

Devos Barlem, Edison Luiz; Lerch Lunardi, Valéria; Lerch Lunardi, Guilherme; de Lima Dalmolin, Graziele; Geri Tomaschewski, Jamila

Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira

Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 46, núm. 3, junio, 2012, pp. 681-688

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033317020>



*Revista da Escola de Enfermagem da USP,*

ISSN (Versão impressa): 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

# Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira\*

THE EXPERIENCE OF MORAL DISTRESS IN NURSING: THE NURSES' PERCEPTION

EXPERIENCIA DEL SUFRIMIENTO MORAL EN ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA

**Edison Luiz Devos Barlem<sup>1</sup>, Valéria Lerch Lunardi<sup>2</sup>, Guilherme Lerch Lunardi<sup>3</sup>, Grazielle de Lima Dalmolin<sup>4</sup>, Jamila Geri Tomaschewski<sup>5</sup>**

## RESUMO

Objetivando conhecer a percepção do sofrimento moral vivenciado, relacionando frequência e intensidade, realizou-se pesquisa Survey, utilizando escala Likert variando de 0 a 6 pontos, com 124 enfermeiras em hospitais do sul do Brasil, no ano de 2008. Mediante questionário autoaplicável e análise factorial, foram identificados e validados quatro constructos. Os resultados finais foram obtidos através de três diferentes análises: 1) estatística descritiva; 2) análises de variância 3) regressão múltipla. O constructo que apresentou maior intensidade de percepção de vivência do sofrimento moral foi a falta de competência na equipe de trabalho (4,55), seguido pela negação do papel da enfermeira como advogada do paciente (4,30), obstinação terapêutica (3,60) e desrespeito à autonomia do paciente (3,57). Em relação à percepção da frequência do sofrimento moral, destacou-se, novamente, o constructo falta de competência na equipe de trabalho (2,42), seguido da obstinação terapêutica (2,26), negação do papel da enfermeira como advogada do paciente (1,71) e desrespeito à autonomia do paciente (1,42).

## ABSTRACT

With the objective to understand the nurses' perception of moral distress, as well as its frequency and intensity, this study used a survey utilizing a six-point Likert scale, with 124 nurses working in hospitals in southern Brazil in 2008. Using a self-administered questionnaire and factorial analysis, four constructs were identified and validated. The final results were obtained through three different analyses: 1) descriptive statistical analysis; 2) analysis of variance; and 3) multiple regression. The construct that showed the highest intensity of perception regarding moral distress was the lack of competency in the work team (4.55), followed by the nurse's denial of their role as patient advocate (4.30), therapeutic obstinacy (3.60) and disrespecting the patient's autonomy (3.57). Regarding the perception of the frequency of moral distress, once again, the highlighted construct was the lack of competency within the work team (2.42), followed by therapeutic obstinacy (2.26), the nurse's denial of their role as patient advocate (1.71) and disrespecting the patient's autonomy (1.42).

## RESUMEN

Objetivándose conocer la percepción del sufrimiento moral experimentado, relacionando frecuencia e intensidad, se efectuó investigación Survey, utilizando escala Likert variando de 0 a 6 puntos, con 124 enfermeras en hospitales del Sur de Brasil, en 2008. Se identificaron cuatro constructos mediante cuestionario autoaplicable y análisis factorial. Resultados obtenidos mediante tres análisis: 1) estadística descriptiva, 2) análisis de varianza, 3) regresión múltiple. El constructo con percepción de sufrimiento moral más intenso fue la falta de competencia del equipo de trabajo (4,55), siguiendo negación del papel de la enfermera como abogada del paciente (4,30), obstinación terapéutica (3,60) y falta de respeto a la autonomía del paciente (3,57). Respecto a percepción de frecuencia de sufrimiento moral, nuevamente predominó la falta de competencia del equipo de trabajo (2,42), siguiéndolo la obstinación terapéutica (2,26), negación del papel de la enfermera como abogada del paciente (1,71) e falta de respeto a la autonomía del paciente (1,42).

## DESCRITORES

Enfermagem  
Ética em enfermagem  
Competência profissional  
Esgotamento profissional  
Estresse psicológico

## DESCRIPTORS

Nursing  
Ethics, nursing  
Professional competence  
Professional burnout  
Stress psychological

## DESCRIPTORES

Enfermería  
Ética en enfermería  
Competencia profesional  
Agotamiento profesional  
Estrés psicológico

\* Extraído da dissertação "Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira" Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, 2009. <sup>1</sup>Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor Assistente da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande. Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde. Rio Grande, RS, Brasil. edisonbarlem@furg.com.br <sup>2</sup>Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Coordenadora do Projeto de Pesquisa "Sofrimento Moral, Problemas e Dilemas Morais no Trabalho da Enfermagem". Rio Grande, RS, Brasil. v.lunardi@terra.com.br <sup>3</sup>Doutor em Administração. Professor da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. gllunardi@ea.ufgs.br <sup>4</sup>Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem. Rio Grande, RS, Brasil. graziele.dalmolin@yahoo.com.br <sup>5</sup>Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem. Bolsista de Mestrado do CNPq. Rio Grande, RS, Brasil. jamila\_tomaschewski@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

O sofrimento moral (SM) foi primeiramente descrito na década de oitenta do século passado<sup>(1)</sup>, expresso como o sofrimento decorrente da incoerência entre as ações das pessoas e suas convicções. Dessa maneira, a pessoa sabe o que é correto a ser feito, mas se reconhece impossibilitada de empreender essa ação, seja por erros de julgamento, falhas pessoais, fraquezas de caráter ou mesmo circunstâncias alheias ao controle pessoal<sup>(2)</sup>.

No trabalho da enfermagem, especificamente, o sofrimento moral pode ser definido como o desequilíbrio psicológico ocasionado por sentimentos dolorosos que ocorrem quando as enfermeiras não podem executar situações moralmente adequadas, segundo suas consciências ou conhecimentos<sup>(1)</sup>. Pode ser definido, ainda, como uma resposta enfrentada quando, após uma decisão de um conflito ético, reconhecem uma ação pessoal dificultada por barreiras individual, institucional ou social<sup>(3)</sup>.

Sentimentos de raiva e tristeza são os mais citados na literatura como efeitos biopsicossociais decorrentes do sofrimento moral; a introspecção também é uma das manifestações apresentadas por trabalhadores de enfermagem que pouco ou nenhum apoio recebem durante o enfrentamento dos conflitos morais<sup>(4)</sup>. Esses sentimentos, que resultam em sofrimento moral, podem acarretar respostas emocionais no indivíduo, como o descontentamento com o trabalho, a relutância em ir trabalhar ou mesmo o abandono da profissão<sup>(5)</sup>.

Estudos qualitativos demonstram que trabalhadores de enfermagem podem vivenciar sofrimento moral, decorrente de situações já consideradas como parte do seu cotidiano profissional, tais como a falta de consentimento informado de pacientes antes da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o prolongamento da vida sem a preocupação com sua qualidade, práticas profissionais questionáveis, decisões fragmentadas e desigualdade na distribuição de recursos, em especial, os destinados para a enfermagem<sup>(6)</sup>.

Com o propósito de aprofundar o conhecimento acerca das vivências de sofrimento moral pelas enfermeiras, na realidade brasileira, optou-se por aplicar um instrumento<sup>(7)</sup> denominado Moral Distress Scale (MDS), realizando sua validação para língua portuguesa, após a autorização da sua autora.

## OBJETIVO

Analizar a percepção das enfermeiras frente ao sofrimento moral vivenciado, relacionando à sua frequência e intensidade.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo *Survey*<sup>(8)</sup>, que teve como sujeitos enfermeiras de quatro hospitais localizados no sul do Brasil – um público, dois filantrópicos e um privado. A coleta dos dados realizou-se no período de maio a setembro de 2008, por uma equipe de oito coletadores, previamente treinados. Foi entregue a cada enfermeira, em seu local de trabalho, um questionário autoadministrado, contendo instruções sobre seu preenchimento e sobre sofrimento moral, apresentando uma parte inicial para a caracterização dos sujeitos (instituição, tempo de atuação na instituição, ano de formação acadêmica, nível de graduação, idade, e outras), seguida de 38 questões relacionadas a situações dilemáticas possivelmente enfrentadas no cotidiano da profissão, além de uma questão final relacionada à percepção da vivência do sofrimento moral especificamente em seus locais de trabalho. Após a entrega, foi estabelecido um período para o recolhimento do instrumento já respondido, sendo adotado o critério de, no máximo, realizar cinco retornos para recolher os questionários.

**Estudos qualitativos**  
demonstram que  
trabalhadores de  
enfermagem podem  
vivenciar sofrimento  
moral, decorrente  
de situações já  
consideradas como  
parte do seu cotidiano  
profissional...

O início da coleta foi simultâneo em todos os hospitais. Os questionários foram entregues em envelopes pardos, lacrados, juntamente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, firmado em duas vias. Esclarecimentos sobre a pesquisa, sobre sofrimento moral e o preenchimento do instrumento foram informados no momento da entrega do envelope a cada sujeito da pesquisa. Cada coletador ficou responsável por algumas unidades, comprometendo-se a distribuir e coletar o maior número possível de questionários entre enfermeiras.

Foram entregues 193 envelopes com os instrumentos às enfermeiras dessas instituições, retornando 164 questionários, dos quais excluíram-se 40, 12 deles devido a uma escala dicotômica na marcação, apresentando os valores 0 ou 6; e 28 por terem sido devolvidos em branco. Os 124 questionários restantes, considerados válidos, compuseram 60,4% da população alvo. Estes foram armazenados pelo pesquisador responsável pelo estudo junto ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem /Saúde – FURG (NEPES-FURG), sendo tabulados, após o final da coleta, por duas pessoas previamente treinadas.

**Antecedentes da pesquisa** – Nesta pesquisa, buscou-se aplicar um instrumento já reconhecido e validado em outros contextos<sup>(7)</sup>, que investigasse o sofrimento moral, validando-o e aplicando-o à nossa realidade. O questionário, originalmente elaborado na língua inglesa, utiliza uma escala tipo *Likert* de sete pontos, variando de 0 – para nunca ocorrer ou nenhuma frequência, a 6 – para sofrimento muito intenso ou muito frequente.

Durante o processo de tradução, com o propósito de obtermos uma versão o mais aproximada possível da original e de diminuirmos o risco de possíveis vieses, foi adotada a tradução reversa, também denominada de *back translation*. Nesse processo, um grupo de especialistas em língua inglesa realizou a tradução do questionário original para o português; a versão em português foi, então, revertida por um segundo grupo de tradutores, para uma nova versão em inglês, que foi comparada com a original a fim de avaliar possíveis diferenças, sendo aprovada sua equivalência.

**Validação do Instrumento** – A validação do instrumento ocorreu em três momentos, através da: a) *Validade de face*: em que verificamos se as questões do instrumento se apresentavam com forma e vocabulário adequados ao propósito da mensuração, o que foi realizado por dois professores doutores da escola de enfermagem da FURG; b) *Validade de conteúdo*: em que verificamos se os itens do questionário traduzido e adaptado para a língua portuguesa representavam o conteúdo que pretendíamos avaliar, o que foi realizado mediante a aplicação e análise de 30 pré-testes em mestrandos do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, confirmando que os itens mostravam-se suficientemente claros e de fácil entendimento; c) *Validade de traço ou construto*: em que delimitamos as características dos construtos que interessavam à pesquisa, testando a consistência interna de cada item (ou seja, a confiabilidade das escalas), sua consistência sob diferentes enunciados (validade convergente) e sua diferença em relação aos outros itens de construtos diferentes (validade discriminante), de modo a fazer uma ligação entre a teoria ou construto (nível conceitual) e os itens avaliados (nível operacional). Em outras palavras, o nível conceitual permitiu especificar a natureza do construto estudado, e o nível operacional tratou da lista dos enunciados (itens ou questões) que permitiram medir os construtos. Essa validação se realizou com a ajuda de testes estatísticos, enquanto que as duas primeiras foram subjetivas, mas também imprescindíveis para garantir a aplicabilidade e precisão do instrumento utilizado.

Após serem aplicados os questionários na amostra selecionada, dois testes estatísticos foram realizados para garantir a validade de construto: a análise fatorial e o *alfa de Cronbach*. A análise fatorial consiste numa técnica multivariada que se aplica na busca de identificação de fatores num conjunto de medidas realizadas. Já o alfa de Cronbach testa a confiabilidade do instrumento, ao verificar se diferentes características de cada um dos grupos, medidas através de questões do instrumento, ou de indicadores dispostos no questionário, foram consistentes.

**Análise dos dados** – Os resultados referentes à amostra estudada foram obtidos através de três diferentes análises: 1) estatística descritiva, mediante a utilização de médias e distribuição de frequência dos construtos e seus indicadores, de modo a identificar a intensidade e a frequência com que vivenciam o sofrimento moral; 2) análises de variância (ANOVA) entre os diferentes grupos de

respondentes, de acordo com características da amostra, para verificar possíveis diferenças significativas entre os grupos de sujeitos respondentes (instituição, idade, tempo de formado, tempo de atuação na instituição, dentre outras); e 3) análise de regressão múltipla, buscando avaliar quais fatores tinham maior efeito na percepção das enfermeiras acerca de seu sofrimento moral.

Foi utilizado o software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 13.0, na etapa de análise dos dados, facilitando o processo de organização dos dados obtidos em tabelas, que permitiram melhor visualização dos resultados e a interpretação dos dados.

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos em todas suas etapas, recebendo Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 012/2008 – Ata 65/2008.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os dados demográficos da amostra estudada. Em relação às características dos sujeitos do estudo, é importante destacar que 48,4% das enfermeiras tinham idade superior a 30 anos, aproximando-se da maturidade. Destas, 37,9% cursaram especialização e 10,5%, mestrado como grau máximo de titulação, demonstrando uma preocupação com a qualificação profissional. O tempo de trabalho na profissão teve a média aproximada de 9 anos (8,6), um tempo considerado razoável de atuação profissional, e já bastante significativo. O tempo médio de atuação dessas profissionais na instituição hospitalar foi de aproximadamente 5 anos (4,94).

**Tabela 1** – Características dos sujeitos do estudo – 2011

Características	N	%
Graduação	64	51,6
Especialização	47	37,9
Mestrado	13	10,5
Idade		
21-30	64	51,6
31-40	31	25,0
41-50	24	19,4
51+	5	4,0
Tempo de trabalho na Profissão (anos)	(M = 8,60)	
Tempo em que atua na instituição (anos)	(M = 4,94)	
Tipo de hospital que trabalha		
Público	37	29,8
Filantrópico	63	50,8
Privado	24	19,4

A análise fatorial permitiu agrupar as questões referentes à percepção do sofrimento moral vivenciado no cotidiano da profissão, representando diferentes facetas percebidas pelas enfermeiras entrevistadas. Para manter a coerência conceitual, das 38 questões iniciais, 21 foram mantidas agrupadas em quatro dimensões propostas e 17 foram excluídas por motivos como: baixa carga fatorial (inferiores a 0,50); carga fatorial elevada (superiores a 0,40) em mais de um fator; não apresentar coerência conceitual

com o bloco; formar blocos isolados. As quatro dimensões propostas explicam 66,71% da variação das questões originais, o que representa um bom grau de sintetização dos dados, facilitando seu manuseio e interpretação. A Tabe-

la 2 apresenta as cargas fatoriais de cada constructo, de acordo com sua formação nos fatores, os quais correspondem às quatro dimensões discutidas nos resultados.

**Tabela 2 – Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax) – 2011**

Indicadores	Bloco	F1	F2	F3	F4
<b>Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente</b>					
q-09. Evitar tomar providência ao constatar que um membro da equipe de enfermagem aplica medicação equivocada e deixa de reportá-lo.	7,55	,566			
q-10. Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades.	,833	,704			
q-11. Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.	,782	,774			
q-13. Trabalhar com equipe de enfermagem com um nível que considera inseguro.	,813	,632			
q-16. Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente.	,808	,709			
q-17. Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.	,805	,684			
q-18. Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente.	,766	,677			
q-30. Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer.	,761	,614			
<b>Falta de competência na equipe de trabalho</b>					
q-32. Trabalhar com enfermeiras que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	,865		,726		
q-33. Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	,849		,735		
q-34. Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	,815		,846		
q-35. Trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	,858		,790		
q-36. Trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	,796		,615		
q-38. Ser requisitado para cuidar de pacientes, não se sentindo preparado para cuidar.	,674		,581		
<b>Desrespeito à autonomia do paciente</b>					
q-04. Prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar.	,739			,661	
q-07. Ignorar situações em que não foram dadas ao paciente as informações adequadas para assegurar o seu consentimento informado.	,744			,622	
q-25. Acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca.	,869			,832	
q-26. 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.	,877			,818	
<b>Obstinação Terapêutica (OT)</b>					
q-02. Seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele.	,793				,716
q-05. Dar início a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte.	,793				,863
q-12. Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais.	,759				,545
Initial Eigenvalue		9,57	1,70	1,45	1,28
% variância explicada – rotated (66,71%)		45,57	8,13	6,91	6,11
Alfa de Cronbach (instrumento 0,93)		0,91	0,89	0,82	0,68
KMO medida de adequação da amostra (KMO = 0,92)					
Teste de Bartlett: qui-quadrado = 3087,167					

A fidedignidade das quatro dimensões identificadas foi testada através do cálculo do *alfa de Cronbach*. Sugere-se valores entre 0,60 e 0,80 para estudos exploratórios,

garantindo dessa forma a confiabilidade das escalas utilizadas no instrumento. Cabe destacar que, quanto maior for o alfa, que varia de 0 a 1, maior será a fidedignidade

das escalas. O alfa de Cronbach do instrumento apresentou valor 0,93, enquanto que os coeficientes das quatro dimensões situaram-se entre 0,68 e 0,91, o que comprova a fidedignidade das quatro dimensões identificadas (Tabela 2). Dessa forma, os quatro constructos propostos foram definidos como: *negação do papel da enfermeira como advogada do paciente*, relacionado ao potencial não utilizado pela enfermagem para reivindicar os direitos dos pacientes<sup>(9)</sup>; *falta de competência na equipe de trabalho*, relacionado à ausência de habilidade ou competência técnica que deveria existir ao executar uma ação específica de cada categoria profissional<sup>(10)</sup>; *desrespeito à autonomia do paciente*, sendo este o desrespeito ao autogoverno, à liberdade, privacidade, escolha individual e liberdade de vontade do paciente<sup>(11)</sup>; *obstinação terapêutica*,

relativo ao tratamento que não mais beneficia o paciente em condições críticas, sendo considerado fútil, inútil<sup>(12)</sup>.

A análise descritiva permitiu identificar as percepções das enfermeiras frente ao sofrimento moral vivenciado. Cada um dos quatro constructos identificados na pesquisa (negação da enfermeira como advogada do paciente, falta de competência na equipe de trabalho, desrespeito à autonomia do paciente e obstinação terapêutica) foi operacionalizado através de um valor numérico, que representa a média aritmética das questões que o compuseram individualmente, agrupados previamente pela análise fatorial. As médias dos constructos e de seus respectivos indicadores são apresentadas na Tabela 3.

**Tabela 3** - Índices de intensidade e frequência de sofrimento moral vivenciado pelas situações representadas nas questões do instrumento validado – 2011

Fatores	N	Intensidade	Frequência
<b>Falta de competência na equipe de trabalho</b>	<b>124</b>	<b>(4,55)</b>	<b>(2,42)</b>
q-32 Trabalhar com enfermeiras que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	124	4,40	2,11
q-33 Trabalhar com técnicos/auxiliares de enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	124	4,71	2,52
q-34 Trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	124	4,35	2,76
q-35 Trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	124	5,02	2,94
q-36 Trabalhar com serviços de apoio que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer.	124	4,70	3,07
q-38 Ser requisitado para cuidar de pacientes, não se sentindo preparado para cuidar.	124	4,14	1,13
<b>Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente</b>	<b>124</b>	<b>(4,30)</b>	<b>(1,71)</b>
q-09 Evitar tomar providência ao constatar que um membro da equipe de enfermagem aplica medicação equivocada e deixa de reportá-lo.	124	4,24	1,17
q-10 Permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades.	124	4,65	2,25
q-11 Prestar auxílio a médicos que estão realizando procedimentos em pacientes depois que a recuperação cardiorrespiratória não foi satisfatória.	124	3,65	1,41
q-13 Trabalhar com equipe de enfermagem com um nível que considera inseguro.	124	4,68	2,26
q-16 Observar, sem tomar providências, quando a equipe de enfermagem não respeita a privacidade do paciente.	124	4,15	1,94
q-17 Obedecer a ordem médica de não dizer a verdade ao paciente, mesmo quando o paciente lhe pede a verdade.	124	4,39	1,66
q-18 Prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente.	124	4,74	2,29
q-30 Acatar o pedido do médico para não falar sobre morte com um paciente moribundo que lhe pergunta sobre morrer.	124	3,92	0,86
<b>Obstinação Terapêutica (OT)</b>	<b>124</b>	<b>(3,60)</b>	<b>(2,26)</b>
q-02 Seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele.	124	2,94	1,87
q-05 Dar inicio a procedimentos intensivos para salvar a vida, quando acredita que eles apenas protelarão a morte.	124	3,73	2,74
q-12 Executar prescrições médicas para proceder a exames e tratamentos desnecessários em pacientes terminais.	124	4,15	2,16
<b>Desrespeito à autonomia do paciente</b>	<b>124</b>	<b>(3,57)</b>	<b>(1,42)</b>
q-04 Prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar.	124	2,94	1,80
q-07 Ignorar situações em que não foram dadas ao paciente as informações adequadas para assegurar o seu consentimento informado.	124	3,73	1,99
q-25 Acatar o pedido do médico de não discutir, com o paciente, sua reanimação em caso de parada cardíaca.	124	4,15	0,86
q-26 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.	124	2,94	1,04

Com o intuito de verificar a existência de possíveis diferenças na percepção das enfermeiras quanto ao seu sofrimento moral vivenciado, diferentes análises de variância foram realizadas considerando as singularidades dos sujeitos, como: idade, ano de conclusão da graduação, conclu-

são de pós-graduação, hospital em que trabalha, tempo de atuação no hospital, unidade de trabalho, tempo de atuação nessa unidade, tipo de unidade, presença/ausência de reuniões com a equipe de enfermagem, frequência da realização de reuniões com a equipe de enfermagem, rea-

lização de reuniões na unidade de trabalho, frequência da realização das reuniões na unidade de trabalho.

Na constatação de diferenças, foi realizado o teste de Duncan entre os subgrupos, de modo a identificar grupos homogêneos com cada uma das variáveis, cujas médias não apresentaram diferença estatística significativa. Das análises de variância realizadas, apenas uma correlação importante foi encontrada, com índice de significância de 5%, ou seja, a vivência de sofrimento moral das enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) frente à *falta de competência na equipe de trabalho*.

Para dar maior suporte à discussão, a Tabela 4 apresenta também a correlação do sofrimento das trabalhadoras de UTI com as quatro categorias obtidas, assim como das trabalhadoras que atuavam nas demais unidades.

**Tabela 4 – Análise de Variância entre as diferentes unidades – 2011**

	Unidade	Média	P
Desrespeito à autonomia do paciente	Demais (101)	3,71	0,056
	UTI (23)	2,97	
Obstinação terapêutica	Demais (101)	3,59	0,830
	UTI (23)	3,66	
Falta de competência na equipe de trabalho	Demais (101)	4,71	0,030
	UTI (23)	3,83	
Negação da enfermeira como advogada do paciente	Demais (101)	4,41	0,081
	UTI (23)	3,80	

Podemos observar, através da Tabela 4, que o sofrimento manifestado pelos 23 trabalhadores de UTI é menor em relação aos demais trabalhadores nas categorias *desrespeito à autonomia*, (respectivamente 2,97 e 3,71); *falta de competência* (3,83 e 4,71); e *falta de advocacia* (3,80 e 4,41).

Somente na categoria *obstinação terapêutica*, as enfermeiras das UTI obtiveram média mais elevada (3,66), se comparada com a média das profissionais das demais unidades de trabalho (3,59), o que se justifica provavelmente pela maior ocorrência de situações de obstinação terapêutica nessas unidades. Percebe-se, ainda, que nas UTI a competência requerida dos trabalhadores é extremamente relevante, fato demonstrado pelo índice de significância ao nível de 5% obtido nesta pesquisa, e diante do permanente risco de vida frequentemente enfrentado pelos pacientes, o que pode requerer ações urgentes e imediatas.

Como último teste realizado avaliaram-se os efeitos das quatro variáveis obtidas em relação ao sofrimento moral. Foi utilizado o modelo de regressão múltipla, envolvendo as variáveis estudadas, estabelecendo-se, como variável dependente, a questão q-39: *De um modo geral, as situações vivenciadas no trabalho me provocam sofrimento moral?* Os resultados apontaram a relação de significância entre as variáveis ao nível de 5%. O teste obteve como coeficiente de determinação ajustado ( $R^2$ ) valor de 40%. A Tabela 5 demonstra o sofrimento moral referido frente às quatro categorias obtidas nos quatro hospitais.

**Tabela 5 – Análise de variância entre os constructos – 2011**

Constante	B	P
Falta de competência na equipe de trabalho	0,40	0,00
Desrespeito à autonomia do paciente	0,33	0,00
Negação do papel da enfermeira como advogada do paciente	0,30	0,00
Obstinação terapêutica	0,25	0,01

Observando a Tabela 5, percebemos que mais uma vez a competência da equipe destaca-se, se relacionada com o sofrimento moral. Culturalmente, grande poder é atribuído ao médico sobre as decisões, entre elas, as de vida ou morte do paciente. Assim, muitos conflitos podem ser gerados, uma vez que a maior parte dos procedimentos é realizada pelos profissionais de enfermagem.

## DISCUSSÃO

A percepção da intensidade de sofrimento vivenciado pelas enfermeiras variou de 2,94 a 5,02, com média de 4,06, enquanto que da frequência variou de 0,86 a 3,07, com média de 1,72. Tais valores são bastante semelhantes aos identificados em outro estudo de replicação da escala de sofrimento moral, realizado com 106 enfermeiras norte-americanas<sup>(13)</sup>, em que a percepção da intensidade de sofrimento moral vivenciado variou entre 2,61 e 4,79, com média 3,64 e da frequência entre 0,08 e 3,05, com média 1,45. Apesar dos valores muito próximos, nos dois estudos, podemos constatar uma maior intensidade e frequência de sofrimento moral em nossa realidade.

Na variável *falta de competência na equipe de trabalho*, a questão q-35, *trabalhar com médicos que não possuem a competência necessária que a condição do paciente requer*, constituiu-se na que provocava o maior sofrimento percebido para as enfermeiras investigadas (5,02), diferentemente do estudo realizado com enfermeiras norte americanas, anteriormente citado, em que a questão q-13, *Trabalhar com equipe de enfermagem com um nível que considera inseguro*, foi a que apresentou maior média de sofrimento percebido<sup>(13)</sup>.

Em nossa realidade, o sofrimento das enfermeiras estava mais associado ao enfrentamento de situações diretamente relacionadas ao modo de agir de alguns médicos, o que pode estar ligado à percepção de um aparente descaso e indiferença frente às queixas e manifestações referidas pelos pacientes, à demora nos atendimentos às solicitações das enfermeiras, a ausências e falta de comprometimento com a integralidade da atenção, prescrições médicas incompletas, com erros e/ou atrasadas, configurando-se na percepção de situações de negligências médicas, como *um ato omitido, uma falta de atenção e observação aos deveres profissionais*<sup>(14)</sup>.

Ainda, diante da correlação identificada de menor percepção de vivência de sofrimento moral das enfermeiras da UTI frente à *falta de competência na equipe de trabalho*, este dado possivelmente deve estar atrelado às caracterís-

ticas particulares das equipes de trabalho das UTI, comumente portadoras de grande competência profissional. A complexidade dos equipamentos e medicamentos utilizados nas UTI requer conhecimentos técnicos diferenciados, além de uma competência profissional adequada ao enfrentamento cotidiano de situações de risco de morte, terminalidade e dos conflitos éticos ali existentes<sup>(12)</sup>, o que parece estar também associado à incidência elevada de estudos implementados em UTI enfocando questões éticas<sup>(6)</sup>.

Na variável *negação do papel da enfermeira como advogada do paciente*, foi identificada a segunda questão de maior intensidade de percepção de sofrimento em todo o instrumento, q-18: *prestar auxílio a um médico que, em sua opinião, está agindo de forma incompetente para com o paciente* (4,74). Ainda, nesta variável, outras situações merecem destaque em relação à equipe médica, como a evidenciada na questão q-10, *permitir que estudantes de medicina realizem procedimentos dolorosos em pacientes apenas para aprimorar suas habilidades* (4,65), cuja média se destacou como a sexta de maior valor.

Defende-se que o sofrimento moral das enfermeiras primariamente decorre do fato de que o trabalho da enfermagem é desenvolvido em um espaço social do sistema de cuidado em saúde que situa suas trabalhadoras em uma grande proximidade dos pacientes, por períodos elevados de tempo<sup>(15)</sup>.

Questões relacionadas à hegemonia médica na equipe de saúde podem contribuir para o sofrimento das enfermeiras, uma vez que o reconhecimento do poder dos médicos nos ambientes de trabalho pode desestimulá-las a implementar ações de resistência a esse exercício de poder, em especial ações de advocacia dos direitos dos pacientes. Ainda, das 21 questões finais do instrumento validado, 11 (52,38) dizem respeito ao cotidiano do trabalho das enfermeiras junto à equipe médica, evidenciando as dificuldades e o sofrimento vivenciado por essas profissionais, apesar das questões morais e dos valores profissionais envolvidos.

Temos a destacar, ainda, que, apesar dessas questões comporem a variável *negação do papel da enfermeira como advogada do paciente*, estão, também, articuladas à competência da equipe de trabalho, ao modo de agir dos médicos e futuros médicos, o que pode requerer uma atuação da enfermeira em defesa dos pacientes. Refletir sobre o não exercício de poder das enfermeiras suscita possíveis implicações éticas associadas à submissão das enfermeiras. Além de questionar esta aparente *falta de poder*, argumenta-se que as enfermeiras subestimam ou não reconhecem seu exercício de poder. Por outro lado, quando as enfermeiras e demais profissionais de enfermagem, no exercício profissional, recusam-se a resistir à ação de outros, podem estar recusando o melhor cuidado possível aos seus pacientes<sup>(16)</sup>.

Os profissionais da saúde, em especial as enfermeiras, necessitam constantemente comprometer-se com o cuidado do paciente, disponibilizando seus conhecimentos técnico-científicos e responsabilizando-se por suas toma-

das de decisão e por suas ações. Dessa forma, dificuldades em assumir essa responsabilidade podem lhes causar sofrimento moral, visto que, na condição de advogada do paciente, a enfermeira tem a responsabilidade moral e profissional de questionar, refletir, defender o paciente e, se necessário, denunciar práticas de outros profissionais e/ou futuros profissionais que possam agir negativamente em relação ao cuidado do paciente.

Como vimos no presente estudo, em diferentes questões, os interesses dos pacientes não parecem ser adequadamente satisfeitos, configurando-se em problemas morais que podem provocar sofrimento moral às enfermeiras, com diversificada percepção tanto da sua intensidade, quanto da sua frequência. Todas essas questões trazem, em seu cerne, o respeito aos direitos do paciente e à sua integridade física, emocional, social e moral, muitas vezes afetados negativamente pelas situações descritas nas questões.

Para a prática da advocacia em saúde, a presença de valores éticos sólidos torna-se fator de grande importância, uma vez que estes interferem no processo decisório e na própria personalidade individual. Assim, *o próprio agir humano é uma forma de expressar valores*<sup>(17)</sup>, os quais constantemente podem sofrer constrangimentos, seja por imposição institucional ou de seus membros, implicando em práticas não coerentes eticamente.

Constrangimentos institucionais constituem-se em um componente importante e principal para a ocorrência do sofrimento moral e para o aumento do sofrimento, uma vez que também pode haver deficiências educacionais em enfermeiras cuja aprendizagem formal tenha sido deficiente, no que se refere ao raciocínio ético e ao confronto com dilemas éticos que requerem advocacia<sup>(18)</sup>.

As categorias *Obstinação terapêutica* (3,60) e *Desrespeito à autonomia do paciente* (3,57), com valores muito próximos e com a menor média de sofrimento, apresentam também as questões de menores médias de intensidade de percepção de sofrimento do instrumento. Ou seja, com média 2,94, as questões: q-02: *seguir a vontade da família no sentido da manutenção da vida do paciente, embora isso não seja o melhor para ele*; q-04: *prestar auxílio a um médico que está realizando um procedimento no paciente, sem seu consentimento informado nem de seu familiar*; e q-26: *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*.

Esses valores mais baixos podem ser resultantes de uma cultura ainda presente na área da saúde, que não parece reconhecer o paciente, ou seu familiar, quando aquele se encontra impossibilitado de se manifestar, como sujeito, como *dono* do seu corpo e, portanto, a quem cabe a última decisão do que será ou não realizado em seu tratamento, a partir dos esclarecimentos e possíveis orientações dos trabalhadores de saúde. A autonomia do paciente e, na sua incapacidade, a autonomia dos familiares e sua vontade podem não ser reconhecidas pelos pro-

fissionais, o que pode estar associado à falta de solicitação de consentimento do paciente, um fator indispensável para realização de qualquer procedimento<sup>(19)</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo demonstra que, nos hospitais selecionados, as enfermeiras apresentavam maior percepção de intensidade de vivência de sofrimento moral associada à *falta de competência na equipe de trabalho*, seguida da *negação do papel da enfermeira como advogada do paciente*, enquanto que a maior frequência de vivência de sofrimento moral relacionava-se também à *falta de competência na equipe de trabalho*, seguida da *obstinação terapêutica*.

A percepção da vivência de sofrimento moral pelas enfermeiras reforça a necessidade de constantes indagações, reflexões e discussões nas equipes de trabalho, enfocando os problemas morais e o sofrimento moral enfrentados pelos diferentes trabalhadores, considerando-se, especialmente, sua possível relação com o cuidado dos pacientes e o respeito aos seus direitos.

## REFERÊNCIAS

1. Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
2. Hardingham LB. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nurs Philos*. 2004;5(1):127-34.
3. Kopala B, Burkhardt L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2005;16(1):3-13.
4. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs*. 2005;24(5):229-41.
5. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 2002;9(6):636-50.
6. Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS, Santos SSC, Lunardi Filho WD, Silveira RS, et al. Moral distress and the ethical dimension in nursing work . *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(4):599-603.
7. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001;33(2):250-6.
8. Babbie E. Métodos de pesquisas de Survey. Belo Horizonte: UFMG; 2003.
9. Grace PJ. Professional advocacy: widening the scope of accountability. *Nurs Philos*. 2001;2(2):151-62.
10. Oguiso T. Responsabilidade ética e legal do profissional de enfermagem. In: Oguiso T, Zoboli E, organizadores. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. São Paulo: Manole; 2006. p. 68- 90.
11. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
12. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2001.
13. Corley MC, Ptine M, Elswick RK, Jacob M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*. 2005;12(4):381-90.
14. Selli L. Bioética na enfermagem. São Leopoldo: Ed. UNISÍNOS; 2005.
15. Peter E, Liaschenko J. Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nurs Inq*. 2001;11(4):218-25.
16. Lunardi VL, Peter E, Gastaldo D. Are submissive nurses? Reflecting on power anorexia. *Rev Bras Enferm*. 2002;55(2):83-8.
17. Fernandes MFP, Freitas GF. Fundamentos da ética. In: Oguiso T, Zoboli E, organizadores. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. São Paulo: Manole; 2006. p. 27-44.
18. Zuzelo PR. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nurs Ethics*. 2007;14(3):343-59.
19. Trevizan MA, Mendes IAC, Hayashida M, Godoy S, Nogueira MS. The search for attitudinal commitment: tendency in the manager nurse's ethical behavior. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2010 May 15];43(3):721-5. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en\\_a31v43n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a31v43n3.pdf)