

## Adaptação cultural e validação da *Moral Distress Scale Revised* para enfermeiros

*Cross-cultural adaptation and validation of the Moral Distress Scale-Revised for nurses*

*Adaptación cultural y validación de la Moral Distress Scale-Revised para enfermeros*

Aline Marcelino Ramos<sup>1</sup>, Edison Luiz Devos Barlem<sup>1</sup>, Jamila Geri Tomaszewski Barlem<sup>1</sup>,  
Laurelize Pereira Rocha<sup>1</sup>, Grazielle de Lima Dalmolin<sup>II</sup>, Aline Belletti Figueira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
Rio Grande-RS, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem. Santa Maria-RS, Brasil.

### Como citar este artigo:

Ramos AM, Barlem ELD, Barlem JGT, Rocha LP, Dalmolin GL, Figueira AB. Cross-cultural adaptation and validation of the Moral Distress Scale-Revised for nurses. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(5):1011-7. [Thematic Edition "Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society"] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0518>

Submissão: 15-11-2016

Aprovação: 09-03-2017

### RESUMO

**Objetivo:** Adaptar culturalmente e validar a *Moral Distress Scale Revised* para enfermeiros. **Método:** Estudo quantitativo, transversal analítico, realizado com 157 enfermeiros de duas instituições hospitalares do Sul do Brasil, uma pública e uma filantrópica. Realizou-se: a adaptação cultural do instrumento segundo recomendações internacionais; e a sua validação para o contexto brasileiro. **Resultados:** A validade de face e conteúdo foi considerada satisfatória mediante avaliação de comitê de especialistas e realização de pré-teste. Mediante análise de frequência e intensidade por questão nos 157 questionários e por subconjuntos das diferentes unidades hospitalares, o instrumento demonstrou consistência interna satisfatória, com alfa de Cronbach 0,88 para o instrumento e entre 0,76 e 0,94 para as unidades hospitalares. A correlação de Pearson identificou moderada associação de sofrimento moral nos enfermeiros. **Conclusão:** o *Moral Distress Scale Revised* – versão brasileira é um instrumento válido para ser utilizado na avaliação de sofrimento moral de enfermeiros.

**Descritores:** Moral; Enfermagem; Ética em enfermagem; Desenvolvimento Moral; Estudos de Validação.

### ABSTRACT

**Objective:** Cross-culturally adapt and validate the *Moral Distress Scale-Revised* for nurses. **Method:** Quantitative, analytical cross-sectional study conducted with 157 nurses of two hospital institutions of Southern Brazil, one public and one philanthropic. Procedures conducted: cultural adaptation of the instrument according to international recommendations; validation for the Brazilian context. **Results:** Face and content validation was considered satisfactory as assessed by a specialist committee and a pretest. The instrument demonstrated satisfactory internal consistency through frequency and intensity analysis per question in the 157 items and per subgroups of the various hospital units. Cronbach's alpha was 0.88 for the instrument and between 0.76 and 0.94 for hospital units. Pearson's correlation found a moderate association for moral distress among nurses. **Conclusion:** The *Moral Distress Scale-Revised* – Brazilian version is a valid instrument for the assessment of moral distress in nurses.

**Descriptors:** Moral; Nursing; Nursing Ethics; Moral Development; Validation Studies.

### RESUMEN

**Objetivo:** Adaptar culturalmente y validar la *Moral Distress Scale Revised* para enfermeros. **Método:** Estudio cuantitativo, transversal, analítico, realizado con 157 enfermeros de dos instituciones hospitalarias del Sur de Brasil, una pública y otra filantrópica. Se efectuó: adaptación cultural del instrumento según recomendaciones internacionales; y su validación para el contexto brasileño. **Resultados:** La validez de interfaz y contenido fue considerada satisfactoria según evaluación de comité de expertos y realización de prueba piloto. El instrumento demostró consistencia interna satisfactoria, aplicándosele análisis de frecuencia e intensidad por pregunta a los 157 cuestionarios y por subconjuntos de las diferentes unidades hospitalarias; con

alfa de Cronbach 0,88 para el instrumento y de 0,76 a 0,94 para las unidades hospitalarias. La correlación de Pearson identificó moderada asociación de sufrimiento moral de enfermeros. **Conclusión:** la *Moral Distress Scale Revised* – versión brasileña es un instrumento válido para ser utilizado en medición del sufrimiento moral de enfermeros.

**Descritores:** Moral; Enfermería; Ética en Enfermería; Desarrollo Moral; Estudios de Validación.

AUTOR CORRESPONDENTE Aline Marcelino Ramos E-mail: aline-ramos@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

No cenário hospitalar, o trabalho pode conferir satisfação quando é permitido ao trabalhador o desenvolvimento de suas potencialidades, de modo a culminar no reconhecimento profissional ou na possibilidade de insatisfação quando ocorre uma falha entre as expectativas do trabalhador e a realidade imposta pelas organizações de trabalho. Nesse sentido, o trabalho, que é fonte de prazer, ao mesmo tempo pode implicar sofrimento, em maior ou menor intensidade<sup>(1)</sup>.

Nos ambientes de saúde, o enfermeiro é responsável pela coordenação do trabalho dos demais profissionais de enfermagem, pelo planejamento e organização do mesmo, de forma a assegurar condições adequadas à assistência prestada aos pacientes, que necessitam constantemente da troca de saberes com os profissionais de saúde, do respeito aos seus direitos e do permanente reconhecimento da sua condição humana, reforçando o premente compromisso dos enfermeiros que atuam em unidades hospitalares<sup>(2)</sup>.

O sofrimento moral é comum na prática clínica, sendo verificado principalmente por enfermeiros, já que o cuidado em saúde constitui-se em uma atividade inerentemente moral, a qual abrange múltiplos atores, incluindo pacientes, familiares, acadêmicos dos cursos da saúde, médicos e demais profissionais da área<sup>(3)</sup>. Ocorre quando o enfermeiro sente-se impedido de agir conforme seus conhecimentos ou aquilo que considera eticamente correto, havendo uma dissonância cognitivo-emocional<sup>(3)</sup>, podendo também ser ocasionado por situações relacionadas à natureza das atividades realizadas, desrespeito aos direitos dos pacientes ou por conflitos no ambiente de trabalho<sup>(4-5)</sup>.

Destaca-se que, quando o profissional está em sofrimento moral, suas ações de cuidado podem refletir os problemas morais vivenciados, interferindo de forma negativa no potencial de saúde dos pacientes, o que resulta em baixa qualidade do cuidado prestado, descontentamento profissional, ausência de advocacia em saúde, *burnout* e, até mesmo, abandono da profissão<sup>(6)</sup>. Destacam-se ainda uma série de transtornos pessoais que implicam falta de paciência, irritabilidade, dificuldade de concentração, dentre outros transtornos físicos e psicológicos<sup>(7-8)</sup>.

Na literatura internacional, é possível identificar a existência de estudos que discorrem sobre essa problemática, haja vista importantes achados terem se dado através de um instrumento de medida denominado *Moral Distress Scale* (MDS)<sup>(9)</sup>. Este enfoca, principalmente, dilemas e problemas éticos, futilidade terapêutica, condições inseguras de trabalho, entre outros, sendo possível identificar a vivência de diversos comportamentos relacionados ao sofrimento moral em diferentes culturas<sup>(9)</sup>.

A abordagem desse fenômeno serve como ensejo para reflexão e possível enfrentamento de problemas éticos, cuja

complexidade de fatores envolvidos assola os ambientes de saúde<sup>(6)</sup>. Desse modo, investe-se cada vez mais em instrumentos compactos e precisos, capazes de avaliar determinados fenômenos para efeito de investigação com clareza e profundidade. Assim, a revisão da MDS, originalmente composto por 38 questões e uma escala com respostas de 1 a 7, teve sua versão reduzida para 21 questões, com uma variação de respostas de 0 a 4, e tornou-se capaz de identificar intensidade e frequência de sofrimento moral de forma simplificada entre profissionais de saúde atuantes em diferentes contextos hospitalares, denominada então *Moral Distress Scale Revised* (MDS-R)<sup>(4-5)</sup>.

Para tanto, o instrumento adaptado (MDS-R) por Hamric, Borchers e Epstein (2012), foi desenvolvido para ser aplicado em estudos quantitativos, visando medir a intensidade e frequência de sofrimento moral entre enfermeiros e médicos, com base na percepção desses profissionais acerca de determinadas situações de trabalho em saúde<sup>(4)</sup>.

O instrumento foi elaborado e validado no sudeste dos Estados Unidos com uma amostra de 323 profissionais de saúde, compreendendo questões que englobam situações reais de sofrimento moral atreladas à assistência ao paciente, dilemas éticos relacionados à instituição de trabalho; relação de trabalho com médicos, enfermeiros e estudantes de medicina; envolvimento de pacientes e familiares nos cuidados em saúde; situações de risco aos pacientes; prolongamento da vida e despreparo profissional<sup>(4-5)</sup>.

No Brasil, existem estudos quantitativos e qualitativos que abordam o sofrimento moral baseados na MDS em sua versão original, nos diferentes contextos de trabalho dos enfermeiros, tendo como resultados a presença de sofrimento moral, principalmente frente a situações como falta de autonomia e apoio da equipe de trabalho, desrespeito aos direitos dos pacientes, obstinação terapêutica, escassez de recursos públicos e sentimentos de impotência; no entanto, uma escala reduzida para avaliação do sofrimento moral ainda inexistente na língua portuguesa<sup>(1,7-8)</sup>. Sendo assim, destaca-se a necessidade de instrumentos específicos e compactos, para verificação de fenômenos vivenciados pelos enfermeiros, capazes de identificar de forma pontual as principais causas de sofrimento moral.

Assim, esse estudo justificou-se pela necessidade de validar para a língua portuguesa um instrumento capaz de identificar a frequência e a intensidade em que o sofrimento moral se faz presente para os enfermeiros em diferentes contextos de saúde, contribuindo para orientar as práticas éticas em saúde e ampliar as bases para pesquisa nessa área.

## OBJETIVO

Adaptar culturalmente e validar o instrumento *Moral Distress Scale Revised* para enfermeiros brasileiros.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local.

### Desenho, local do estudo e período

Estudo quantitativo, transversal analítico. Realizou-se a adaptação cultural do instrumento MDS-R segundo recomendações da literatura científica internacional<sup>(4)</sup> e sua validação para utilização no contexto brasileiro, envolvendo a tradução e retrotradução dos itens da versão original do instrumento em inglês para o português do Brasil, sua validade de face e conteúdo<sup>(10)</sup>, bem como a descrição das propriedades psicométricas relacionadas a sua validade e confiabilidade através do alfa de *Crombach*.

A aplicação da versão final do instrumento de coleta de dados foi realizada em duas instituições hospitalares "H1" e "H2", localizadas em um município do Sul do Brasil. A primeira instituição, intitulada "H1", é caracterizada como um hospital universitário público que presta atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde (SUS) nas áreas de Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica, Clínica Ginecológica, Clínica Cirúrgica, Traumatologia, UTI adulto e neonatal. Nele, atuam 61 enfermeiros que trabalham em sua maioria como servidores públicos concursados (Regime Jurídico Único) e funcionários contratados pelo regime celetista, cumprindo carga horária semanal de 30 h.

A instituição "H2" caracteriza-se como uma entidade filantrópica, atendendo a pacientes do SUS, de convênios e a particulares. Compõe-se de três unidades hospitalares: hospital geral, hospital de cardiologia e oncologia e hospital psiquiátrico. A equipe de Enfermagem é composta por 174 enfermeiros, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com carga horária de 36 h ou 40 h semanais, de acordo com os locais de atuação.

A coleta de dados ocorreu entre agosto e setembro de 2015. Para aplicação do instrumento de coleta de dados, foram realizadas como procedimento de entrega visitas às unidades das instituições, de forma que os enfermeiros fossem convidados a participar do estudo no próprio local e turno de trabalho. Após os procedimentos relacionados aos aspectos éticos, os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em um envelope de papel pardo, sem identificação, e recolhidos logo após seu preenchimento, conforme agendamento.

### População e amostra: critérios de inclusão e exclusão

A seleção dos participantes ocorreu por meio de amostragem não probabilística por conveniência<sup>(11)</sup>; desse modo, todos enfermeiros atuantes nas referidas instituições que se encontravam em seus locais de atuação durante o período de coleta de dados foram convidados a participar da pesquisa, desde que atendessem aos critérios de inclusão/exclusão<sup>(11)</sup>. Foram critérios de inclusão: ser enfermeiro; atuar profissionalmente nos hospitais selecionados; atuar há mais de seis meses na instituição, tempo este determinado por se acreditar ser o necessário para adaptação às rotinas e organização. Foram critérios de exclusão: estar ausente do local de trabalho no

momento de coleta de dados devido a férias, paralisação, afastamento ou licença; ser profissional de contrato temporário.

Para seleção do tamanho amostral, adotou-se uma fórmula específica, a qual objetivou estimar o mínimo tamanho amostral possível à realização de determinados procedimentos estatísticos<sup>(11)</sup>. Conhecendo previamente a população das duas instituições, composta por 235 enfermeiros e aplicando-se a fórmula, chegou-se ao número mínimo de 145 informantes. Sendo assim, na tentativa de selecionar o maior número de participantes possíveis para obtenção de uma margem de segurança, chegou-se ao número de 157 enfermeiros.

### Protocolo do estudo

A MDS-R original é composta por 21 questões operacionalizadas em escala do tipo Likert de cinco pontos, incluindo uma gama de frequências de 0 (nunca) a 4 (muito frequentemente) e faixa de intensidade de 0 (fraca) a 4 (elevada). Em suas questões, contempla situações eticamente controversas atreladas a assistência ao paciente, envolvendo dilemas éticos que permitem identificar a frequência de sofrimento moral e sua intensidade nos diferentes profissionais de saúde<sup>(4)</sup>.

O sofrimento moral é verificado pelos valores atribuídos na escala de Likert por meio da realização de dois procedimentos. Primeiro, a frequência é multiplicada pela intensidade (FXI) cuja pontuação obtida por questão pode variar de 0 a 16, sendo que quanto mais elevado o escore maior é o sofrimento identificado por questão<sup>(4)</sup>. Em segundo lugar, o índice de sofrimento moral global é identificado pela soma total da pontuação obtida de (FXI) de cada item nas 21 questões, resultando em uma escala de 0 a 336, conforme a qual quanto maior o escore, maior é o sofrimento moral vivenciado<sup>(4)</sup>.

Para adaptar culturalmente a MDS-R, foram seguidas seis etapas mediante diretrizes internacionais que visam à adequação completa do instrumento por meio da adaptação semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o adaptado. Essas seis etapas são caracterizadas por: tradução inicial; síntese das traduções; *backtranslation*; comitê de especialistas; pré-teste; e revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores<sup>(10)</sup>.

Na primeira etapa, tradução inicial, o instrumento foi enviado a dois tradutores bilíngues independentes para realizar a tradução do inglês para o português. Um tradutor estava ciente dos objetivos e conceitos utilizados na escala, já o outro desconhecia qualquer informação referente aos objetivos e temática do instrumento, de forma que não houvesse trocas de informações<sup>(10)</sup>.

Em seguida, foi elaborada uma versão final (síntese) das duas traduções contendo as discrepâncias verificadas e suas resoluções, para posterior submissão ao processo de *backtranslation*, em que a versão síntese foi submetida a uma retrotradução para a versão original em inglês por outros dois tradutores<sup>(10)</sup>. Ambos os tradutores não foram informados quanto ao conteúdo e objetivos do instrumento, com a finalidade de evitar significados equivocados. Após a compilação dos dois documentos resultantes da *backtranslation*, foi realizada a versão retrotraduzida do instrumento<sup>(10)</sup>.

Esta última foi enviada a um comitê de especialistas, composto por quatro professores doutores Enfermagem com

ampla experiência na temática. Foram avaliadas as equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual, bem como a validade de face da escala, aprovando-a para ser utilizada no pré-teste, desenvolvendo a versão pré-final do instrumento<sup>(10)</sup>. A versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada em uma amostra de 30 enfermeiros estudantes dos cursos de mestrado e/ou doutorado em Enfermagem de uma universidade pública do Sul do Brasil, constituindo-se num pré-teste.

O pré-teste visou garantir a validade de conteúdo da escala, tendo por objetivo confirmar se os seus itens representam o conteúdo que se desejou analisar. A escala foi aplicada de forma individual para que cada participante relatasse suas dificuldades e facilidades no seu preenchimento e possíveis sugestões e modificações na redação das questões, caso necessário<sup>(10)</sup>. Nenhuma alteração foi realizada após aplicação do pré-teste.

O último estágio realizado após a finalização do pré-teste teve por objetivo realizar a revisão do processo de adaptação, em que os pesquisadores fizeram as adequações necessárias na escala, com o objetivo de facilitar sua compreensão e viabilização na amostra selecionada assegurando a consistência do conteúdo<sup>(10)</sup>. Com isso, a versão final da MDS-R versão brasileira foi considerada aprovada para aplicação no contexto brasileiro.

### **Análise dos resultados e estatística**

A análise de intensidade e frequência de sofrimento moral foi verificada por meio da realização de dois procedimentos, primeiramente de multiplicação de intensidade e frequência individualmente com cada questão; e, posteriormente, da soma geral da pontuação obtida na primeira etapa. A associação entre as questões do instrumento e as unidades hospitalares foi realizada por meio da correlação de Pearson. Foi concedida, por contato eletrônico, autorização do periódico responsável pelos direitos autorais do instrumento para a adaptação cultural do instrumento MDS-R.

Após a aplicação do instrumento à amostra selecionada, foram realizados testes estatísticos através do *software* estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 23.0. Buscou-se verificar se a versão brasileira da escala conseguiu medir o fenômeno estudado com clareza e confiabilidade, permitindo alcançar os objetivos propostos. Para isso, após a aplicação dos questionários, foi verificado o alfa de Cronbach para garantir a fidedignidade do instrumento<sup>(12)</sup>.

Realizou-se a sumarização dos dados através da análise de intensidade e frequência de sofrimento moral por questão nos 157 questionários e por subconjuntos de questionários nas diferentes unidades hospitalares, identificando fatores comuns no contexto do trabalho com base na média das respostas<sup>(12)</sup>. Mediante análise de correlação de Pearson, foi possível correlacionar ao nível de 99% a vivência de sofrimento moral no cotidiano de trabalho com as 21 situações apresentadas no instrumento<sup>(12)</sup>.

## **RESULTADOS**

No que se refere à validade de face da escala, o comitê de especialistas indicou consenso entre todos os itens, avaliando-os como pertinentes e assegurando sua coerência semântica, cultural, idiomática e conceitual. Houve compreensão

de todos os itens da maneira como estes foram formulados, de modo que as questões sofreram poucas modificações, as quais se deram mais sobre a forma de escrita.

Na questão 14, "Aumentar a dose de sedativos/narcóticos para um paciente inconsciente que eu acredito que irá acelerar sua morte", foi sugerido à reformulação da frase, adaptando-a de acordo com as atribuições do enfermeiro, tendo em vista que o termo apresentado se refere a uma atribuição médica. Desse modo, a questão 14 foi proposta da seguinte forma: "Administrar uma dosagem de sedativos/narcóticos em um paciente inconsciente quando acredito que isso apressará a sua morte". Outra sugestão acatada foi acrescentar junto às instruções de preenchimento do instrumento uma breve definição do termo "sofrimento moral" com base na literatura. No que tange ao título da escala em português, esta foi intitulada "Escala de Sofrimento Moral Revisada para Enfermeiros" ou "*Moral Distress Scale Revised (MDS-R) – versão brasileira*" (MDSR-VB).

Após a avaliação do comitê de especialistas e realização do pré-teste, o instrumento já adaptado culturalmente foi aplicado à amostra selecionada para validação do instrumento e obtenção de seus resultados psicométricos. Em relação aos dados sociodemográficos da amostra estudada, obteve-se um total de 157 enfermeiros distribuídos entre H1(33,1%) e H2 (65%), verificando-se que a maioria dos participantes são do sexo feminino (88,5%), com uma média de 31,9 anos, sendo 22 anos a idade mínima e 58 anos a idade máxima obtida. A média de tempo de formação profissional foi de (5,5) anos, ao passo que a média de atuação nos hospitais foi de (4,6).

No que se refere às unidades de trabalho, a Clínica de Internação Adulto representou a maior concentração de enfermeiros (23,6%), bem como a carga horária semanal de 36 horas (49,7%). Quanto à modalidade de atendimento nas unidades de trabalho, houve predomínio de ambas, SUS e Particular/Convênio (46,5%). Ainda identificou-se a Graduação (49,7%) como a mais frequente titulação máxima dos enfermeiros, seguida de Especialização (39,5%). No que se refere à versão final do instrumento, constituído originalmente por 21 questões, foi adotada uma questão para verificar a força de associação entre as questões já existentes q-22, "De forma geral, vivencio situações de sofrimento moral no meu cotidiano de trabalho".

Foram realizados dois procedimentos para obtenção do escore final de frequência e intensidade de sofrimento moral. Primeiro, obteve-se a multiplicação da frequência pela intensidade, proporcionando uma pontuação de 0 a 16. Em seguida, foi verificado o índice de sofrimento moral global através da soma total da pontuação obtida anteriormente de cada item nas 21 questões, resultando em uma escala de 0 a 336, conforme a qual quanto maior o escore, maior é o sofrimento moral vivenciado<sup>(4)</sup>.

A fidedignidade do instrumento foi testada através do cálculo do alfa de Cronbach que apresentou valor 0,88, enquanto os coeficientes das sete unidades se situaram entre 0,76 e 0,94. Em sua versão final, o instrumento foi interpretado com base nas situações de sofrimento moral que obtiveram as maiores médias de intensidade e frequência entre os enfermeiros atuantes em diferentes Unidades Hospitalares, classificadas em ordem de relevância, representado pela Tabela 2.

**Tabela 1** – Escores referentes à frequência e intensidade de sofrimento moral identificado pelos enfermeiros, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

Questão	Score
1. Proporcionar um cuidado inferior ao ideal devido à pressão dos gestores ou da instituição para reduzir custos.	4,38
2. Presenciar profissionais de saúde fornecendo “falsas esperanças” a paciente ou familiar.	3,20
3. Seguir os desejos da família para manter à vida, ainda que isso não seja o melhor interesse do paciente.	4,14
4. Iniciar ações de ressuscitação cardiopulmonar quando acredito que elas apenas prolongarão a morte.	4,32
5. Atender à solicitação da família para não discutir a morte com um paciente terminal que questiona sobre o óbito.	3,53
6. Cumprir ordens médicas em relação a exames e tratamentos desnecessários.	5,83
7. Continuar a investir em uma pessoa com lesão irreversível que está sendo mantida em um ventilador quando ninguém tomará a decisão de não investir.	4,24
8. Evitar adotar medidas/notificar quando descubro que um colega médico ou enfermeiro cometeu um erro e não o relata.	3,28
9. Participar de um procedimento com um médico que está proporcionando cuidados inadequados.	3,15
10. Ser obrigado a cuidar de pacientes aos quais não me sinto qualificado para prestar assistência.	3,36
11. Deixar estudantes de medicina conduzir procedimentos dolorosos em pacientes somente para incrementar suas habilidades.	4,29
12. Proporcionar medidas terapêuticas que não aliviem o sofrimento do paciente porque o médico supõe que o aumento da dosagem de medicação contra a dor possa causar o óbito.	2,99
13. Atender à solicitação do médico para não discutir o prognóstico do paciente com o paciente ou sua família.	4,08
14. Administrar uma dosagem de sedativos/narcóticos em um paciente inconsciente quando acredito que isso apressará a sua morte.	1,32
15. Não adotar medidas sobre uma questão ética observada porque o membro da equipe que estava envolvido solicitou que não fizesse nada.	1,87
16. Atender aos desejos dos familiares mesmo quando não concordo com eles, fazendo isso por causa do medo de uma queixa profissional.	1,80
17. Trabalhar com enfermeiros ou outros profissionais de saúde (com exceção dos médicos) que não possuem a qualificação para exercer os cuidados que o paciente exige.	4,52
18. Ignorar situações de suspeita de maus tratos ao paciente por parte dos familiares/cuidadores.	1,78
19. Ignorar as situações nas quais os pacientes não são devidamente informados para garantir o consentimento esclarecido.	1,88
20. Observar prejuízos no cuidado ao paciente por falta de condições para manter continuidade no tratamento.	3,52
21. Trabalhar com profissionais de enfermagem ou outros profissionais da saúde que considero inseguros.	5,72
Score geral	(92,22)

**Tabela 2** – Situações mais comuns de Sofrimento Moral identificadas pelos enfermeiros de acordo com a Unidade Hospitalar, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

Situação	I	C	II	C	III	C	IV	C	V	C	VI	C	VII	C
Iniciar ações de ressuscitação cardiopulmonar quando acredito que elas apenas prolongarão a morte.	5,96 (5,69)	1 <sup>a</sup>	4,30 (4,66)	7 <sup>a</sup>	5,50 (5,30)	8 <sup>a</sup>	4,33 (4,52)	5 <sup>a</sup>	1,64 (2,61)	19 <sup>a</sup>	7,70 (5,71)	2 <sup>a</sup>	2,71 (4,76)	10 <sup>a</sup>
Trabalhar com profissionais de enfermagem ou outros profissionais da saúde que considero inseguros.	5,54 (5,27)	2 <sup>a</sup>	4,97 (5,25)	4 <sup>a</sup>	7,59 (6,16)	1 <sup>a</sup>	4,11 (5,34)	6 <sup>a</sup>	7,68 (6,15)	1 <sup>a</sup>	5,70 (4,49)	7 <sup>a</sup>	4,75 (3,76)	1 <sup>a</sup>
Cumprir ordens médicas em relação a exames e tratamentos desnecessários.	5,42 (5,64)	3 <sup>a</sup>	5,76 (5,51)	1 <sup>a</sup>	5,91 (5,08)	4 <sup>a</sup>	6,33 (5,72)	1 <sup>a</sup>	5,82 (5,90)	3 <sup>a</sup>	9,40 (6,02)	1 <sup>a</sup>	4,42 (4,68)	2 <sup>a</sup>
Continuar a investir em uma pessoa com lesão irreversível que está sendo mantida em um ventilador quando ninguém tomará a decisão de não investir.	5,25 (5,78)	4 <sup>a</sup>	4,73 (5,05)	5 <sup>a</sup>	5,55 (4,93)	6 <sup>a</sup>	4,89 (5,07)	4 <sup>a</sup>	2,41 (4,17)	16 <sup>a</sup>	4,80 (4,56)	10 <sup>a</sup>	2,25 (3,81)	12 <sup>a</sup>
Trabalhar com enfermeiros ou outros profissionais de saúde (com exceção dos médicos) que não possuem a qualificação para exercer os cuidados que o paciente exige.	5,00 (6,19)	5 <sup>a</sup>	3,62 (4,29)	9 <sup>a</sup>	6,41 (5,47)	2 <sup>a</sup>	2,50 (3,33)	10 <sup>a</sup>	5,86 (5,75)	2 <sup>a</sup>	6,10 (5,50)	5 <sup>a</sup>	3,33 (3,57)	5 <sup>a</sup>
Deixar estudantes de medicina conduzir procedimentos dolorosos em pacientes somente para incrementar suas habilidades.	4,88 (5,78)	6 <sup>a</sup>	3,49 (5,27)	10 <sup>a</sup>	5,68 (5,59)	5 <sup>a</sup>	3,44 (3,65)	7 <sup>a</sup>	4,14 (5,10)	7 <sup>a</sup>	6,60 (6,04)	4 <sup>a</sup>	3,46 (4,29)	4 <sup>a</sup>

Nota: \*C: Classificação da questão segundo ordem de relevância. Médias e (desvio padrão) verificados em: I - Emergência; II - Clínica de Internação Adulto; III - Clínica de Internação Materno Infantil; IV - UTI Neonatal/Adulto; V - Centro Cirúrgico; VI - Administrativo; VII - Outras.

Para determinação da força de associação entre as 21 questões do instrumento com o sofrimento moral, adotou-se a questão q-22, “De forma geral, vivencio situações de sofrimento moral no meu cotidiano de trabalho”, relacionando-a de forma individual com cada questão por meio da correlação de Pearson, conforme ilustrado na Tabela 3.

**Tabela 3** – Correlação das 21 questões do instrumento com o sofrimento moral, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015

Questão	Leve, quase imperceptível	Pequena, mas definida	Moderada
Q01	,182*		
Q02	,180*		
Q04		,287**	
Q05		,209**	
Q06		,223**	
Q07	,181*		
Q08		,260**	
Q11	,174*		
Q12	,167*		
Q13		,311**	
Q14		,269**	
Q15		,355**	
Q16		,253**	
Q17		,279**	
Q19		,247**	
Q20		,390**	
Q21			,516**

Nota: \*correlação em nível de 95%; + correlação em nível de 99%.

## DISCUSSÃO

Em relação aos resultados apresentados, a aplicação da MDSR-VB em enfermeiros de duas instituições hospitalares foi capaz de identificar situações específicas de sofrimento moral para diferentes locais de trabalho, sinalizando a complexidade das questões éticas existentes nesses contextos clínicos. Com relação à confiabilidade do instrumento, os resultados obtidos representam índices bastante satisfatórios, especialmente quando comparados à validação do instrumento original<sup>(4-5)</sup>, garantindo dessa forma a fidedignidade do instrumento validado para estudos posteriores.

O alfa de *Cronbach* da MDS-R versão brasileira apresentou valor 0,88 para o instrumento. Esse resultado se assemelha à MDS-R original, em que a consistência interna das 21 questões do instrumento medida pelo alfa de *Cronbach* foi de 0,88 para o instrumento<sup>(4)</sup>. Em relação aos subconjuntos de questionários de acordo com as unidades de trabalho em que foram coletados, verificou-se que o alfa de *Cronbach* variou de 0,76 a 0,94.

Pelos resultados obtidos, tornou-se possível a organização dos dados mediante a classificação das questões em ordem de maior intensidade e frequência de sofrimento moral por unidade hospitalar, evidenciando-se que a questão q06, “Cumprir ordens médicas em relação a exames e tratamentos desnecessários”, constituiu-se na questão de maior sofrimento moral percebida pelos enfermeiros (9,40), sendo identificada principalmente por aqueles que executam o trabalho

administrativo. O resultado encontra-se consistente com o verificado na aplicação da MDS-R, que também obteve a maior média nessa questão como fonte de sofrimento moral<sup>(4)</sup>.

Nesse sentido, um estudo acerca do sofrimento moral em enfermeiros salienta que questões relacionadas ao trabalho com médicos estão fortemente intrincadas com a necessidade do exercício de poder nas tomadas de decisão dos enfermeiros, fazendo com que ajam muitas vezes de maneira inversa às suas crenças e valores, desencadeando sensação de impotência na presença de médicos, ocultando seus reais conhecimentos, de modo a desenvolver conflitos internos e possível perda da identidade profissional<sup>(13)</sup>.

Além disso, destaca-se que enfermeiros que desenvolvem suas atividades em cargos administrativos constantemente deparam-se com alterações nas políticas regeadoras dos cuidados em saúde, podendo resultar em um aumento do número de normas jurídicas e institucionais cada vez mais complexas, orientações clínicas, protocolos, forte ênfase na prestação de contas, número de pessoal inadequado e pressão de trabalho constante, isso vinculado às exigências sociais cada vez mais elevadas, associando-se diretamente à incidência do sofrimento moral<sup>(6)</sup>.

Ressalta-se que é uma responsabilidade do profissional em cargo administrativo avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar/determinar encargos ou atribuições quando houver segurança no desempenho da atividade para si e para os pacientes assistidos. Tal dado evidencia a relevância de um maior aprofundamento e conhecimento acerca dos direitos e deveres pertencentes à profissão, uma vez que o conhecimento serve como base que propicia e ampara o exercício profissional, bem como encoraja a tomada de decisão de forma ética e autônoma<sup>(14)</sup>.

Outra situação ilustrada na questão q-4, “Iniciar ações de ressuscitação cardiopulmonar quando acredito que elas apenas prolongarão a morte”, mostrou-se relevante principalmente nas Unidades de Emergência (5,96), em que os enfermeiros encontraram-se mais suscetíveis ao sofrimento moral. Dado semelhante foi constatado no estudo MDS-R em que a mesma questão destacou forte sofrimento moral em Médicos e Enfermeiros, com índices de frequência e intensidade bastante similares entre essas categorias profissionais, culminando em um impacto negativo na satisfação no trabalho<sup>(5)</sup>.

Em consonância com os achados desta pesquisa, estudos nacionais e internacionais identificaram níveis elevados de sofrimento moral em enfermeiros que participaram de situações marcadas pela dor e sofrimento de pacientes submetidos a cuidados de prolongamento da vida, sem evidência de sucesso<sup>(7-8,15-19)</sup>. Nesse sentido, os profissionais desencadearam sentimentos de incapacidade ao desenvolver suas ações e de violação de seus princípios éticos, o que denota situação de grande vulnerabilidade emocional<sup>(17-18)</sup>.

Tendo em vista que tratamentos tidos como desnecessários podem provocar o sofrimento moral, se faz necessário incitar o exercício da autonomia do enfermeiro, que pode ganhar força por meio da comunicação efetiva e harmonização em seus espaços de trabalho<sup>(20)</sup>. Em um estudo com trabalhadores de enfermagem situados no extremo sul do Brasil<sup>(17)</sup>, a obstinação terapêutica foi identificada como fonte de sofrimento moral, destacando-se que

a iniciativa de ações como reuniões entre a equipe e maior abertura ao diálogo com chefias e instituição podem ser verificadas como grandes aliadas no que tange ao enfrentamento de questões de conflitos éticos, o que possibilita maior problematização e manifestação das dificuldades vivenciadas<sup>(17)</sup>.

Por meio da análise de correlação de Pearson, obtiveram-se valores entre 0,18 e 0,51, situando a maior parte das questões no nível *correlação pequena mas perceptível*. Foi possível identificar uma questão em nível de *correlação moderada* com o sofrimento moral, destacando-se a questão q-21, “Trabalhar com profissionais de enfermagem ou outros profissionais da saúde que considero inseguros”.

Assim, o sentimento de responsabilidade por parte dos enfermeiros em manter o bom funcionamento da equipe eleva a necessidade em oferecer segurança aos pacientes, protegendo-os contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer profissional de saúde<sup>(14)</sup>.

Estudos com enfermeiros atuantes em contextos hospitalares de diferentes países identificaram que trabalhar com profissionais de saúde considerados inseguros demarca forte influência para vivência de sofrimento moral, conferindo maior inabilidade para tomada de decisão<sup>(6,16-20)</sup>. Como principal característica negativa percebida no contexto de trabalho foi destacada a falta de habilidade ou competência técnica e científica indispensável para execução de atividades específicas em saúde<sup>(16)</sup>. Sendo assim, a possibilidade de existência de um impacto negativo na qualidade de atendimento pode desestruturar a essência do cuidado, tornando-a um desafio ético em alerta<sup>(19)</sup>.

#### Limitações do estudo

Como limitações do estudo, destaca-se que ele foi conduzido em uma pequena amostra de enfermeiros atuantes em dois hospitais de uma cidade do Sul do Brasil, não sendo possível a generalização dos resultados. Destaca-se a necessidade em realizar outros estudos sobre sofrimento moral na enfermagem em diferentes contextos, de modo a contribuir para a transformação da realidade e aprimoramento do

comportamento ético, mediante melhor enfrentamento de situações do ambiente de trabalho.

#### Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Como contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública, destaca-se como imperativo: o constante aprimoramento dos conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais em benefício da população assistida e do próprio avanço da profissão; bem como o desenvolvimento de uma abordagem mais pragmática ao lidar com situações de sofrimento moral<sup>(14,20)</sup>. Além disso, apesar das variações de frequência e intensidade nas diferentes unidades de saúde, o que fica evidente é que o sofrimento moral pode ocorrer em múltiplos ambientes clínicos<sup>(19)</sup>, sendo de vital importância o reconhecimento e aperfeiçoamento do exercício da autonomia dos enfermeiros em suas atribuições em saúde, especialmente quando valores éticos estão sendo comprometidos.

#### CONCLUSÃO

Os resultados encontrados evidenciam que a *Moral Distress Scale Revised* – versão brasileira se constitui em um instrumento capaz de avaliar as situações de sofrimento moral entre enfermeiros, contribuindo para a compreensão de relação entre a natureza do trabalho e as situações de conflitos éticos envolvidos. A validação da versão em português do instrumento apresenta-se como uma importante tecnologia, obtendo indicadores das potenciais situações que provocam sofrimento moral, de modo que fornece recursos relevantes para os enfermeiros no contexto brasileiro.

#### FOMENTO

Este estudo contou com o financiamento advindo do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico por meio do processo nº 30.6119/2015-3.

#### REFERÊNCIAS

1. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Almeida AS. Características psicométricas da moral distress scale em profissionais de enfermagem brasileiros. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mai 22];23(3). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/0104-0707-tce-2014000060013.pdf>
2. Santos JLG, Prochnow AG, Silva DC, Silva RM, Leite JL, Erdmann AL. Prazer e Sofrimento no Exercício Gerencial do Enfermeiro no Contexto Hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2013[cited 2015 Nov 05];17(1):97-103. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/14.pdf>
3. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
4. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Prim Res* [Internet]. 2012[cited 2017 Jan 20];3(2):1-9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/021507716.2011.652337>
5. Allen R, Cohn TJ, Velasco R, et al. Moral Distress Among Healthcare Professionals at a Health System. *JONA'S healthc. Law Ethics Regul* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 10];15(3):111-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23963112>
6. Berger JT. Moral Distress in Medical Education and Training. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 04];29(2):395-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24146350>
7. Dalmolin GL, et al. Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de

- enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 08];22(1):35-42. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt\\_0104-1169-rlae-22-01-00035.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00035.pdf)
8. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o burnout. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 15];21(1):200-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en\\_a23v21n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/en_a23v21n1.pdf)
  9. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. *J Adv Nurs* [Internet]. 2001 [cited 2017 Jan 20];33(2):250-6. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2001.01658.x/full>
  10. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of crosscultural adaptation of self-report measures. *Spine J* [Internet]. 2000 [cited 2015 May 01];25(24):3186-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>
  11. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Editora Sílabo; 2012.
  12. GAYA A. *Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
  13. Anke JE, Anneke L, Francke AS, Willems DL. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 10];50(1):100-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22989404>
  14. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaszewski-Barlem JG, Silveira RS, Dalmolin GL. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 12];21(spe):79-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/11.pdf>
  15. Harrowing JN, Judy MB. Moral distress among Ugandan nurses providing HIV care: a critical ethnography. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2010 [cited 2016 Mar 04];47:723-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20004395>
  16. Kessler AI, Krug SBF. [From pleasure to suffering in the nursing work: the speech of the workers]. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 Mar 18];33(1):49-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a07v33n1.pdf> Portuguese.
  17. 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* [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 18];48(3):521-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/0080-6234-reeusp-48-03-521.pdf>
  18. Huffman DM, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Crit Care Nurs Clin North Am* [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 25];24(1):91-100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22405714>
  19. Trautmann J, Epstein E, Rovnyak V, Snyder A. Relationships among moral distress, level of practice independence, and intent to leave of nurse practitioners in emergency departments. *Adv Emerg Nurs J* [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 02];37(2):134-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25929224>
  20. Barlem ELD, Lunardi VL, Tomaszewisk JG, Lunardi GL, Lunardi Filho WD, Schwonke CRGB. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 05];47(2):506-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/33.pdf>
-