

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA MORAL DISTRESS SCALE EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM BRASILEIROS¹

Edison Luiz Devos Barlem², Valéria Lerch Lunardi³, Guilherme Lerch Lunardi⁴, Jamila Geri Tomaszewski-Barlem⁵, Anderson Sousa de Almeida⁶

¹ Artigo derivado da tese - Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenF) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 2012.

² Doutor em Enfermagem. Docente do PPGEnF-FURG. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ebarlem@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnF-FURG. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: vlunardi@terra.com.br

⁴ Doutor em Administração. Docente do PPGEnF-FURG. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: gllunardi@furg.br

⁵ Doutoranda do PPGEnF-FURG. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS). Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jamila_tomaszewski@hotmail.com

⁶ Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da FURG. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: andersalmeida@hotmail.com

RESUMO: A Escala de Sofrimento Moral foi projetada para avaliar intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciado por profissionais de enfermagem a partir de situações cotidianas. Objetivou-se analisar as características psicométricas da Escala de Sofrimento Moral adaptadas para a enfermagem brasileira. A análise estatística permitiu identificar cinco constructos: falta de competência na equipe de trabalho, desrespeito à autonomia do paciente, condições de trabalho insuficientes, negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade e negação do papel da enfermagem como advogada do paciente. A solução pentafatorial proposta demonstra maior adequação estatística e semântica ao contexto de enfermagem brasileiro. Com base nos resultados encontrados, considera-se que a escala é válida e fidedigna, demonstrando os requisitos necessários quanto às validades convergente e discriminante, bem como de consistência interna para ser utilizada na avaliação da intensidade e frequência do sofrimento moral em profissionais de enfermagem brasileiros.

DESCRIPTORES: Estudos de validação. Esgotamento profissional. Ética. Enfermagem.

PSYCOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE MORAL DISTRESS SCALE IN BRAZILIAN NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT: The Moral Distress Scale was designed to assess the severity and frequency of the moral distress experienced by nursing professionals in everyday situations. The objective of this study was to analyze the psychometric characteristics of the Moral Distress Scale adapted to Brazilian nursing. Through factor analysis, five constructs were identified: lack of competence in the work team; disregard for patient autonomy, inadequate working conditions, denial of the nursing role as an advocate in terminal patients; denial of the nursing role as an advocate of the patient. The proposed penta-factorial solution is statistically and semantically more appropriate to the Brazilian nursing scenario. Based on these results, the scale is considered to be valid and reliable, showing the necessary requirements regarding convergent and discriminating validity as well as internal consistency to be used while evaluating the intensity and frequency of moral distress in Brazilian nursing professionals.

DESCRIPTORS: Validation studies. Burnout, professional. Ethics. Nursing.

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LA MORAL DISTRESS SCALE EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN BRASIL

RESUMEN: La escala del sufrimiento moral fue proyectada para evaluar la intensidad y frecuencia del sufrimiento moral vividos por los profesionales de enfermería a partir de situaciones cotidianas. Se objetivó analizar las características psicométricas de la escala adaptadas para la enfermería brasileña. A través del análisis factorial, se identificaron cinco construcciones: falta de competencia en el equipo de trabajo; desprecio por la autonomía del paciente; condiciones de trabajo inadecuadas; negación del papel del enfermero como abogado del paciente en fase terminal; y negación del papel de la enfermería como abogados del paciente. La solución con cinco factores propuesta demostró mayor adecuación estadística y semántica al contexto de enfermería brasileña. Con base en los resultados encontrados, se considera que la escala es válida y fiable, ya que muestra los requisitos necesarios cuanto a la validez convergente y discriminante, bien como a la consistencia interna para ser utilizada en la evaluación de la intensidad y frecuencia del sufrimiento moral en profesionales de enfermería brasileña.

DESCRIPTORES: Estudios de validación. Agotamiento profesional. Ética. Enfermería.

INTRODUÇÃO

No contexto profissional da enfermagem, o Sofrimento Moral (SM) foi descrito inicialmente na década de 1980, podendo ser expresso como o sofrimento decorrente da incoerência entre as ações dos trabalhadores e suas convicções pessoais.¹ SM pode ser definido como o sentimento decorrente da inconsistência entre as ações das pessoas e suas convicções. Dessa maneira, a pessoa sabe o que é correto, mas é quase impossível tomar essa ação, podendo contribuir para essa situação os erros de julgamento, as falhas pessoais, as fraquezas de caráter ou mesmo circunstâncias alheias ao controle pessoal.²⁻³

Tentando identificar o SM em profissionais de enfermagem, a maior parte dos estudos realizados sobre o tema até a atualidade pesquisou SM utilizando uma abordagem qualitativa, entrevistando profissionais, individualmente ou em pequenos grupos.⁴ Os sentimentos de raiva e tristeza são os mais citados na literatura como efeitos biopsicossociais ocasionados pelo SM, sendo a introspecção a maior característica dos trabalhadores de enfermagem que pouco ou nenhum apoio recebem durante o enfrentamento de seus conflitos.⁵

Esses sentimentos, que resultam em SM, podem acarretar respostas emocionais no indivíduo, como descontentamento com o trabalho, relutância em ir trabalhar ou mesmo o abandono da profissão.⁶⁻⁷ Frente à situação de vivência de SM, os enfermeiros referem que tal vivência não compromete o cuidado que prestam, no entanto, o que se percebe é seu afastamento de situações em que o paciente necessita de apoio e amparo, com fragilidades no cuidado prestado.⁵

OSM pode levar profissionais de enfermagem a trivializar situações do cotidiano, negando possíveis prejuízos decorrentes ao paciente e, consequentemente, tais trabalhadores podem abandonar seus princípios baseados no medo, em conveniências ou na auto-preservação.⁸ No entanto, cada sujeito pode perceber de maneira diferente as situações que se apresentam em suas vidas, por ser singular, complexo e diferente dos demais.

Diferentemente das abordagens qualitativas, um instrumento denominado *Moral Distress Scale* (MDS)⁹ vem sendo aplicado em estudos quantitativos, em distintas realidades.^{8,10-15} Suas perguntas são focadas em dilemas, problemas éticos, tratamentos desnecessários, condições inseguras de trabalho, entre outros, sendo possível identificar a vivência de diversos comportamentos relacionados ao SM, em diferentes culturas.

HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DA MORAL DISTRESS SCALE

O instrumento mais utilizado para mensurar o SM em trabalhadores de enfermagem é a MDS, sendo apresentado primeiramente em 1995, com uma aplicação em 111 enfermeiras atuantes em UTI¹⁶ e, posteriormente, em 2001, aplicado em 214 enfermeiras de diferentes unidades, atuantes em hospitais norte-americanos.⁹ Sua construção baseou-se em três pressupostos fundamentais: que as profissionais de enfermagem aplicam seus valores pessoais em seus ambientes de trabalho; que os profissionais de enfermagem conseguem identificar a existência de problemas éticos em seu cotidiano profissional; e que os profissionais de enfermagem conseguem avaliar a extensão do SM vivenciado em seu cotidiano.⁹

Inicialmente, o instrumento apresentava 32 questões, operacionalizadas mediante a utilização de uma escala Likert de sete pontos, variando de 1 (para nunca ocorrer) a 7 (para sofrimento muito intenso), sem discriminar, até então, frequência e intensidade. Englobava questões que versavam sobre prolongamento da vida, realização de exames e tratamentos desnecessários, ações profissionais incompetentes por parte da equipe médica e situações de omissão frente aos pacientes.¹⁶

Como esse instrumento não apresentava questões sobre o manejo da dor, gerência dos cuidados de enfermagem e sobre a incompetência dos profissionais de enfermagem, uma revisão da MDS foi proposta, operacionalizada com 38 questões em duas escalas, a primeira de intensidade de sofrimento e a segunda de frequência de ocorrência das situações de SM, ambas variando de 0 (para nunca ocorrer ou nenhuma frequência) a 6 (para sofrimento muito intenso ou muito frequente).

No Brasil, a primeira adaptação e validação da MDS ocorreu em 2009,¹⁴ quando foi possível concluir que o instrumento não parecia ter explorado suficientemente o SM relacionado aos problemas vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem no seu ambiente de trabalho, na realidade brasileira, muitos deles relacionados a questões organizacionais, já identificados em outros estudos, como a insuficiência de profissionais, a precariedade de recursos materiais,¹⁷⁻¹⁹ e a falta de autonomia profissional.²⁰

Dessa forma, tendo em vista a relevância de prosseguir utilizando a MDS para pesquisar a vivência de SM pelos trabalhadores de enfermagem no Brasil, esse estudo objetivou analisar as carac-

terísticas psicométricas da MDS adaptadas para a enfermagem brasileira, através de uma adaptação do instrumento original, validado transculturalmente para a língua portuguesa.¹⁴

MÉTODO

Pesquisa de caráter quantitativo, exploratório e descritivo, com delineamento transversal. A amostra não probabilística por conveniência foi composta por 247 profissionais de enfermagem, sendo 47 enfermeiros, 169 técnicos de enfermagem e 31 auxiliares de enfermagem, atuantes em dois hospitais distintos, um filantrópico e outro público. A maioria dos sujeitos era do sexo feminino (85,8%) e atuava em hospital filantrópico (72,9%). A média de idade dos sujeitos foi de 33,5 anos ($\pm 9,16$); a média de atuação na profissão e a média de atuação na unidade em que trabalhavam, no momento da coleta de dados, foram, respectivamente, de 5,8 anos e 4,0 anos ($\pm 6,1$ e $\pm 4,7$).

Dos 47 enfermeiros, 13 cursaram apenas a graduação; 23 concluíram cursos de especialização; e 11 finalizaram o mestrado. Em relação aos 200 técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, 141 concluíram apenas o seu curso de nível médio; 18 finalizaram um curso de graduação; 27 concluíram cursos pós-técnico; 13 realizaram cursos de curta duração; e uma profissional realizou curso de pós-graduação.

Para esta pesquisa, foi utilizado a MDS,⁹ um instrumento que já havia sido replicado em outras realidades em diversos estudos internacionais^{8,10-13} e, também, no Brasil.¹⁴ No entanto, como o instrumento aplicado no Brasil mostrou-se insuficiente para analisar diferentes problemas vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem relacionados ao SM no seu ambiente de trabalho, foi proposto um novo questionário com 39 questões, 21 da MDS original, já adaptado para a língua portuguesa,¹⁴ e 18 decorrentes do conhecimento produzido por outros estudos nacionais.^{17,19}

O questionário foi aplicado em duas versões; uma para enfermeiros e outra para técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, diferindo apenas nos itens iniciais referentes à caracterização. No final dos instrumentos, uma questão foi inserida procurando identificar se de um modo geral, as situações vivenciadas no trabalho provocam SM, mensurada igualmente em escalas Likert de sete pontos.

Antes da sua aplicação foi realizado um estudo piloto com 30 profissionais de enfermagem, com

características semelhantes à população estudada, buscando validar o conteúdo das questões propostas e o questionário, de forma global. O instrumento demonstrou ser de fácil compreensão e preenchimento, não sendo necessária nenhuma adaptação na sua linguagem, tendo sido utilizado um tempo médio de 20 minutos para o seu preenchimento.

A inserção nos campos de coleta ocorreu de forma gradual, com um primeiro momento de identificação e reconhecimento da área física das instituições, para depois ocorrer à entrega e a coleta dos instrumentos. Adotou-se como procedimento de entrega a visita às unidades, realizando-se, inicialmente, a apresentação pessoal dos coletadores previamente treinados à equipe de enfermagem, descrevendo resumidamente os objetivos da pesquisa, lendo a primeira folha do instrumento e explicando a sua forma de preenchimento. O instrumento, autoaplicável, foi entregue diretamente as respondentes em um envelope pardo, sem identificação. Durante a entrega, foram explicitados os procedimentos éticos.

Após a distribuição dos questionários, procedeu-se ao agendamento do seu recolhimento. Nessa etapa, foi definido um máximo de cinco tentativas aos diferentes locais, para a busca dos instrumentos previamente entregues. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da instituição de afiliação dos pesquisadores, tendo sido realizados todos os procedimentos éticos necessários (Parecer n. 70/2010).

Os dados foram submetidos a três análises distintas: 1) análise fatorial exploratória, buscando a redução e sumarização dos dados; 2) análise descritiva, visando obtenção de médias e desvio padrão entre os grupos respondentes; e 3) análises de variância, visando à obtenção de valores de correlação para os constructos. Foi utilizado o *software* estatístico SPSS versão 13.0 (*Statistical Package for Social Sciences*) na fase de análise dos dados.

Foram entregues 350 questionários aos trabalhadores de enfermagem dessas instituições, sendo 90 para enfermeiros, 210 para técnicos de enfermagem e 60 para auxiliares de enfermagem, retornando 291, o que representou 83,14% de retorno. Excluíram-se 44 instrumentos, sendo sete de enfermeiros, 27 de técnicos de enfermagem e dez de auxiliares de enfermagem, seja por apresentarem incorreção na marcação das questões, escalas dicotômicas (zero ou seis) ou estarem em branco, sendo a mostra constituída por 247 questionários, sendo 47 enfermeiros, 169 técnicos de enfermagem e 31 auxiliares de enfermagem.

O processo de validação do instrumento buscou garantir a unidimensionalidade, examinando se as variáveis observáveis de cada constructo possuíam um ajuste aceitável sobre um fator singular; a validade convergente, identificando se as variáveis observáveis de um constructo estavam relacionadas entre si; e a validade discriminante, examinando se as variáveis observáveis de um constructo estavam relacionadas a outros constructos. Para isso, foi realizada a análise fatorial, utilizando-se o método de componentes principais, e o alfa de *Cronbach* para avaliar a confiabilidade das escalas.

RESULTADOS

Inicialmente, as 39 questões foram submetidas à análise fatorial exploratória (entre blocos), buscando verificar a validade discriminante do instrumento. Definiu-se como método de extração a análise de componentes principais, aplicando-se a rotação ortogonal Varimax para discriminar melhor a pertinência das variáveis aos componentes identificados. A formação dos fatores obedeceu a dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais; e o seu grau de subjetividade.

O primeiro agrupamento sugeriu a formação de sete constructos, dificultando a categorização, de acordo com o referencial teórico proposto. Assim, realizou-se o processo de exclusão gradual de cada uma das questões que apresentavam baixas correlações em seus blocos, ou que não aderiam conceitualmente aos constructos formados, de modo a facilitar o agrupamento das questões.

À medida que questões foram sendo eliminadas e os constructos tornaram-se mais claros, definiu-se como solução de extração a formação pentafatorial, utilizando-se a divisão de componentes do quinto constructo com autovalor

igual a 0,840 (*eigenvalue* \geq 0840) e considerando-se como ponto de corte cargas fatoriais superiores a 0,400. Conceitualmente, o principal critério para definir o número de constructos a serem extraídos é considerar apenas aqueles que apresentam autovalores maiores que 1, uma vez que cada variável contribui com um valor 1 do autovalor total.

Assim, qualquer fator individual deveria explicar a variância de pelo menos uma variável, se o mesmo fosse mantido para a interpretação. Entretanto, na prática, a maioria dos pesquisadores raramente usa um único critério para determinar quantos fatores devem ser extraídos; a seleção do número de constructos deve considerar também a estrutura conceitual da pesquisa e sua interpretação.²¹ Ao final dessa análise, 15 questões foram excluídas por apresentarem baixas correlações com os demais itens de seu grupo e uma questão (q-35) foi excluída por não apresentar aderência conceitual em seu bloco.

Subsequentemente, realizou-se a análise fatorial exploratória (nos blocos), de modo a se observar a unidimensionalidade dos construtos. Poucos pesquisadores têm feito uso deste tipo de análise nos blocos, o que é lamentável, uma vez que o seu resultado é bastante informativo. Foi possível identificar que os itens de cada construto, analisados conjuntamente, convergiram para um único fator, sugerindo serem todos unidimensionais.

Uma última apreciação da fidedignidade do instrumento foi realizada através do alfa de *Cronbach*, não sugerindo a eliminação de outros itens do questionário. O coeficiente de fidedignidade do instrumento apresentou valor 0,95, enquanto os coeficientes dos fatores situaram-se entre 0,79 e 0,91, valores considerados elevados para estudos exploratórios, evidenciando, assim, a fidedignidade do MDS na amostra selecionada. Em sua versão final, o instrumento apresentou cinco construtos, sendo constituído por 23 itens.

Quadro 1 - Definições das variáveis utilizadas na análise dos dados. Rio Grande-RS, 2012

Variável	Definição
Falta de competência na equipe de trabalho	Ausência de habilidade ou competência técnica que deveria existir ao executar uma ação específica de cada categoria profissional. ¹⁰
Desrespeito à autonomia do paciente	Desrespeito ao autogoverno, à liberdade, privacidade, escolha individual e liberdade de vontade do paciente. ⁶
Condições de trabalho insuficientes	Falta de condições materiais e /ou humanas para a realização do trabalho de enfermagem. ²²
Negação da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade	Potencial não utilizado pela enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes no seu processo de terminalidade. ²³
Negação da enfermagem como advogada do paciente	Potencial não utilizado pela enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes. ²³

Tabela 1 - Análise fatorial exploratória (rotação Varimax). Rio Grande-RS, 2012

Indicadores	Bloco	F1	F2	F3	F4	F5
Falta de competência na equipe de trabalho						
q-18. Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente.	,623	,506	,073	,443	,099	,395
q-25. Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	,670	,710	,150	,250	,203	,200
q-29. Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar.	,737	,738	,262	,257	,155	,182
q-31. Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar.	,768	,722	,219	,240	,329	,182
q-32. Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar.	,787	,746	,296	,150	,323	,123
q-33. Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar.	,716	,692	,306	,156	,337	,074
Desrespeito à autonomia do paciente						
q-04. Prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar.	,558	,-129	,527	,394	,256	,208
q-21. Acatar o pedido do médico de não discutir com o paciente sua reanimação, em caso de parada cardíaca.	,781	,266	,828	,130	,083	,027
q-22. 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.	,785	,290	,795	,037	,166	,199
q-23. Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer.	,664	,265	,678	,206	,189	,237
Condições de trabalho insuficientes						
q-06. Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes.	,697	,192	,145	,769	,217	,018
q-08. Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência ou emergência em um paciente.	,635	,347	,000	,655	,245	,158
q-14. Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos.	,681	,336	,126	,649	,320	,292
q-15. Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos.	,582	,130	,285	,603	,077	,236
Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade						
q-34. Evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada à negligência profissional.	,504	,415	,076	,110	,439	,168
q-36. Atuar com profissionais que não esclarecem o paciente sobre seu estado de saúde e doença.	,693	,243	,353	,210	,661	,167
q-37. Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida quando o paciente terminal já manifestou o desejo de morrer.	,666	,271	,414	,052	,579	,290
q-38. Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde.	,752	,441	,117	,233	,667	,211
q-39. Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família.	,844	,401	,097	,212	,777	,159
Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente						
q-10. Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades.	,676	,422	,087	,362	,288	,554
q-11. Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.	,766	,092	,202	,068	,231	,812
q-16. Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente.	,653	,302	,320	,341	,129	,514
q-17. Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.	,614	,405	,258	,319	,238	,536

<i>Intitial Eigenvalue</i>	11,08	1,56	1,40	,958	,840
% variância explicada – rotated (68.99%)	48,20	6,80	6,10	4,16	3,65
Alfa de <i>Cronbach</i> (instrumento 0,95)	,91	,79	,79	,88	,82
KMO medida de adequação da amostra (KMO = 0,941)					
Teste de <i>Bartlett</i> : qui-quadrado = 3305,983					
Determinante da matriz de correlação (1,63)					

Após a etapa de validação do instrumento foram realizadas as análises descritivas, de modo a se avaliar a intensidade e a frequência (Fq) de SM

vivenciadas pelos profissionais de enfermagem estudados.

Tabela 2 - Média, desvio-padrão e valores de correlação para os constructos. Rio Grande-RS, 2012

	M	DP	Fq	DP	A	B	C	D	E
A	4,36	1,26	2,57	1,19	-	,576*	,661*	,779*	,718*
B	3,77	1,26	1,98	1,26	,576*	-	,514*	,578*	,598*
C	4,09	1,24	2,54	1,30	,661*	,514*	-	,589*	,653*
D	4,14	1,30	2,26	1,25	,779*	,578*	,589*	-	,665*
E	4,19	1,23	2,37	1,33	,718*	,598*	,653*	,665*	-
SM	4,11	1,25	2,34	1,31	-	-	-	-	-

* Correlação com significância ao nível de 0,01.

A) Falta de competência na equipe de trabalho; B) Desrespeito à autonomia do paciente; C) Condições de trabalho insuficientes; D) Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade; E) Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente; SM) Sofrimento moral.

A dimensão “falta de competência na equipe de trabalho” apresentou a maior média de SM percebido (4,36) e frequência (2,57) vivenciadas pelos profissionais de enfermagem pesquisados. Já a “negação do papel da enfermagem como advogada do paciente” (4,19; Fq=2,37) e também na “terminalidade” (4,14; Fq=2,26), seguido pelas “condições de trabalho insuficientes” (4,09; Fq=2,54) aparecendo num grupo intermediário. Por sua vez, o “desrespeito à autonomia do paciente” (3,77; Fq=1,98) apareceu como a dimensão de menor intensidade e frequência de SM vivenciado pelos participantes da pesquisa.

Ao observar os coeficientes de correlação de Pearson, verifica-se como mais significativas a relação entre “falta de competência na equipe de trabalho” e “negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade” ($r=0,779$, $p<0,001$), seguida da correlação entre “falta de competência na equipe de trabalho” e “negação do papel da enfermagem como advogada do paciente” ($r=0,718$, $p<0,001$). As menores correlações, embora bastante elevadas, foram entre “desrespeito à autonomia do paciente” e “condições de trabalho insuficientes” ($r=0,514$, $p<0,001$), seguida da correlação entre “desrespeito à autonomia do paciente” e “falta de competência na equipe de trabalho” ($r=0,576$, $p<0,001$). Destaca-

se que todas as correlações testadas tiveram associações positivas e estatisticamente significativas, ao nível de 1%, demonstrando que as dimensões propostas para avaliar o SM no contexto brasileiro estão fortemente correlacionadas.

DISCUSSÃO

Como evidenciado nos resultados apresentados, a distribuição da MDS, na versão aplicada neste estudo, justifica-se pela maior abrangência de situações cotidianas que possivelmente venham a desencadear o sofrimento moral em profissionais de enfermagem de duas instituições hospitalares, apresentando cinco constructos que, em relação à estrutura e definição conceitual, são distintos dos resultados obtidos em estudos anteriores,^{9,14} com soluções trifatoriais e tetrafatoriais.

Levando-se em consideração a fundamentação teórica do SM¹ e os pressupostos utilizados na elaboração e ampliação original do MDS,^{9,16} o instrumento validado nesta pesquisa apresentou maior aderência teórica, evidenciando cinco dimensões associadas ao SM. A versão final do instrumento, composto de 23 itens, manteve 10 questões da MDS original e outras 13 decorrentes do conhecimento produzido em outros estudos nacionais (Tabela 3).

Tabela 3 - Questões do MDS adaptado ao contexto brasileiro. Rio Grande-RS, 2012

Validada	Original - DS Incluída
q-01. Fazer improvisações para enfrentar a falta de material no cuidado aos pacientes.	x
q-02. Seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele.	x
q-03. Evitar tomar providência ao constatar sobra de medicamentos no box do paciente.	x
✓ q-04. Prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar.	x
q-05. Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte.	x
✓ q-06. Não dispor dos materiais necessários para prestar os cuidados aos pacientes.	x
q-07. Ignorar situações em que não foram dadas ao paciente as informações adequadas para assegurar o seu consentimento informado.	x
✓ q-08. Não dispor dos equipamentos necessários para o atendimento de urgência ou emergência em um paciente.	x
q-09. Evitar tomar providência ao constatar que um membro da equipe de enfermagem aplica medicação equivocada e deixa de reportá-lo.	x
✓ q-10. Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades.	x
✓ q-11. Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.	x
q-12. Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais.	x
q-13. Trabalhar com equipe de enfermagem com um nível que considera "inseguro".	x
✓ q-14. Necessitar priorizar os pacientes a serem cuidados pela insuficiência de recursos humanos.	x
✓ q-15. Necessitar delegar cuidados de enfermagem aos familiares dos pacientes pela insuficiência de recursos humanos.	x
✓ q-16. Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente.	x
✓ q-17. Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.	x
✓ q-18. Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente.	x
q-19. Reivindicar melhores condições de trabalho para o atendimento dos pacientes.	x
q-20. Atuar com profissionais que não respeitam as manifestações dos pacientes sobre os cuidados de enfermagem.	x
✓ q-21. Acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca.	x
✓ q-22. 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.	x
✓ q-23. Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer.	x
q-24. Trabalhar com enfermeiras que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	x
✓ q-25. Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	x
q-26. Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	x
q-27. Trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	x
q-28. Trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	x
✓ q-29. Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar.	x

Validada		Original - DS Incluída
	q-30. Trabalhar com técnicos/auxiliares que não possuem competência para atuar.	x
✓	q-31. Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar.	x
✓	q-32. Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar.	x
✓	q-33. Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar.	x
✓	q-34. Evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada à negligência profissional.	x
	q-35. Ser requisitado para cuidar de pacientes, não se sentindo preparado para cuidar.	x
✓	q-36. Atuar com profissionais que não esclarecem o paciente sobre seu estado de saúde e doença.	x
✓	q-37. Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida quando o paciente terminal já manifestou o desejo de morrer.	x
✓	q-38. Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde.	x
✓	q-39. Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família.	x

Em comparação aos estudos internacionais que avaliaram SM, o instrumento utilizado nesta pesquisa apresentou médias mais elevadas em relação à aplicação da MDS utilizado na língua inglesa.⁹ Em um estudo com enfermeiros americanos, verifica-se que a média de intensidade de SM foi de 3,64 (variando de 2,61 a 4,79) e frequência igual a 1,45 (variando de 0,08 a 3,54), enquanto que no atual estudo, a média de intensidade de SM foi superior, igual a 4,11 (variando de 3,77 a 4,36) e frequência 2,34 (variando de 1,98 a 2,57). Quando comparado à primeira versão validada no Brasil em 2009,¹⁴ igualmente verificam-se diferenças em relação ao presente estudo (embora pequenas), obtendo-se na primeira versão brasileira da MDS a média de intensidade de SM igual a 4,0 (variando de 3,55 a 4,55) e frequência de 1,95 (variando de 1,42 a 2,42).

No que se refere à utilização da análise fatorial e formação de constructos, em sua aplicação inicial, durante a elaboração da MDS,⁹ foram validadas 30 questões, divididas em três constructos assim denominados: “responsabilidade individual”, com 20 itens (média de intensidade de sofrimento = 4,98 e alfa de *Cronbach* igual a 0,98); “não pelo melhor interesse do paciente”, com sete itens (média de intensidade de sofrimento = 4,93 e alfa de *Cronbach* igual a 0,82); e “decepção”, com três itens (média de intensidade de sofrimento = 4,34 e alfa de *cronbach* igual a 0,84). A variância total explicada deste instrumento foi de 19,38%.¹⁶

Já na primeira aplicação brasileira, em 2009,¹⁴ realizada apenas com profissionais enfermeiros, foram validadas 21 questões, divididas em quatro fatores assim denominados: “falta de competência na equipe de trabalho”, com seis itens (média de

intensidade de sofrimento 4,55; frequência 2,42 e alfa de *Cronbach* 0,89), seguido pela “negação do papel da enfermeira como advogada do paciente”, com 8 itens (média de intensidade de sofrimento 4,30; frequência 1,71; e alfa de *Cronbach* 0,91), “obstinação terapêutica”, com 3 itens (média de intensidade de sofrimento 3,60; frequência 2,26; e alfa de *Cronbach* 0,68) e “desrespeito à autonomia do paciente”, com 4 itens (média de intensidade de sofrimento 3,57; frequência 1,42; e alfa de *Cronbach* 0,82). A variância total explicada por este instrumento foi de 66,71%, bastante próxima do presente estudo que apresentou uma variância total de 68,99%.

Diferenças importantes ainda podem ser destacadas quando são comparadas diferentes pesquisas realizadas com a MDS em outros países.²⁴⁻²⁶ No Japão, uma versão da MDS para enfermeiros atuantes em área de saúde mental demonstrou a existência da SM atribuído a três fatores denominados pelos autores de: “conduta antiética dos cuidadores”, “equipe profissional insuficiente” e “aquiescência à violação dos direitos dos pacientes”. Nesta aplicação da MDS, composta por 24 questões originais da MDS acrescidas de 19 questões elaboradas pelos autores japoneses, o SM foi considerado muito baixo pelos seus autores, sendo impossibilitada uma comparação com outros estudos que usavam a MDS; no entanto, o fator “equipe profissional insuficiente” mostrou-se como o mais potencialmente relacionado ao SM em enfermeiros japoneses.²⁵

Em estudo realizado com enfermeiros iranianos, pôde ser detectado que um ambiente hierarquizado de maneira a privilegiar as equipes médicas, seguindo um modelo tradicional de

organização do trabalho, pode influenciar mais negativamente a vivência do SM. Neste estudo, os conceitos de hierarquia, ordens, desequilíbrio de poder e seguir a ordem médica evidenciaram que o poder médico influenciou negativamente no SM.¹³

As diferenças entre os estudos demonstram singularidades na aplicação da MDS em diferentes ambientes, evidenciando sua utilização nos ambientes profissionais de enfermeiros americanos,^{9,16} japoneses,^{2,25} iranianos¹³ ou brasileiros,¹⁴ como no caso deste estudo. É possível perceber que os ambientes e o modo como o trabalho se organiza podem repercutir na vivência de diferentes situações de SM.²⁶ Dessa maneira, sujeitos em diferentes ambientes e sociedades podem vivenciar de forma singular o SM, sendo necessária especial atenção para melhor avaliar o SM vivenciado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos permitiram concluir que a escala proposta para o contexto brasileiro é válida e aplicável a todos os profissionais da equipe de enfermagem. A partir dessa pesquisa foi possível identificar cinco dimensões, que explicam de maneira mais ampla o SM no contexto brasileiro: falta de competência na equipe de trabalho; desrespeito à autonomia do paciente; condições de trabalho insuficientes; negação do papel da enfermagem como advogada do paciente na terminalidade; e negação do papel da enfermagem como advogada do paciente. A falta de competência na equipe de trabalho apareceu como o fator de maior intensidade e frequência de SM vivenciado pelos participantes do estudo, enquanto que o desrespeito à autonomia do paciente apareceu como o de menor intensidade e frequência.

Quando comparado a outros estudos, o SM identificado entre profissionais de enfermagem brasileiros se mostrou mais elevado, tanto em intensidade quanto frequência. Situações recorrentes de insuficiente competência técnica dos trabalhadores da equipe de saúde, bem como a falta de condições materiais e humanas necessárias para o desempenho do trabalho da enfermagem de modo seguro tanto para os pacientes como para os trabalhadores, assim como o reconhecimento da condição dos pacientes como sujeitos com direito ao exercício de sua autonomia e o consentimento da enfermagem quanto à não reivindicação dos direitos dos pacientes são fatores que resultam em SM, sendo possivelmente mais intensos na realidade brasileira, do que em outros contextos.

Como principal limitação do estudo, destaca-se que a amostra selecionada para esta pesquisa pertence a um mesmo contexto cultural e social, de dois hospitais de um município do Sul do Brasil, diferindo apenas em relação ao caráter jurídico das instituições a que pertenciam, sendo um hospital público e o outro filantrópico. Embora a amostra analisada seja representativa em termos estatísticos, a interpretação dos resultados descritivos não deve ser generalizada a outros contextos, que não as instituições estudadas. Essa fragilidade é relativa à análise descritiva e não ao processo de validação do instrumento.

Por fim, evidencia-se a necessidade de novos estudos aplicando o instrumento adaptado nesta pesquisa em outras localidades do Brasil, verificando se existem, ou não, diferenças significativas que afetem a compreensão da intensidade e frequência do SM.

REFERÊNCIAS

1. Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. New Jersey (US): Taylor Print Hall; 1984.
2. Hardingham LB. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nurs Philos*. 2004 Jan; 5(1):127-34.
3. Kopala B, Burkhart L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2005 Jan-Mar; 16(1):3-13.
4. McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered. *Nurs Ethics*. 2008 Mar; 15(2):254-62.
5. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs*. 2005 Set-Out; 24(5):229-41.
6. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 2002 Nov; 9(6):636-50.
7. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2005 Nov; 14(6):523-30.
8. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*. 2007 Fev; 35(2):422-9.
9. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001 Jan; 33(2):250-6.
10. Corley MC, Ptlene M, Elswick RK, Jacob M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*. 2005 Jul; 12(4):381-90.
11. Mobley MJ, Mohamed YR, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit.

- Intens Crit Care Nurs. 2007 Out; 23(1):256-63.
12. Zuzelo RP. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nurs Ethics*. 2007 Mai; 14(3):343-59.
13. Khoiee EM, Vaziri MH, Alizadegan S, Motevallian AS, Kashani OMR, Goushegir SA, et al. Developing the Moral Distress Scale in the population of Iranian nurses. *Iran J Psychiatry*. 2008; 3(1):55-8.
14. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 Jun; 46(3):681-8.
15. Sporrong SK, Höglund AT, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nurs Ethics*. 2006 Jul;13(4):416-27.
16. Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care*. 1995 Jul; 4(1):280-5.
17. Barlem ELD, Lunardi VL, Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi GL, Lunardi Filho WD, Schwonke CRGB. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Abr; 47(2):506-10.
18. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013 Jan; 21(1):293-99.
19. Barlem ELD, Lunardi VL, Fialho AR, Silveira RS. Percepções, sentimentos e dificuldades da equipe de enfermagem no cuidado a pacientes terminais idosos. *Enferm Bras*. 2006; 5(1):289-98.
20. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS, Dalmolin GL. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013 Jan-Fev; 21(spec):79-87.
21. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre (RS): Bookman; 2009.
22. Lunardi Filho WD. *O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina*. Pelotas (RS): Editora e Gráfica Universitária UFPel; 2004.
23. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo (SP): Atlas; 2011.
24. Grace PJ. Professional advocacy: widening the scope of accountability. *Nurs Philos*. 2001 Jul; 2(2):151-62.
25. Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fuji H, Tanaka H, Kitaoka K, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs Ethics*. 2010 Nov; 17(6):726-40.
26. Range LM, Rotherham AL. Moral distress among nursing and non-nursing students. *Nurs Ethics*. 2010 Mar; 17(2):225-32.