua consciência por constrangimentos institucionais, considerações legais, políticas, dentre outros, sentindo como inadequada sua participação moral⁽⁶⁾. O SM também pode ser caracterizado como um indicador do engajamento moral dos profissionais com a prática profissional, quando se consente ou se faz enfrentamentos diante de práticas ou ambientes que os limitam em termos de atuação ética⁽⁷⁾.

Diante dos aspectos abordados, destaca-se a relevância da investigação do SM no cenário da Enfermagem em Hemato-Oncologia (HO), visto que seus profissionais cotidianamente vivenciam problemas morais que podem envolver diferenças de percepção na equipe multiprofissional sobre o cuidado e tratamento aos pacientes oncológicos e seus familiares/cuidadores, como a constatação de cuidados fúteis a esses pacientes, bem como enfrentam dificuldades da própria organização do trabalho na instituição, que podem limitar a qualidade do serviço prestado, o que envolve falta de pessoal e recursos materiais.

Em uma busca realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *SciVerse Scopus* (SCOPUS) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) em janeiro de 2016, por meio das palavras chave "Sofrimento Moral" (*Moral Distress*), "Enfermagem" (*Nursing*) e "Ética" (*Ethics*), selecionaram-se 30 produções que abordaram o tema de avaliação do SM, porém, dessas, apenas duas tratavam especificamente do SM no cenário da HO⁽⁸⁾, uma em contexto norte-americano⁽⁹⁾ e outra em contexto italiano⁽¹⁰⁾. Assim, evidenciou-se no contexto brasileiro uma lacuna quanto à avaliação do SM no ambiente específico da Enfermagem em HO⁽²⁾. Torna-se relevante a realização deste estudo para investigar a população em questão, visto que esse ambiente apresenta particularidades que os diferenciam dos estudos encontrados na literatura internacional, como política pública de saúde, legislação profissional, organização do trabalho, etc.

OBJETIVO

Identificar a frequência e intensidade do Sofrimento Moral, e analisar associações entre Sofrimento Moral e características sociodemográficas e laborais da equipe de enfermagem do setor de Hemato-Oncologia.

MÉTODO

Aspectos éticos

A Resolução nº. 466/12 e seus preceitos quanto à ética na pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitados. O presente projeto obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa

local em 12/01/2015, por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética. Para a coleta de dados, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi entregue em duas vias, com o instrumento de pesquisa. O anonimato dos participantes foi preservado.

Desenho, local de estudo e período

Pesquisa transversal, decorrente de pesquisa de dissertação de mestrado realizada em um Hospital Universitário Público Federal, em um município do Rio Grande do Sul, referência em saúde⁽²⁾. A referida instituição atua como hospital-escola com a vinculação de atividades de ensino, pesquisa e extensão. O estudo foi realizado no setor de HO, o qual compreende as unidades ambulatorio de quimioterapia, radioterapia, centro de transplante de medula óssea e unidade de Oncologia Pediátrica. Nessas unidades, atuam 52 profissionais de enfermagem, isto é: 26 enfermeiros, 18 técnicos de enfermagem e oito auxiliares de enfermagem. A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro a março de 2015, por coletadores capacitados previamente pela pesquisadora responsável. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e responder o questionário durante o turno de trabalho. O tempo médio de preenchimento foi de 20 minutos. Agendou-se um horário para a devolução do instrumento preenchido com a via do TCLE assinada. Foram realizadas até três tentativas de busca dos instrumentos.

População ou amostra

Utilizou-se a amostra não probabilística por conveniência, adotando-se o critério de disponibilidade dos participantes em aceitar participar do estudo no período de coleta de dados. No entanto, para redução de possíveis vieses em relação à amostra, realizou-se cálculo amostral para população finita⁽¹¹⁾, o qual estima um tamanho mínimo da amostra. Assim, tomando-se por base a população de 52 profissionais de enfermagem do setor de HO, ao aplicar-se a fórmula, obteve-se uma amostra mínima de 45 participantes. Porém, todos os profissionais de enfermagem do setor de HO foram convidados a participar da pesquisa. A amostra final foi constituída de 46 profissionais da equipe de enfermagem (23 enfermeiros, 18 técnicos de enfermagem e cinco auxiliares de enfermagem).

Critérios de inclusão e exclusão

Adotou-se como critério de inclusão a atuação mínima de 30 dias no setor e, como critérios de exclusão, quaisquer afastamentos do trabalho, como férias ou licenças de saúde no período de coleta de dados. Seis profissionais recusaram-se a participar do estudo.

Protocolo do estudo

O protocolo de estudo compreendeu uma parte inicial de caracterização sociodemográfica e laboral, e a *Moral Distress Scale* (MDS) – Versão Brasileira, a qual foi originalmente construída em contexto norte-americano, e posteriormente traduzida e adaptada transculturalmente para o contexto brasileiro^(2,12-13).

A escala compõe-se de 39 questões em escala do tipo *Likert* de sete pontos, variando de 0 a 6, que avalia a intensidade e a frequência de SM^(2,13).

Análise dos resultados e estatística

Na análise dos dados, utilizou-se o programa *PASW Statistic®* (*Predictive Analytics Software*, da SPSS Inc., Chicago, USA) versão 18.0 para *Windows*. A análise da intensidade e frequência do SM foi operacionalizada por meio de cada um dos três fatores do instrumento e pela análise do SM geral, considerando-se os três em conjunto. Os fatores “falta de competência na equipe de trabalho”, “negação do papel da Enfermagem como advogada do paciente” e “desrespeito à autonomia do paciente” foram identificados durante realização de análise fatorial do instrumento na verificação de sua aplicabilidade ao contexto da HO⁽¹³⁾.

Empregou-se a estatística descritiva com apresentação de medidas de posição central, como médias pela comparação com demais estudos que adotaram o mesmo instrumento, e medianas pela constatação de distribuição assimétrica dos dados. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Ainda, para associação dos fatores de SM com as características dos participantes, foram empregados os testes U de Mann Whitney e Kruskal Wallis, adotando-se o nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Os profissionais da equipe de enfermagem do setor de HO participantes da pesquisa eram, na maioria, mulheres (44-95,7%), casadas (35-76,1%) e com um filho (19-41,3%). Quanto à categoria profissional, 23 (50%) eram enfermeiros, 18 (39,1%) técnicos de enfermagem e cinco (10,9%) auxiliares de enfermagem. No que se refere à qualificação, a maioria tinha especialização (30-65,2%), sendo apenas sete (15,21%) na área oncológica especificamente. Apresentaram mediana de idade de 36 anos, de tempo de formação profissional de 21 anos e tempo de atuação na instituição de 7,2 anos. A maioria estava trabalhando no serviço de HO havia menos de cinco anos (27-58,7%). A maioria atuava no turno de trabalho da noite (17 - 37%), seguido do turno manhã (12-26,1%).

A partir da análise descritiva da escala de avaliação do SM, identificou-se a percepção da equipe de enfermagem quanto ao SM vivenciado. Apresenta-se, na Tabela 1, os valores descritivos, incluindo média, desvio-padrão e mediana, para cada uma das questões que compõem o fator “Falta de competência na equipe de trabalho”.

Na Tabela 2 são apresentadas as medidas descritivas do fator “Negação do papel da Enfermagem como advogada do paciente”.

Na Tabela 3 são apresentadas as medidas descritivas do fator “Desrespeito à autonomia do paciente”.

Por fim, apresentam-se as medidas descritivas gerais dos três fatores, bem como do SM global, unindo-se todas as medidas (Tabela 4).

Observa-se que o fator de maior intensidade de SM para a equipe de enfermagem da HO foi a “negação do papel da Enfermagem como advogada do paciente”, com a questão “q34: Evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada à negligência profissional” apresentando a maior média, de 3,85 (DP:2,28).

Tabela 1 - Análise descritiva das questões que compõem o fator “Falta de competência na equipe de trabalho”, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Falta de competência na equipe	Intensidade			Frequência		
	Média	DP	Me	Média	DP	Me
Questões						
q24- Trabalhar com enfermeiras que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	3,07	2,05	3,00	1,41	1,42	1,00
q25- Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	3,11	2,10	3,50	1,67	1,49	1,00
q26- Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	3,22	2,04	4,00	1,96	1,53	2,00
q27- Trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	3,70	2,11	4,5	2,37	1,78	2,00
q28- Trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	3,37	1,99	4,00	2,17	1,65	2,00
q29- Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar.	3,22	2,18	4,00	1,37	1,24	1,00
q30- Trabalhar com técnicos/auxiliares que não possuem competência para atuar.	3,11	2,14	3,50	1,41	1,34	1,00
q31- Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar.	3,48	2,27	4,0	1,87	1,63	1,00
q32- Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar.	3,33	2,03	4,00	1,83	1,64	1,00
q33- Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar.	3,37	1,99	4,00	1,96	1,58	2,00

Tabela 2 - Análise descritiva do fator “Negação do papel da Enfermagem como advogada do paciente”, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Negação do papel da Enfermagem como advogada do paciente.	Intensidade			Frequência		
	Média	DP	Me	Média	DP	Me
Questões						
q07- Ignorar situações em que não foram dadas ao paciente as informações adequadas para assegurar o seu consentimento informado.	3,35	2,06	4,00	2,17	1,58	2,00
q09- Evitar tomar providência ao constatar que um membro da equipe de enfermagem aplica medicação equivocada e deixa de reportá-lo.	3,44	2,46	5,00	1,28	1,38	1,00
q10- Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades.	3,57	2,37	5,00	1,43	1,77	1,00
q11- Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.	3,02	2,32	3,00	1,04	1,37	1,00
q12- Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais.	3,02	2,25	3,00	1,67	1,92	1,00
q13- Trabalhar com equipe de enfermagem com um nível que considera “inseguro”.	3,24	2,13	4,00	1,62	1,51	1,00
q16- Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente.	2,98	2,20	3,00	1,50	1,43	1,00
q17- Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.	3,17	2,16	4,00	1,24	1,45	1,00
q18- Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente.	3,35	2,45	4,00	1,59	1,60	1,00
q34- Evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada à negligência profissional.	3,85	2,28	5,00	1,78	1,67	1,00
q38- Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde.	3,58	2,16	5,00	1,50	1,39	1,00
q39- Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família.	3,69	2,29	5,00	1,78	1,83	1,00

Tabela 3 - Análise descritiva do fator “Desrespeito à autonomia do paciente”, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Desrespeito à autonomia do paciente	Intensidade			Frequência		
	Média	DP	Me	Média	DP	Me
Questões						
q02- Seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele.	3,28	1,91	4,00	2,96	1,92	3,00
q21- Acatar o pedido do médico de não discutir com o paciente sua reanimação em caso de parada cardíaca.	2,63	2,10	3,00	1,63	1,68	1,00
q22- Acatar o pedido do médico de não discutir com a família a reanimação do paciente em caso de parada cardíaca, quando o paciente se encontra desprovido de discernimento.	2,83	2,11	3,00	1,50	1,62	1,00
q36- Atuar com profissionais que não esclarecem o paciente sobre seu estado de saúde e doença.	3,00	1,89	3,00	2,00	1,59	2,00

Tabela 4 – Análise descritiva da intensidade e frequência de SM vivenciado pela equipe de enfermagem do setor de Hemato - Oncologia conforme fatores da *Moral Distress Scale*– Versão Brasileira, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

Variáveis	Intensidade			Frequência		
	Média	DP	Me	Média	DP	Me
Falta de Competência da equipe	3,30	1,95	3,75	1,80	1,28	1,45
Negação do papel da Enfermagem como advogado do paciente	3,37	1,95	4,25	1,57	1,10	1,36
Desrespeito à autonomia do paciente	2,93	1,91	4,00	2,02	1,30	1,88
Sofrimento Moral Geral	3,27	1,79	3,71	1,72	1,02	1,62

Quanto à frequência de SM, destacou-se o fator “desrespeito à autonomia do paciente”, com a questão “q02: Seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente embora isso não seja o melhor para ele” de maior média de frequência, (2,96) (DP:1,92).

Por fim, foram identificadas associações entre os fatores de SM e as características sociodemográficas e laborais da equipe de enfermagem da HO (Tabela 5).

Em relação às associações testadas da percepção de SM com as características sociodemográficas e laborais da equipe de enfermagem, foram identificados alguns itens com diferença estatisticamente significativa ao nível de 5%. As variáveis com diferença foram: tempo de trabalho no setor, categoria profissional, escolaridade, presença de diálogo na equipe, comissão de ética e educação permanente na instituição.

Tabela 5 – Relação entre as percepções de Sofrimento Moral dos profissionais de enfermagem do serviço de Hemato - Oncologia, conforme fatores identificados e variáveis sociodemográficas e laborais, Brasil, 2017

Variáveis	Falta de Competência na equipe			Negação do papel da Enfermagem como advogada do paciente			Desrespeito à autonomia do paciente		
	n	M	P	n	M	P	n	M	P
Categoria Profissional									
Enfermeiro	23	26,9	0,08	23	25,6	0,27	23	28,1	0,05*
Técnico de enfermagem	18	22,1		18	23,2		18	20	
Auxiliar de enfermagem	05	12,8		05	15		5	14,9	
Escolaridade									
Médio	1	16	0,13	1	10,5	0,16	1	15,5	0,04*
Graduação	7	13		7	15,3		7	11	
Especialização	30	25,7		30	26,4		30	25,6	
Mestrado	8	25,4		8	21,5		8	27,5	
Tempo de Profissão									
≤ 21 anos	23	24,9	0,46	23	24,6	0,47	23	24,8	0,51
> 21 anos	23	22,1		23	22,4		23	22,2	
Tempo de Instituição									
≤ 5 anos	18	19,9	0,14	18	19,2	0,07	18	21,9	0,52
>5 anos	28	25,8		28	26,3		28	24,5	
Setor									
1. CTCRIAC	23	21,3	0,51	23	21,6	0,51	23	28,2	0,54
2. CTMO	11	28,6		11	28,7		11	28,2	
3. Ambulatório de quimioterapia	7	24,1		7	23,6		7	23,2	
4. Radioterapia	5	21,9		5	20,9		5	24,6	
Tempo no setor									
≤ 5 anos	27	20,7	0,09	27	20,1	0,03*	27	21,0	0,13
> 5 anos	19	27,5		19	28,4		19	27	
Turno de trabalho									
Diurno	29	21,2	0,12	29	19,7	0,12	29	22,6	0,53
Noturno	17	27,5		17	30,0		17	28,1	
Diálogo com Instituição									
Sim	21	21,6	0,63	21	21,1	0,61	21	21,7	0,78
Não	2	18,5		2	21,8		2	21,3	
Às vezes	22	24,8		22	25		22	24,4	
Diálogo com Chefa									
Sim	27	21,7	0,66	27	21,8	0,65	27	21,3	0,23
Não	2	21,5		2	29,5		2	37,3	
Às vezes	16	25,4		16	24,2		16	24,1	
Diálogo com equipe									
Sim	36	21,4	0,10	36	21,6	0,15	36	21,0	0,03*
Às vezes	9	29,4		9	28,6		9	31,2	

Continua

Continuação da Tabela 5

Variáveis	Falta de Competência na equipe			Negação do papel da Enfermagem como advogada do paciente			Desrespeito à autonomia do paciente		
	n	M	P	n	M	P	n	M	P
Reuniões									
Mensal	1	34,0	0,18	1	31,0	0,29	1	35,0	0,15
Quando necessário	37	19,1		37	19,2		37	19,1	
Conhecimento sobre comissão de ética									
Sim	22	27,6	0,02*	22	27,3	0,02*	22	25,3	0,30
Não	4	12,9		4	11,8		4	15,6	
Não sei	18	18,5		18	19		18	20,4	
Educação Permanente									
Sim	34	25,1	0,04*	34	25,6	0,02*	34	24,9	0,02*
Não	3	6,0		3	5,5		3	3,5	
Não sei	8	20,5		8	18,3		8	22,4	

Nota: (*) Diferença estatística ao nível de 5%.

Quanto ao tempo de trabalho no setor, identificou-se que os profissionais com mais de cinco anos de trabalho tinham maior SM relacionado ao fator negação do papel da Enfermagem como advogada do paciente. Já ao que se refere à categoria profissional, escolaridade e possibilidade de diálogo na equipe, identificou-se que os enfermeiros que tinham pós-graduação e aqueles que relataram que às vezes havia presença de diálogo na equipe, apresentaram maior SM relacionado ao desrespeito à autonomia do paciente.

Por fim, aqueles que responderam positivamente ao conhecimento sobre comissão de ética na instituição, apresentaram maior SM nos fatores *falta de competência na equipe de enfermagem* e *negação do papel da Enfermagem de advogada do paciente*. Da mesma maneira, os profissionais que informaram haver ações de educação permanente na instituição apresentaram maior SM nos três fatores.

DISCUSSÃO

A partir da análise dos resultados, identificou-se que o fator de maior intensidade de SM, no presente estudo, se refere à negação do papel da Enfermagem como advogada do paciente. Resultado diferente do encontrado com profissionais de enfermagem de unidades oncológicas em hospitais pediátricos da Itália, em que o fator de maior intensidade de SM identificado foi o trabalho com médicos que não possuíam competência para atuar⁽¹⁰⁾.

O papel de advogado do paciente não é algo exclusivo da Enfermagem, pois é também praticado por diferentes profissionais da saúde. Entretanto, pela maior proximidade da equipe de enfermagem com o paciente, aumentam suas possibilidades de exercício da advocacia, o que pode levar ao fortalecimento da Enfermagem como profissão⁽¹⁴⁾. Alguns profissionais de enfermagem exercem seus papéis de advogados do paciente e são bem-sucedidos. Essa experiência pode afetar positivamente a futura prática da Enfermagem. Porém, outros tentam intervir por seus pacientes e não são ouvidos, o que pode ser negativo, pois muitos profissionais declararam que não iriam tomar medidas em situações semelhantes no futuro, já que o papel de advocacia não foi satisfatório⁽¹⁵⁾.

O fator de ocorrência mais frequente foi o desrespeito à autonomia do paciente. Na Jordânia, fator semelhante, denominado

“aquiescência às violações dos direitos dos pacientes”, foi identificado como o de menor intensidade e frequência em enfermeiros de saúde mental, dentre outros fatores, como condutas antiéticas pelos cuidadores e insuficiência de recursos humanos⁽¹⁶⁾.

No que se refere às associações do SM com as variáveis socio-demográficas e laborais, os itens descritos a seguir apresentaram diferença estatisticamente significativa.

O tempo maior de cinco anos no setor esteve associado a maior percepção de SM. Em unidades de Oncologia do Irã, o tempo de experiência na área também esteve positivamente correlacionado ao SM. O maior SM nos profissionais com mais tempo de trabalho pode ser associado ao resíduo moral, o qual descreve os sentimentos que persistem mesmo com a situação problemática passada. O resíduo moral é cumulativo, pois a cada situação dilemática ou conflituosa, os sentimentos remanescentes são despertados e, conseqüentemente, vão aumentando, podendo comprometer a integridade moral do profissional, tornando cada situação de SM mais angustiante⁽¹⁷⁾.

Nos aspectos da categoria profissional e escolaridade, os enfermeiros com maior formação apresentaram maior ocorrência de SM, o que pode estar relacionado a diferenças de formação profissional quando comparado com os cursos das demais categorias da Enfermagem. O enfermeiro tem sua formação baseada fortemente no aspecto científico, da Enfermagem, enquanto ciência, pautada em princípios éticos, sociais e políticos, que respeitam o ser humano em sua integralidade⁽²⁾. Nesse sentido, torna-se um agente moral na sua atuação junto ao paciente, principalmente em situações que se envolvem diferenças de autonomia, julgamentos, conflitos, defesa e sensibilidade⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, uma vez que são estimulados a maior criticidade, reflexão e questionamentos sobre o fazer profissional⁽²⁾.

Foi avaliada também a possibilidade de diálogo no ambiente de trabalho associado ao SM. Como grande parte dos participantes sinalizou que o mesmo não é uma constante, ocorrendo às vezes, pode ser dizer que este fato pode estar associado ao SM no que se refere ao desrespeito à autonomia do paciente. Nessa perspectiva, torna-se importante a valorização e incentivo à construção de espaços de discussão ou problematização das questões relacionadas ao cuidado do paciente e à simples comunicação de informações, tanto informalmente como em *rounds* da equipe multiprofissional^(2,20).

Observou-se que os profissionais que relataram conhecer que a instituição possuía uma comissão de ética, e provavelmente delas participassem, apresentaram maior SM relacionado ao desrespeito à autonomia do paciente e à falta de competência na equipe. Da mesma forma, com a Educação Permanente, os participantes que conheciam essa política institucional e suas ações e, provavelmente, também delas participassem, demonstraram maior SM nos três fatores.

Foi constatado que o comitê de ética é um dos recursos mais utilizados para lidar com circunstâncias angustiantes com enfermeiros de terapia intensiva e de cuidados temporários. Uma vez que, de acordo com os participantes, o reconhecimento da situação e o clima colaborativo, interprofissional e respeitoso é o que cria um ambiente para abordar situações moralmente angustiantes⁽²¹⁾.

Salienta-se que muitos profissionais, no transcorrer de suas atividades, enfrentam vários conflitos, dilemas e problemas éticos relacionados ao ambiente de trabalho e à instituição. Com isso, os profissionais se deparam com incongruências entre seus valores pessoais e profissionais que não conseguem gerenciar, e em decorrência disso, optam por abandonar a profissão, pois lhes falta suporte no enfrentamento dessas situações⁽¹⁰⁾.

Para evitar situações de ocorrência de SM, podem-se adotar algumas estratégias, como o denominado “quatro As”, desenvolvida pela Associação Americana de Enfermeiros de Cuidado Crítico. Nessa estratégia os “quatro As” referem-se a: 1) *Ask* – que trata do questionamento das situações cotidianas que angustiam o profissional ou das manifestações de sinais do SM; 2) *Affirm* – que se refere ao ato de comprovar o sofrimento e a se responsabilizar pelo seu próprio cuidado. Essa estratégia pode ser utilizada com outros para auxiliar na comprovação do sofrimento vivenciado; 3) *Assess* – que é a identificação das fontes que estão provocando o sofrimento com avaliação de ações para mudá-las, indica-se a construção em conjunto das chefias de um projeto de ação para implementação do mesmo; e, por último, 4) *Act* – que se refere a implementação e utilização das estratégias para efetuar uma mudança e preservar a integridade moral dos profissionais⁽²²⁾.

Além dessas estratégias, outras recomendações são sugeridas a fim de evitar o impacto ético do SM, como a aplicação de uma abordagem participativa no estabelecimento de regras, promovendo a autonomia, reconhecendo o papel da Enfermagem como advogada do paciente, a melhoria das condições físicas e a expansão do orçamento da saúde⁽²³⁾. Além disso, o desenvolvimento de políticas, com o apoio institucional, voltados para a comunicação inclusiva e para a educação interprofissional, pode funcionar para mudar efetivamente culturas organizacionais, promover o reconhecimento e o respeito do papel do profissional de enfermagem como membro da equipe multiprofissional⁽²⁴⁾.

Ressalta-se, por fim, que em um hospital do sudoeste dos Estados Unidos, os enfermeiros de clínica médica e cirúrgica que apresentaram as maiores pontuações para a intensidade de SM foram os que cuidavam de pacientes oncológicos e transplantados⁽²⁵⁾. Assim, observa-se a necessidade de oferta de espaços de discussão sobre as vivências e tomadas de decisão diárias, além da busca por estratégias que diminuam a ocorrência do SM nas equipes de profissionais de enfermagem e saúde, especialmente, nos profissionais da HO pelas situações conflituosas e de dilemas e problemas éticos vivenciadas na convivência cotidiana com

tratamentos agressivos e longos, incerteza da cura, cuidados fúteis, cuidados paliativos, bem como o processo de terminalidade.

Limitações do estudo

Apresentaram-se como limitações do estudo o fato de a coleta de dados ter sido realizada no período de verão, em que diversos profissionais estavam de férias e também num momento de novas contratações de pessoal de enfermagem a partir da implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) na instituição pesquisada. Embora fosse adotado o critério mínimo de 30 dias de atuação no setor, considera-se que muitos poderiam não ter ainda vivenciado questões que pudessem servir de referência para avaliação do SM. Porém, mesmo com suas limitações, este estudo serviu para um panorama do SM com esses profissionais da Enfermagem em um serviço de HO que apresenta um cotidiano de conflitos e dilemas relacionados ao atendimento desse público.

Contribuições para a Enfermagem

O presente estudo contribuiu como reflexão sobre o SM para os profissionais da equipe de enfermagem atuantes no setor, proporcionando um maior diálogo entre os colegas em relação a dilemas e conflitos existentes no ambiente de trabalho. Consequentemente, contribuiu para a discussão de questões éticas em torno da satisfação e saúde do trabalhador, o que reflete na assistência ao paciente, que é aprimorada. Diante desses aspectos, sugere-se a implementação na rotina de maiores espaços de discussão entre as equipes de enfermagem, multiprofissional e chefias, favorecendo condições mais adequadas de exercício profissional e comunicação. Além disso, destaca-se a importância do desenvolvimento de novos estudos nesta população, para que estratégias de enfrentamento do SM sejam identificadas e implementadas, para a busca de um ambiente de trabalho eticamente mais saudável, em que os profissionais possam, com maior autonomia, atuar de acordo com os princípios éticos e morais, preservando sua integridade moral no trabalho.

CONCLUSÃO

O estudo investigou a intensidade e frequência de SM na equipe de enfermagem de um setor de HO. Verificou-se uma intensidade de 3,27 e frequência de 1,72. Quanto aos fatores de SM, o de maior intensidade foi “Negação do papel da Enfermagem como advogado do paciente”, e o de maior frequência, “Desrespeito à autonomia do paciente”, demonstrando, conjuntamente com as questões que apresentaram as médias mais elevadas nesses fatores, a dificuldade de ação e enfrentamento da equipe de enfermagem diante de problemas éticos que envolvam a defesa dos direitos dos pacientes oncológicos, coerentemente com aquilo que consideram o melhor para os mesmos.

Com a análise das associações que obtiveram resultados estatisticamente significativos, observou-se que os profissionais com mais tempo de experiência e que possuíam pós-graduação (especialização ou mestrado) apresentaram maior ocorrência de SM. Essa constatação pode estar relacionada a maiores possibilidades,

por parte dos profissionais perante sua formação e experiência, de reflexão e problematização da prática.

O conhecimento sobre a presença de comissão de ética e a Educação Permanente na instituição também estiveram associados a maior percepção de SM, o que pode representar maior possibilidade de percepção e discussão sobre as situações problemáticas e os dilemas éticos e morais presentes no ambiente de trabalho.

Assim, considera-se o fortalecimento e instrumentalização desses profissionais para uma atuação ética diante dos conflitos pautada no conhecimento científico e de acordo com os valores profissionais e pessoais por meio da possibilidade de discussões e espaços de reflexão com a equipe multiprofissional no ambiente de trabalho, favorecendo o clima ético organizacional e a melhor condução das situações geradoras de SM.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Cancer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de cancer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [cited 2018 Sep 05]. 128 p. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>
2. Fruet IMA. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem do serviço de hemato-oncologia [Dissertation on the Internet]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2016 [cited 2018 Sep 5]. 70 p. Available from: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7475/FRUET%2c%20ISOLINA%20MARIA%20ALBERTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Vicenzi A, Schwartz E, Cecagno D, Viegas AC, Santos BP, Lima JF. [Comprehensive nursing care to the cancer patient and the Family]. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 15];3(3):409-417. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8816/pdf>
4. Umann J, Silva RM, Benetti ERB, Guido LA. Estresse e coping entre enfermeiros de unidade hemato-oncológica. Rev Rene [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 15];14(4):783-790. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3545/2785>
5. Robinson EM, Lee SM, Zollfrank A, Jurchak M, Frost D, Grace P. Enhancing moral agency: clinical ethics residency for nurses. Hastings Cent Rep [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 15];44(5):12-20. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hast.353/epdf>
6. Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall. 1984. 331 p.
7. Carnevale FA. Confronting moral distress in nursing: recognizing nurses as moral agents. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 15];66(spe):33-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700004>
8. Fruet IMA, Dalmolin GL, Speroni KS. [Moral distress assessment instruments to Nursing workers: integrative review]. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 15]; 7(2):314-26. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/20716/pdf> Portuguese.
9. Sirilla J. Moral distress in nurses providing direct care on inpatient oncology units. Clin J Oncol Nurs. 2014;18(5):536-41. doi: 10.1188/14.CJON.536-541.
10. Lazzarin M, Biondi A, Dimauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology. Nurs. Ethics [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 15];19(2):183-195. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733011416840>
11. Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. Lisboa: Sílabo; 2002. 377 p.
12. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Almeida AS, Hirsch CD. Psychometric characteristics of the moral distress scale in Brazilian nursing professionals. Texto Contexto-Enferm [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 15];23(3):563-72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201400060013>. English, Portuguese.
13. Fruet IMA, Dalmolin GL, Barlem ELD, Silva RM, Andolhe R. Applicability of the Moral Distress Scale in the context of nursing in hemato-oncology services. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 15];38(4):e63060. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/63060/44963>. English, Portuguese.
14. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 15];21(1):293-399. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000100002>. English, Portuguese.
15. Wiegand DL, Funk M. Consequences of clinical situation that cause critical care nurses to experience moral distress. Nurs Ethics [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 15];19(4):479-487. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733011429342>
16. Hamaideh SH. Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. Int J Ment Health Nurs [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 15];23(1):33-41. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm.12000/epdf>
17. Ameri M, Safavibayatneed Z, Kavousi A. Moral distress of oncology nurses and morally distressing situations in oncology units. Aust J Adv Nurs [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 15];33(3):6-12. Available from: <http://www.ajan.com.au/Vol33/Issue3/1Ameri.pdf>
18. Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS, Santos SSC, Lunardi-Filho WD, Silveira RS, Bao ACP, Dalmolin GL. [Moral distress and the ethical dimension in nursing work]. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [cited 2017 Mar 15];62(4):599-603. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400018>. Portuguese.
19. Canever BP, Prado ML, Backes VMS, Gomes DC. [Production of knowledge about the training of nurses in Latin America]. Gaúcha Enferm [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 15];33(4):211-220. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400026>. Portuguese.
20. Dalmolin GL, Lunardi LV, Barlem ELD, Silva RS. Implications of moral distress on nurses and its similarities with burnout. Texto Contexto-Enferm [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 15];21(1):200-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100023>. English, Portuguese

21. Wilson MA, Goettemoeller DM, Bevan Na, McCord JM. Moral distress: levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. *J Clin Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 15];22(9-10):137-144. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12128/epdf>
 22. McCue C. Using the AACN framework to alleviate moral distress. *Online J Issues Nurs*. 2010;16(1):9. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01PPT02.
 23. Atabay G, Çangarli BC, Penbek S. Impact of ethical climate on moral distress revisited multidimensional view. *Nurs Ethics* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 15];22(1):103-16. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733014542674>
 24. Reed PG, Rishel CJ. Epistemic injustice and nurse moral distress perspective for policy development. *Int. J. Ment Health Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 15];28(3):241-244. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0894318415585634>
 25. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheide JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag* [Internet]. 2008 [cited 2017 Mar 15];16(3):360-373. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2007.00798.x/epdf>
-