

## ■ Artigo Original

# Aplicabilidade da Moral Distress Scale adaptada no cenário da enfermagem em hemato-oncologia



*Applicability of the adapted Moral Distress Scale in the context of nursing in hemato-oncology services*

*Aplicabilidad de Moral Distress Scale adaptada el escenario de enfermería en hemato-oncologia*

Isolina Maria Alberto Fruet<sup>a</sup>  
Grazielle de Lima Dalmolin<sup>b</sup>  
Edison Luiz Devos Barlem<sup>c</sup>  
Rosangela Marion da Silva<sup>b</sup>  
Rafaela Andolhe<sup>b</sup>

**Como citar este artigo:**

Fruet IMA, Dalmolin GL, Barlem ELD, Silva RM, Andolhe R. Aplicabilidade da Moral Distress Scale adaptada no cenário da enfermagem em hemato-oncologia. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):e63060. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63060>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63060>

**RESUMO**

**Objetivo:** Verificar a aplicabilidade da Moral Distress Scale adaptada no cenário da enfermagem em hemato-oncologia de um hospital universitário.

**Método:** Estudo transversal realizado com 46 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil, com coleta de dados no período de dezembro/2014 a março/2015 por meio da Moral Distress Scale adaptada. Para análise dos dados foram utilizados análise fatorial, alfa de Cronbach e estatística descritiva.

**Resultados:** A análise fatorial resultou no agrupamento de 26 questões validadas em três fatores: Falta de Competência da Equipe, Negação do Papel da Enfermagem como Advogada do Paciente e Desrespeito à Autonomia do Paciente. O alfa de Cronbach do instrumento foi 0,98.

**Conclusão:** Constatou-se que a Moral Distress Scale adaptada apresenta-se como uma ferramenta adequada para identificação do sofrimento moral nos trabalhadores de enfermagem de hemato-oncologia.

**Palavras-chave:** Saúde do trabalhador. Enfermagem. Ética. Serviço hospitalar de oncologia.

**ABSTRACT**

**Objective:** To verify the applicability of the adapted Moral Distress Scale in the nursing setting of the hemato-oncology sector of a university hospital.

**Method:** Cross-sectional study conducted with 46 nursing workers of a university hospital in the southern region of Brazil with data collected between December 2014 and March 2015 by means of the adapted Moral Distress Scale. Factor analysis, Cronbach's alpha, and descriptive statistics were used to analyze the data.

**Results:** Factor analysis resulted in a group of 26 questions validated based on three factors: Lack of Competence in the Team, Denial of the Nursing Role as the Patient's Advocate, and Disrespect for the Patient's Autonomy. Cronbach's alpha of the instrument was 0.98.

**Conclusion:** This study showed that the adapted Moral Distress Scale is an appropriate instrument for the identification of moral distress in nursing workers in the hemato-oncology area.

**Keywords:** Occupational health. Nursing. Ethics. Oncology service, hospital.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Verificar el aplicabilidad de la Moral Distress Scale adaptada en el entorno de enfermería en hemato-oncología de un hospital universitario.

**Método:** Estudio transversal con 46 trabajadores de enfermería de un hospital universitario en el sur de Brasil, con la recogida de datos a partir de diciembre/2014 a marzo/2015 mediante la Moral Distress Scale adaptada. Para el análisis de datos se utilizó el análisis factorial, alfa de Cronbach y la estadística descriptiva.

**Resultados:** El análisis de factores resultó en el grupo de 26 preguntas validadas en tres factores: Falta de competencia del equipo de trabajo, Negación del papel de la enfermería como abogada del paciente y Falta de respeto a la autonomía del paciente. Alfa de Cronbach del instrumento fue de 0,98.

**Conclusión:** Se encontró que la Moral Distress Scale adaptada se presenta como una herramienta adecuada para identificar la angustia moral en los trabajadores de enfermería de hemato-oncología.

**Palabras clave:** Salud laboral. Enfermería. Ética. Servicio de oncología en hospital.

<sup>a</sup> Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>c</sup> Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil

## ■ INTRODUÇÃO

O trabalhador de enfermagem, em sua rotina diária de trabalho, vivencia muitas situações conflituosas e dilemas morais e éticos, dos quais podem decorrer o sofrimento moral (SM), situação diante da qual o trabalhador reconhece a conduta ética apropriada a ser implementada, porém se sente impedido de executá-la, tanto por constrangimentos causados pela equipe multiprofissional, chefias, administração ou decisões políticas alheias à sua concordância, interferindo na sua conduta profissional<sup>(1)</sup>.

No que se refere à atuação dos trabalhadores de enfermagem de hemato-oncologia, pode-se dizer que essa ocorre, muitas vezes, próxima à doença e diagnósticos difíceis, à dor e à morte, as quais se unem à angústia e ansiedade dos pacientes e seus familiares<sup>(2)</sup>. Nestas situações, os trabalhadores de enfermagem de oncologia desenvolvem mecanismos de enfrentamento pautados inicialmente na negação e resignação quanto ao tipo de cuidado, após buscam apoio na equipe de saúde, pela sua pluralidade e multiplicidade de visões de diferentes profissionais com envolvimento emocional com pacientes e familiares, e buscam aperfeiçoamento pessoal e profissional, para uma atuação ética e de maior competência<sup>(3)</sup>.

Dessa forma, o trabalho da enfermagem em hemato-oncologia também se caracteriza pela proximidade e vínculo estabelecido com os pacientes, particularmente, pelo tratamento prolongado e longos períodos de internação ou tratamento ambulatorial. Nesse aspecto, muitas vezes, os trabalhadores de enfermagem tendem a auxiliar os pacientes não apenas tecnicamente, mas também emocionalmente, colocando-se, em várias situações, como seus advogados, na defesa de seus direitos no cuidado, perante a instituição ou pessoas que representam o poder, podendo vivenciar sofrimento moral quando não conseguem executar o processo de deliberação moral de acordo com seus valores e crenças<sup>(4-5)</sup>.

Esses aspectos referentes ao cuidado, juntamente às tomadas de decisões nem sempre compartilhadas entre todos os membros da equipe de saúde, à sobrecarga de trabalho, insuficiência de recursos humanos e materiais, e sentimento de impotência/inabilidade em prover um atendimento de qualidade diante de algumas situações, constituem-se em fontes de dilemas morais e SM neste cenário<sup>(2)</sup>.

Assim, diante desses aspectos, justifica-se a realização deste trabalho pela necessidade de identificação do sofrimento moral no contexto de trabalho da enfermagem em hemato-oncologia, o qual apresenta singularidades tanto na forma de organização do trabalho, como no próprio tipo de cuidado implementado.

Para avaliação do SM, um dos instrumentos mais utilizados, tanto na literatura nacional como internacional, é a *Moral Distress Scale* (MDS), o qual foi traduzido no Brasil na sua forma original, e posteriormente adaptado para a realidade brasileira, contemplando situações deste contexto<sup>(6)</sup>.

Dessa forma, apresentou-se como questão de pesquisa: A MDS adaptada para o contexto brasileiro é um instrumento adequado para avaliação do sofrimento moral em trabalhadores de hemato-oncologia?

Assim, o presente estudo apresentou como objetivo geral verificar a aplicabilidade da *Moral Distress Scale* adaptada no cenário da hemato-oncologia de um hospital universitário; e, como objetivo específico, analisar as características psicométricas da *Moral Distress Scale* adaptada no cenário da hemato-oncologia.

## ■ MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal proveniente de um recorte da dissertação "Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem do serviço de hemato-oncologia"<sup>(7)</sup>.

O estudo foi realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário público federal, ao sul do Brasil, em um município na região central do Rio Grande do Sul, o qual é referência em saúde. A instituição atua como hospital-escola com a atenção voltada para o ensino, pesquisa e assistência em saúde. Apresenta um quadro de 1.355 funcionários em nível de apoio médio e superior; 443 funcionários de serviços terceirizados, além de 342 estagiários alunos de graduação da universidade, outros estagiários, residentes, mestrandos e doutorandos. Esses funcionários são distribuídos nos 291 leitos das Unidades de Internação e nos 37 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo, além das 53 salas de ambulatório, 11 salas para atendimento de emergência, seis salas do Centro Cirúrgico e duas salas do Centro Obstétrico, conforme dados disponíveis no sítio da instituição<sup>(8)</sup>.

Para coleta dos dados foi utilizada a MDS adaptada juntamente com um componente de caracterização dos participantes da pesquisa. O instrumento em questão foi proposto originalmente em contexto norte-americano<sup>(9)</sup> e, posteriormente, validado e adaptado para o contexto brasileiro<sup>(6)</sup>. Em 1995 o instrumento foi aplicado em 111 enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva e, posteriormente, em 214 enfermeiros atuantes em diferentes unidades em hospitais norte-americanos<sup>(9)</sup>. A elaboração desse instrumento se baseou em três supostos fundamentais: a aplicabilidade dos valores pessoais dos trabalhadores de enfermagem nos seus ambientes de trabalho; a identificação da presença de problemas éticos em suas atividades

profissionais diárias; e a condição que os trabalhadores de enfermagem apresentam de avaliar a extensão do SM no cotidiano profissional<sup>(10)</sup>.

O instrumento, em sua primeira aplicação em 1995, apresentava 32 questões, utilizando uma escala Likert de sete pontos, que variava de 1 (para nunca ocorrer) até 7 (para um sofrimento muito intenso), entretanto, sem mensurar a frequência e intensidade do SM. O instrumento em questão apresentava questões que tratavam desde o prolongamento da vida, realização de exames, tratamentos desnecessários, ações profissionais julgadas incompetentes por parte da equipe médica e também situações de omissão junto ao paciente<sup>(10)</sup>.

Devido a essa versão do instrumento não apresentar questões relacionadas ao manejo da dor, gerência dos cuidados de enfermagem e incompetência dos profissionais de enfermagem, foi então proposta uma revisão da MDS, em 2001. Essa revisão constou de 38 questões em duas escalas, sendo uma de intensidade de SM e outra da frequência de sua ocorrência, ambas variando de 0 (para nunca ocorrer ou nenhuma frequência) a 6 (para sofrimento muito intenso ou muito frequente)<sup>(9)</sup>.

Esse instrumento foi replicado em estudos no contexto nacional<sup>(6)</sup> e em realidades diversas<sup>(9,11)</sup>. No Brasil, primeiramente foi realizada a tradução da MDS no formato original, sendo validadas 21 das 38 questões, quando se percebeu que várias situações de SM desta realidade não estavam suficientemente contempladas. Assim, foi elaborada uma versão da MDS adaptada para o contexto brasileiro, para trabalhadores de enfermagem, composta de 39 questões, 21 das questões validadas do instrumento original, e 18 questões produzidas por trabalhos qualitativos diversos em realidade brasileira que apontaram situações de sofrimento moral vivenciadas por trabalhadores de enfermagem<sup>(6)</sup>.

Os participantes do estudo foram os trabalhadores de enfermagem do serviço de hemato-oncologia. Esse serviço possui, no total, 52 trabalhadores de enfermagem, sendo 26 enfermeiros, 20 técnicos de enfermagem e seis auxiliares de enfermagem, distribuídos nas unidades de oncologia, unidade de transplante de medula óssea, ambulatório de quimioterapia e radioterapia. Adotou-se como critério de inclusão estar atuando, no mínimo, há 30 dias no setor, e, como critérios de exclusão: aqueles trabalhadores que estivessem em afastamento do trabalho por férias ou licenças de saúde no momento da coleta de dados.

Nesse sentido, utilizou-se de uma amostra não probabilística por conveniência, seguindo o critério de escolha dos participantes pela sua disponibilidade em participar da pesquisa no momento da coleta dos dados. Entretanto, para reduzir a ocorrência de possíveis vieses em relação ao tamanho da amostra, adotou-se o critério de seleção do

tamanho amostral<sup>(12)</sup>, estimando-se uma amostra mínima para possibilitar a realização de determinados exames estatísticos. Tomando-se como base a população de 52 trabalhadores de enfermagem, ao aplicar a fórmula, obtém-se um número mínimo de 45 participantes.

A coleta de dados foi no período de dezembro de 2014 a março de 2015, tendo sido realizado treinamento dos coletadores anteriormente. Aos trabalhadores que aceitaram participar da pesquisa foi-lhes entregue um envelope contendo o instrumento e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma para o pesquisador e outra do participante, e agendada uma data para recolhimento dos mesmos. Realizaram-se até três tentativas para recolhimento dos instrumentos. Todos os trabalhadores de enfermagem do serviço de hemato-oncologia foram convidados a participar, obtendo-se uma aderência de 46 participantes ao estudo.

Para a inclusão dos dados no processo de análise da pesquisa foi utilizado o programa *Excel*<sup>®</sup>. Posteriormente, para análise dos dados empregou-se o programa *PASW Statistic*<sup>®</sup> (*Predictive Analytics Software*, da SPSS Inc., Chicago, USA) versão 18.0 para Windows.

Inicialmente realizou-se uma nova análise fatorial do instrumento, visto que os estudos que utilizaram a escala anteriormente apresentam fatores diferentes. Após, foi verificada a consistência interna da escala e dos fatores por meio do alfa de Cronbach. A estatística descritiva auxiliou no resumo de informações, através de distribuição de frequência, medidas de posição e medidas de dispersão. Foi utilizada a correlação de Pearson para verificação da associação entre os fatores.

Respeitaram-se todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O TCLE foi apresentado no momento do convite para participar da pesquisa, e os que aceitaram participar o assinaram e ficaram de posse de uma das duas vias. O presente projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa local, obtendo-se parecer favorável através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 24330213.8.0000.5346 e número de Parecer 928.879<sup>(13)</sup>.

## ■ RESULTADOS

Os participantes da pesquisa foram 46 trabalhadores de enfermagem atuantes no serviço de hemato-oncologia, sendo, na sua maioria, do sexo feminino (44 - 95,7%), casados (35-76,1%) e com um filho (19-41,3%). A categoria profissional predominante foi de enfermeiros (23-50%), seguida de técnicos de enfermagem (18-39,1%) e auxiliares de enfermagem (5-10,9%). Quanto à qualificação, a maio-

ria dos participantes possuía especialização (30-65,2%). Em relação à idade dos participantes apresentou-se média de 38,6 anos.

Para análise dos dados, inicialmente, ocorreu a submissão das 39 questões que compõem o instrumento à análise fatorial exploratória. Os fatores foram definidos por meio do grau de associação das variáveis surgido mediante a análise da carga fatorial e da subjetividade dessas. Foi realizada a análise dos componentes principais, com aplicação de rotação ortogonal *Varimax*, objetivando maximizar as altas correlações e minimizar as baixas, identificando uma adequação das variáveis aos componentes identificados. Em um primeiro momento surgiram cinco fatores, porém esses não se mostraram condizentes com o referencial proposto, então foi realizado o processo de exclusão gradual de cada uma das questões que apresentavam baixa carga fatorial em seus blocos (inferior a 0,40) e daquelas que não apresentavam coerência conceitual com os constructos formados. Ao final da análise foram excluídas 13 questões, e validadas 26 questões, distribuídas em três fatores (Tabela 1).

A fidedignidade do instrumento, medida por meio do alfa de Cronbach, obteve um valor de 0,98, e os valores dos

coeficientes dos fatores variou de 0,86 a 0,98. Assim, as 26 questões validadas foram distribuídas em três fatores, denominados: Falta de competência na equipe de trabalho, Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente e Desrespeito à autonomia do paciente.

A “Falta de competência na equipe de trabalho” caracteriza-se como a insegurança sentida por trabalhadores da enfermagem quando atuam junto a profissionais da equipe multiprofissional da área da saúde ou demais serviços de apoio que não apresentam habilidade ou competência técnica para atuar<sup>(14)</sup>. “Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente”, apesar de não ser um papel específico da enfermagem, faz parte da assistência desenvolvida ao paciente, mostrando sua autonomia como profissional<sup>(15)</sup>. E “Desrespeito à autonomia do paciente” indica a infração do princípio ético da autonomia, que estabelece como preceito a liberdade individual concedida a cada pessoa de determinar suas ações de acordo com suas escolhas, valores e convicções<sup>(16)</sup>.

A Tabela 1 apresenta o resultado da análise fatorial exploratória (nos blocos) e os constructos formados, observando-se a unidimensionalidade dos mesmos.

A partir da análise da Tabela 1, foi possível identificar

**Tabela 1** – Matriz da análise fatorial exploratória (rotação *Varimax*) da MDS adaptada para o contexto brasileiro em amostra de trabalhadores de enfermagem de hemato-oncologia de um Hospital Universitário/RS, Brasil – 2015

Questão	Bloco	F1	F2	F3
<b>Falta de competência da equipe de trabalho</b>				
Q25- Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	0,910	<b>0,845</b>	0,334	0,289
Q31- Trabalhar com médicos que não possuem competência para atuar.	0,859	<b>0,821</b>	0,334	0,273
Q27 - Trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	0,863	<b>0,797</b>	0,257	0,403
Q30 - Trabalhar com técnicos/auxiliares que não possuem competência para atuar.	0,916	<b>0,794</b>	0,463	0,266
Q33 - Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem competência para atuar.	0,845	<b>0,792</b>	0,413	0,217
Q28 - Trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	0,870	<b>0,791</b>	0,314	0,382
Q24 - Trabalhar com enfermeiras que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	0,886	<b>0,772</b>	0,404	0,356
Q29 - Trabalhar com enfermeiras que não possuem competência para atuar.	0,937	<b>0,761</b>	0,519	0,297
Q26 - Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer	0,859	<b>0,750</b>	0,426	0,338
Q32 - Trabalhar com serviços de apoio que não possuem competência para atuar.	0,860	<b>0,729</b>	0,477	0,317

continua...

...continuação

Questão	Bloco	F1	F2	F3
<b>Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente</b>				
Q07 - Ignorar situações em que não foram dadas ao paciente as informações adequadas para assegurar o seu consentimento informado.	0,909	0,275	<b>0,842</b>	0,353
Q10 - Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades.	0,834	0,264	<b>0,831</b>	0,272
Q09 - Evitar tomar providência ao constatar que um membro da equipe de enfermagem aplica medicação equivocada e deixa de reportá-lo.	0,826	0,412	<b>0,803</b>	0,104
Q38 - Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela equipe de saúde.	0,872	0,472	<b>0,757</b>	0,274
Q16 - Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente.	0,757	0,511	<b>0,704</b>	0,029
Q39 - Evitar tomar providência quando percebe o abandono do paciente terminal pela família.	0,747	0,500	<b>0,701</b>	0,078
Q34 - Evitar tomar providência em situações de morte de pacientes associada à negligência profissional.	0,785	0,534	<b>0,699</b>	0,108
Q12 - Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais.	0,829	0,194	<b>0,695</b>	0,555
Q18 - Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente.	0,813	0,537	<b>0,673</b>	0,269
Q11 - Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.	0,610	0,286	<b>0,653</b>	0,320
Q13 - Trabalhar com equipe de enfermagem com um nível que considera "inseguro".	0,752	0,540	<b>0,614</b>	0,288
Q17 - Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.	0,771	0,389	<b>0,595</b>	0,515
<b>Desrespeito à autonomia do paciente</b>				
Q02 - Seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele.	0,635	0,305	0,088	<b>0,731</b>
Q21 - Acatar o pedido do médico de não discutir com o paciente sua reanimação em caso de parada cardíaca.	0,848	0,405	0,400	<b>0,724</b>
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.	0,762	0,245	0,449	<b>0,707</b>
Q36 - Atuar com profissionais que não esclarecem o paciente sobre seu estado de saúde e doença.	0,782	0,524	0,450	<b>0,553</b>
Initial Eigenvalues		18,31	1,69	1,33
% variância explicada 82,07		70,42	6,51	5,13
Alfa de Cronbach (instrumento:0,98)		0,98	0,97	0,86
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): 0,884				
Teste de Bartlett: qui-quadrado = 1751,752 (325)				

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

que os itens de cada construto, analisados conjuntamente, convergiram para um único fator, sugerindo serem todos unidimensionais. Observa-se também que as 26 questões validadas do instrumento conseguem, juntas, explicar 82,07% do sofrimento moral explorado, e o primeiro fator isolado, denominado falta de competência na equipe de trabalho, é responsável pela explicação de 70,42%.

Quanto à medida de adequação amostral, calculou-se o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) com valor de 0,884, demonstrando a adequação positiva da amostra em relação à análise. Já o teste de esfericidade de Bartlett:  $\chi^2(325) = 1751,752$  com  $p$  menor que 0,001, indicou que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise fatorial.

Por fim, apresentam-se, na Tabela 2, os valores de correlação para cada fator.

**Tabela 2** – Descrição dos valores de correlação entre os fatores de SM validados a partir da aplicação da MDS adaptada para o contexto brasileiro numa amostra de trabalhadores de enfermagem de hemato-oncologia de um Hospital Universitário/RS, Brasil – 2015

Fator	F1	F2	F3
Falta de competência na equipe de trabalho (F1)		,838**	,773**
Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente (F2)	,838**		,729**
Desrespeito à autonomia do paciente (F3)	,773**	,729**	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2015.

\*\*Correlação de Pearson ( $p < 0,001$ )

Ao se observar os valores de correlação de Pearson, verifica-se como mais significativa a relação entre falta de competência na equipe de trabalho e negação do papel da enfermagem como advogada do paciente ( $r = 0,838$ ,  $p < 0,001$ ). Destaca-se que todas as correlações testadas tiveram associações positivas e estatisticamente significativas, ao nível de 1%, demonstrando que os fatores de avaliação do SM estão altamente correlacionados.

## ■ DISCUSSÃO

Como observado nos resultados, a aplicação da MDS adaptada para o contexto brasileiro numa amostra de trabalhadores de enfermagem de hemato-oncologia apre-

sentou três fatores, com 26 questões validadas, que avaliaram o SM. Ao se comparar esse resultado com estudos anteriores, também no contexto brasileiro, percebe-se que nessa amostra foi possível a inclusão de um maior número de questões, porém em menor número de fatores<sup>(14-15)</sup>.

Nos estudos que utilizaram o mesmo instrumento, foi possível observar que ambos foram realizados com trabalhadores de enfermagem de todas as categorias, um com uma amostra de 247 trabalhadores, validando 23 questões e alfa de Cronbach de 0,95<sup>(15)</sup>, e outro com 334 trabalhadores, com 20 questões validadas e alfa de Cronbach de 0,93<sup>(14)</sup>. Quanto aos fatores encontrados, no primeiro foram definidos cinco fatores: 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<sup>(15)</sup>. No segundo foram definidos quatro fatores, três comuns ao estudo citado anteriormente, sendo: falta de competência na equipe de trabalho, desrespeito à autonomia do paciente e condições de trabalho insuficientes, incluindo-se um quarto fator denominado obstinação terapêutica<sup>(14)</sup>.

Ao se observar os resultados encontrados nesses diferentes estudos, destaca-se que, na aplicação da MDS adaptada na amostra de trabalhadores de enfermagem de hemato-oncologia, um ponto que a diferencia das demais aplicações em contexto brasileiro se refere à ausência do fator “condições de trabalho insuficientes”, em que as questões que demarcariam esse fator não foram validadas nessa amostra. Esse resultado aproxima-se dos evidenciados nos estudos com utilização do instrumento original e o traduzido e validado, em que itens relacionados a recursos materiais/humanos e organização do trabalho não se caracterizam como fonte de sofrimento moral<sup>(4,6,9)</sup>. O SM na enfermagem em unidades de oncologia tem sido relacionado com conflitos e dilemas morais em situações de terminalidade e realização de cuidados fúteis, sendo os enfermeiros, muitas vezes, os responsáveis pela obtenção do consentimento informado dos pacientes para a realização de procedimentos desnecessários<sup>(17-18)</sup>.

Na avaliação do sofrimento moral de 182 enfermeiros pediátricos de hemato-oncologia na Itália, utilizando a MDS versão pediátrica, verificou-se que o fator de maior sofrimento moral foi relacionado à competência profissional de médicos e enfermeiros, com alfa de Cronbach de 0,95. Dessa população, 13,7% afirmaram já ter mudado de unidade ou instituição devido ao sofrimento moral<sup>(4)</sup>.

Essa questão pode ser explicada pela própria natureza do trabalho em hemato-oncologia, em que a proximidade dos trabalhadores de enfermagem com os pacientes e a sensibilidade diante de situações conflituosas e dilemáticas,

envolvendo diagnósticos, tratamento e cuidado, parecem ser mais intensas nesse ambiente de trabalho, demandando maiores enfrentamentos<sup>(17-18)</sup>. Porém, isso pode estar relacionado também ao fato de se constituir numa instituição diferente das estudadas anteriormente, visto que cada uma apresenta também suas particularidades<sup>(2,6,14-15)</sup>.

Nesse sentido, trabalhadores de enfermagem de alguns serviços como oncologia, cuidados paliativos, unidades intensivas neonatal, pediátrica e adulta, e serviços de emergência parecem ser mais suscetíveis ao desenvolvimento do sofrimento moral devido às situações enfrentadas na rotina de trabalho. Dentre essas situações estão o gerenciamento do cuidado aos pacientes, a dificuldade na tomada de decisões em questões que envolvem a terminalidade, tratamentos fúteis e sem benefícios, conflitos relacionados à dificuldade em exercer a advocacia ao paciente, a superlotação nas unidades, o desrespeito à autonomia do paciente, relacionamentos interpessoais e a dificuldade em trabalhar com colegas considerados incompetentes para atuar nesses setores de maior complexidade<sup>(14)</sup>.

Nessa perspectiva, pode-se dizer que o sofrimento moral pode ser evidenciado de diferentes formas, dependendo da unidade ou instituição à qual os trabalhadores de enfermagem estão vinculados, podendo, também, estar associado ao tipo de vínculo empregatício, carga horária, dimensionamento de pessoal, formação profissional dos trabalhadores, e presença de reuniões da equipe com possibilidades de espaços para discussão ética<sup>(15)</sup>.

Diante dessas situações, o enfermeiro pode ser considerado um agente moral, que defende cuidados de excelência ao paciente e seus familiares, principalmente quando interfere na realização de procedimentos que podem comprometer a saúde e a segurança do paciente. Porém, decorrente desse tipo de atuação, quando necessitam agir diante de situações que não consideram éticas, os trabalhadores de enfermagem podem vivenciar o sofrimento moral, comprometendo também sua integridade moral<sup>(19)</sup>.

Em função disso, os trabalhadores da enfermagem apresentam dificuldade ou resistência em praticar a advocacia dos pacientes, defender seus interesses e não somente desenvolver o cuidado, pois precisam se movimentar numa estrutura de poder pré-concebida que envolve também os sentimentos de impotência, frustração, culpa e medo de perder o emprego. Porém esse quadro necessita ser alterado, contribuindo para o fortalecimento dos trabalhadores de enfermagem como equipe<sup>(15)</sup>.

Nesse sentido, salienta-se a importância da avaliação do SM nos diferentes espaços de atuação da enfermagem, visto que as suas manifestações podem ir além dos ambientes clínicos, apresentando consequências ao cui-

dado em saúde de forma ampla e para os trabalhadores diretamente, pois surge quando os indivíduos têm claros julgamentos morais e sociais, mas têm dificuldade em encontrar o caminho no qual expressar suas preocupações<sup>(20)</sup>.

Destaca-se, por fim, que a MDS, tanto na sua versão original, como nas traduzidas e adaptadas, constituiu-se como ferramenta adequada para a avaliação do SM em diferentes contextos e também com trabalhadores de enfermagem de hemato-oncologia deste e de outros estudos<sup>(4,6,9-15,17-18)</sup>.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo verificou a aplicabilidade da MDS adaptada em uma população de trabalhadores de enfermagem de hemato-oncologia. Identificaram-se três fatores: Falta de competência na equipe de trabalho, Desrespeito à autonomia do paciente e Negação do papel da enfermagem como advogada do paciente, os quais, juntos, explicaram 82,07% do instrumento, sendo o primeiro fator responsável por 70,42% dessa explicação.

Diante deste aspecto, observa-se a preocupação dos trabalhadores de enfermagem da hemato-oncologia com a competência dos profissionais que atuam nesse serviço. Percebe-se, assim, a necessidade de realização de capacitações em serviço, bem como da criação de espaços para discussão das situações conflituosas e dilemáticas que demandem tomadas de decisão da equipe, para que, dessa forma, possam se fortalecer, tanto tecnicamente como eticamente, aperfeiçoando o cuidado junto aos pacientes, muitas vezes fragilizados em decorrência do tratamento, necessitando de atenção e de um atendimento humano e ético por parte da equipe.

Ressalta-se também diferença identificada quanto aos fatores validados neste estudo, quando comparados a outros que utilizaram a mesma escala, porque nessa população o fator “condições de trabalho insuficientes” não foi validado, isto é, não se caracterizou associado ao SM nessa população, o que pode estar relacionado às características do trabalho e instituição, como ao tipo de atendimento do setor.

Destaca-se que a MDS adaptada mostrou-se válida e fidedigna para avaliação do SM junto aos trabalhadores de enfermagem de hemato-oncologia. Apresenta-se como limitações do estudo o tamanho limitado da amostra, bem como a técnica de amostragem, o que não permite generalizações a outros contextos.

Por fim, pondera-se que essa escala pode servir de subsídio para novas pesquisas incluindo todos os trabalhadores de saúde do setor de hemato-oncologia, para maior compreensão do SM nesse cenário. Também é importante a aplicação do instrumento com trabalhadores de enfer-

magem de diferentes unidades, para testar sua aplicabilidade com outras populações, observando-se seus fatores e dados psicométricos. Essas se constituem em sugestões para novos estudos, para que dessa forma seja ampliada a discussão em torno desse tema, bem como para seu maior reconhecimento em ambientes de atuação da enfermagem, inclusive acadêmicos, para que estudantes da enfermagem já o possam reconhecer no cotidiano do trabalho em saúde.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Jameton, A. *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
2. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(1):35-40.
3. Luz KR, Vargas OAM, Barlem ELD, Schmitt PH, Ramos FRS, Meirelles BHS. Coping strategies for oncology nurses in high complexity. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):59-63.
4. Lazzarin M, Biondi DMS. Moral distress in nurses in oncology and haematology. *Nurs Ethics*. 2012;19( 2):183-95.
5. Ramos FRS, Barlem ELD, Brito MJM, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LCF. Marco conceitual para o estudo do distresse moral em enfermeiros. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e4460015.
6. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaszewski JG. Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):681-8.
7. Fruet IMA. *Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem do serviço de hemato-oncologia [dissertação]*. Santa Maria (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria; 2016.
8. Hospital Universitário de Santa Maria [Internet]. Santa Maria: HUSM; 2015 [atualizado 2015 ago 10; citado 2015 ago 12]. Disponível em: [www.husm.ufsm.br](http://www.husm.ufsm.br).
9. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001;33(2):250-6.
10. Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care*. 1995;4(4)280-5.
11. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavimajd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics*. 2015;22(1):64-76.
12. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Editora Sílado; 2002.
13. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2013 jun 13;150 (112 Seção 1):59-62.
14. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem: quem vivencia maior sofrimento moral. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(3):521-9.
15. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaszewski-Barlem JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013;21(1):293-9.
16. Oguisso T, Schmidt MJ. *O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
17. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Jakel P, Fine A. The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice. *Oncol Nurs Forum*. 2014;41(2)130-40.
18. Ameri M, Safavibayatneed Z, Kavousi A. Moral distress of oncology nurses and morally distressing situations in oncology units. *Austr J Adv Nurs*. 2016;33(3)6-12.
19. Carnevale FA. Confronting moral distress in nursing: recognizing nurses as moral agents. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(n. esp):33-8.
20. Jameton A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Bioeth Inq*. 2013;10(3):297-308.

### ■ Autor correspondente:

Grazielle de Lima Dalmolin

E-mail: [grazi.dalmolin@gmail.com](mailto:grazi.dalmolin@gmail.com)

Recebido: 15.03.2016

Aprovado: 21.03.2017