

Validez de un instrumento de sufrimiento moral en enfermeras de la atención primaria a la salud¹

Priscila Orlandi Barth²
Flávia Regina Souza Ramos³
Edison Luiz Devos Barlem⁴
Graziele de Lima Dalmolin⁵
Dulcinéia Ghizoni Schneider⁶

Resumen: Objetivo: validar un instrumento para identificar las situaciones desencadenadoras del sufrimiento moral en relación a la intensidad y frecuencia, en enfermeras de la atención primaria a la salud. Método: estudio metodológico, realizado con 391 enfermeras de la atención primaria a la salud, aplicado a la Escala Brasileña de Sufrimiento Moral en Enfermeros con 57 preguntas. La validez para la atención primaria a la salud fue mediante evaluación de comité de especialistas, realización de pre-test, análisis factorial y alfa de Cronbach. Resultados: fueron validadas 46 preguntas divididas en seis constructos: Políticas de Salud, Condiciones de Trabajo, Autonomía de la Enfermera, Competencia ética profesional, Falta de respeto a la autonomía del usuario y Sobrecarga de Trabajo. El instrumento presentó consistencia interna satisfactoria, con alfa de Cronbach 0,98 para el instrumento, y entre 0,96 y 0,88 para los constructos. Conclusión: el instrumento es válido y fidedigno para ser utilizado en la identificación de los factores desencadenadores de sufrimiento moral en enfermeras de la atención primaria, forneciendo subsidios para nuevas investigaciones en ese campo de actuación profesional.

Descriptor: Estudios de Validación; Enfermeros; Atención Primaria de Salud; Ética; Estrés Psicológico; Moral.

¹ Apoyo: Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

² Doctor, Departamento de Enfermería, Univerisdade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Post-doctoranda, Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC (PEN/UFSC).

³ PhD, Profesor Catedrático, Departamento de Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermería, Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande, SC, Brasil.

⁵ Doctor, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermería, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

⁶ Doctor, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Cómo citar este artículo

Barth PO, Ramos FRS, Barlem ELD, Dalmolin GL, Schneider DG. Validation of a moral distress instrument in nurses of primary healthcare. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3010. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2227.3010>.

mes día año

URL

Introducción

El sufrimiento moral (SM) o *moral distress* viene siendo discutido hace más de tres décadas desde que en 1984, fue presentado el primer concepto de sufrimiento moral en la enfermería. Identificado como un desequilibrio psicológico ocasionado por la no realización de una acción visualizada como la moralmente correcta a seguir, debido a barreras institucionales, reluctancia de jefes, falta de recursos humanos y materiales, entre otros⁽¹⁾.

En los años 2000, el sufrimiento moral fue relacionado con la situación en la cual cuando una enfermera es incapaz de realizar una acción, las respuestas psicológicas son desencadenadas y se presentan en el ambiente de trabajo⁽²⁾. Desde entonces, el concepto viene pasando por cambios y ampliaciones por investigadores de diversos lugares del mundo.

Como marco teórico que sustentó el presente estudio, se adopta la ampliación del concepto, propuesta en Brasil, por el cual el sufrimiento moral es apuntado como un fenómeno procesual y al mismo tiempo una experiencia singular, que integra la experiencia ética y moral del sujeto. En esta perspectiva, el sufrimiento moral engloba elementos que se articulan a partir de la experiencia ética de cada ser humano, siendo ellos, el problema moral, la incerteza moral, la sensibilidad moral, la deliberación moral y las competencias éticas morales profesional. El SM es considerado como la interrupción o falta de suceso del proceso de deliberación moral y no apenas por sus consecuencias negativas, pero en su productividad o potencial para el impulsar y promover desarrollo de competencias morales, la reflexividad y los recursos para la deliberación⁽³⁾.

Una escala pionera fue desarrollada en contexto norte americano entre los años de 1994 a 1997⁽⁴⁾, para verificar los factores desencadenadores e inferir la intensidad y frecuencia de sufrimiento moral. La *Moral Distress Scale (MDS)* contenía 32 ítems en una escala Likert de 1 a 7, siendo 1 nunca frecuente/ningún y 7 muy frecuente/muy intenso, conforme uso común en estudios psicométricos, o sea, para medir actitudes o comportamientos, como el caso de la MDS. La primera versión de la MDS fue aplicada con 214 enfermeras hospitalarias (actuales en unidades de terapia intensiva y ocupacional), evidenciándose niveles moderados de sufrimiento moral en esos profesionales⁽⁴⁻⁵⁾.

Una segunda aplicación de la MDS conteniendo 38 preguntas fue realizada con 106 enfermeras de unidades médicas y quirúrgicas en dos hospitales norte americanos, para evaluar la intensidad y la frecuencia del sufrimiento moral. Se apunta la causa "trabajar con niveles de personal que yo considero inseguro" como de mayor frecuencia e intensidad y "responder a pedido

del paciente para la asistencia a la eutanasia, cuando el paciente tiene un pronóstico malo" como la de menor frecuencia e intensidad de sufrimiento moral⁽⁶⁾.

En Brasil, la MDS fue traducida y validada en su forma original por la primera vez en 2009, conteniendo 38 preguntas, siendo validadas 21 por la aplicación en 136 enfermeras hospitalarias⁽⁷⁾. Esta validez obtuvo resultados similares a la aplicación de la MDS en el escenario americano, con el factor de mayor intensidad y frecuencia 20 "falta de competencia del equipo de trabajo"⁽⁶⁾.

En 2012, el mismo autor amplió su investigación, al adaptar la MDS para el contexto brasileiro, pues percibió que muchas situaciones fuentes de sufrimiento moral ya observadas en este escenario no estaban suficientemente contempladas en la versión original, acrecentando y validando trece preguntas más, siendo 23 validadas de un total de 39, con otros profesionales de enfermería, como técnicos y auxiliares de enfermería, en dos hospitales del sur de Brasil. La segunda investigación también reveló la "falta de competencia del equipo de trabajo" con la mayor intensidad y frecuencia de sufrimiento moral⁽⁸⁾.

Desde entonces, en varios escenarios del contexto mundial, la MDS viene siendo aplicada, revisada y ampliada⁽⁹⁻¹¹⁾. Su última versión MDS-Revised o MDS-R, está estructurada con 22 ítems en una escala Likert de 0 a 4 para frecuencia e intensidad, donde 0 es nunca frecuente/sin intensidad y 4 es muy frecuente/muy intenso⁽⁹⁾. Sin embargo, esa posee su direccionamiento para el ámbito hospitalario y aún que ampliada y validada en el escenario hospitalario brasileiro⁽⁷⁻⁸⁾ se muestra limitada para los otros escenarios de actuación de la profesional enfermera.

Dada la amplitud y la especificidad del escenario brasileiro y, específicamente de la configuración de la Atención Primaria a la Salud (APS) y de la actuación de la enfermera en este escenario, se torna imprescindible investigar el sufrimiento moral en esa perspectiva. Así, el objetivo de ese estudio fue validar un instrumento brasileiro para identificar la intensidad y frecuencia de las situaciones desencadenadoras del sufrimiento moral en enfermeras de la atención primaria.

Método

Estudio metodológico de adaptación y validez de la Escala Brasileira de Sufrimiento Moral en Enfermeros, para enfermeras de la APS, en vista de la inexistencia de instrumentos específicos para ese fin y escenario. La Escala Brasileira de Sufrimiento Moral en Enfermeros fue elaborada por investigadores de tres universidades federales de Brasil entre los años de 2014 a 2015, siguiendo los siguientes pasos para su elaboración: 1) elaboración y aplicación de un *Survey* con 711 enfermeros actuantes en diversos escenarios de

la atención a la salud de diferentes regiones de Brasil; 2) Análisis del *Survey* y elaboración de categorías iniciales para construcción de las preguntas del instrumento; 3) Realización de una amplia revisión de literatura en base de datos nacionales e internacionales comparando con los hallados del *Survey*; 4) Elaboración de la primera versión del instrumento; 5) Validez del instrumento por expertos y pre-test; 6) versión final del instrumento conteniendo 57 preguntas en una escala Likert de 0 a 6 para intensidad y frecuencia (0 – nunca/ningún y 6 – muy frecuente/muy intenso); 7) Aplicación del instrumento con enfermeros actuantes en todos los contextos de atención a la salud brasilera por medio de formulario electrónico google.docs⁽¹²⁾.

La Escala Brasileira de Sufrimiento Moral en Enfermeros fue aplicada en un total de 1.226 enfermeros de diferentes escenarios de actuación en salud, de estos 391 actuaban en el ámbito de la APS, los cuales fueron los objetos de este estudio. El presente estudio fue realizado de acuerdo con las recomendaciones internacionales para elaboración y validez de cuestionarios, siguiendo ocho etapas⁽¹³⁾ comprendiendo la validez de contenido, de criterio y de constructo, descritas a seguir.

En la primera etapa, sobre determinación clara sobre lo que será medido⁽¹³⁾ se realizó una revisión integradora sobre el sufrimiento moral en la APS, para identificar sus características y factores desencadenadores en ese escenario. La búsqueda fue realizada en la Biblioteca Virtual en Salud, en todas sus bases de datos, en el período de julio a agosto de 2015 por medio de los descriptores Enfermería y Atención Primaria a la Salud con la utilización del término booleano "AND", y recorte temporal a partir del año 2006, en vista de la institución de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) por el n.648/2006. La elección de descriptores amplios para el foco de estudio se debe a la inexistencia de descriptor específico y por la laguna de conocimientos sobre el tema, de modo a tornar necesario buscar resultados en estudios que hacen interface con el fenómeno.

Fueron accedidos 411 publicaciones y, seleccionadas 21 de ellas conforme criterios establecidos, o sea, contener los descriptores en el resumen y/o título, estar en el idioma portugués y ser publicado a partir de 2006. El análisis de los artículos fue realizada a partir de las tres etapas del Análisis de Contenido: pre-análisis, exploración del material y interpretación del material⁽¹⁴⁾. Al final, se llegó en tres categorías principales: Organización de Trabajo, Condiciones de Trabajo y Relaciones Profesionales/Personales, apuntando al dinamismo en las relaciones entre equipo, entre usuarios y con las actividades de educación en salud.

La segunda etapa, elaboración de un conjunto de ítems⁽¹³⁾ fue realizada a partir de la revisión integradora, en

que las categorías elucidadas auxiliaron en la evaluación de las preguntas específicas del sufrimiento moral en el trabajo de la enfermera en la APS. En ese momento, se analizó cada una de las 55 preguntas del instrumento original, evidenciándose que todas estaban presentes en la literatura y apuntadas como situaciones desencadenadoras de sufrimiento moral en la APS. Sin embargo, dos lagunas fueron identificadas, una en relación a las vulnerabilidades sociales y la otra en relación a las prácticas educativas en el ámbito de la APS. En virtud de esas lagunas, fueron inseridas dos preguntas que las contemplan: "Reconocer que acciones educativas con el usuario son insuficientes" y "Sentirse impedido de defender al usuario en situaciones de vulnerabilidad social". Así la adaptación del instrumento contempló las 55 preguntas originales y dos preguntas más elaboradas a partir de la identificación de lagunas sobre la APS, totalizando 57 preguntas.

En la tercera etapa se determinó el formato de medición⁽¹³⁾, manteniéndose, conforme instrumento original, dos escalas Likert de seis puntos, una midiendo la intensidad de SM, variando de 0 (ningún) a 6 (para sufrimiento muy intenso), y la otra midiendo la frecuencia con que las situaciones de SM ocurren, variando de 0 (nunca) a 6 (muy frecuente).

La cuarta etapa se constituye en una revisión del conjunto de ítems por especialistas⁽¹²⁾ contemplando la validez de fase y de contenido. En ese momento, las preguntas fueron evaluadas sobre el lenguaje utilizado, si serían comprensibles también por enfermeras de la APS y fueron evaluadas sobre la representación del contenido que se deseaba analizar. Así, fue evaluada por una banca de especialistas compuesta por un *expert* de la APS y dos de la ética en enfermería; y posteriormente realizado un pre-test con 30 enfermeras de diferentes estados brasileiros, teniendo como criterio de inclusión haber actuado o estar actuando por un período mínimo de seis meses en la APS. Después de esa validez el instrumento fue considerado aprobado para ser aplicado en el contexto de la APS y en los demás escenarios.

La quinta etapa se refiere a la consideración de inclusión de ítems de validez⁽¹³⁾, en que los ítems validados separadamente pueden ser anexados al instrumento, pero, se optó por validar los ítems en conjunto después la constitución final de la escala. Para complementar la evaluación del SM en la APS, algunas variables de datos sociodemográfico y laboral fueron incluidas en el inicio del instrumento, como sexo, edad, región del país, tiempo de actuación, tiempo de formación, número de vínculos, formación complementaria, locales de actuación, naturaleza del vínculo y carga horaria.

En la sexta etapa, administración de los ítems en una muestra⁽¹³⁾, el instrumento fue aplicado en una muestra de la población de interés, o sea, el local

comprendió la APS brasileira. Así, fueron incorporadas todas las modalidades de equipos de APS.

Según datos del Registro Nacional de los Establecimientos de Salud de Brasil (CNES), Brasil cuenta con 50.165 equipos de salud pertenecientes a la APS. El número estratificado por región y el cuantitativo de enfermeras por región están representados en la Tabla 1.

Tabla 1 - Cuantitativo de establecimientos y enfermeras da atención primaria de las regiones brasileiras, Florianópolis, SC, Brasil, 2017

Región	Establecimiento de Salud	Enfermeras
Nordeste	18.407	17.038
Sudeste	16.502	23.602
Sur	7.315	9.220
Norte	4.460	4.634
Centro-Oeste	3.481	4.542
Total	50.165	59.036

Se definió, para el estudio, una muestra aleatoria simples, la cual se basa en la elección de una muestra aleatoria de una población, utilizada cuando se acredita que una población es homogénea, como en el caso de ese estudio⁽¹⁵⁾. Fueron incluidas enfermeras con actuación mínima de seis meses en la APS.

Sin embargo, para evitar posibles bieses con relación al tamaño de la muestra, fue realizado un cálculo de muestra mínima, como sigue:

$$n = \frac{X^2 \cdot N \cdot P (1 - P)}{d^2 (N - 1) + X^2 \cdot P (1 - P)}$$

En que:

n = tamaño de la muestra

X^2 = valor del Chi-cuadrado para 1 grado de libertad al nivel de confianza de 0,05 y que es igual a 3,89 (valor fijo pre-determinado).

N = el tamaño de la población

P = la proporción de la población que se desea estimar (se presupone que sea 0,50 una vez que esta proporción forneceria el tamaño máximo de la muestra)

d = el grado de precisión expreso en proporción (0,05)

Considerándose una población de 59.036 enfermeras de la APS, se estimó una muestra mínima de 383 participantes.

Fueron enviados e-mails para las enfermeras de todo el Brasil con informaciones sobre la investigación y el link de acceso. También fueron enviados invitaciones para las secretarías de salud de los estados brasileiros y se utilizó el apoyo de las redes sociales para divulgación de la investigación y forma de participación. Los datos

fueron recogidos online por la aplicación del instrumento vía Google.docs durante los meses de noviembre de 2015 a abril de 2016. Al final de la recolección de datos, la muestra fue compuesta por un total de 391 participantes actuantes en la APS que respondieron al instrumento en el período de recolección de datos.

En la séptima etapa, que corresponde a la evaluación de los ítems⁽¹³⁾ después de la aplicación de la escala en la muestra seleccionada, fueron realizados dos tests estadísticos para garantizar la validez de constructo: el análisis factorial, y el análisis de consistencia interna por medio del *alfa de Cronbach*. En el análisis factorial fue realizado el agrupamiento de constructos de las preguntas por su carga factorial y verificación de la comunidad, definiéndose a rotación ortogonal Varimax como método de extracción de análisis de los componentes principales. La formación de los constructos fue establecida siguiendo dos criterios: el grado de asociación entre las variables, encontrado a través de las cargas factoriales (>500), y su asociación conceptual.

El alfa de Cronbach evaluó el nivel de confiabilidad de las preguntas por medio de las características de cada pregunta en los diferentes constructos, verificando si esas se adecuaban de manera consistente al fenómeno investigado.

Por fin, en la octava y última etapa, optimización del cumplimiento de la escala⁽¹³⁾, es posible, después del análisis factorial y de consistencia interna, realizar la exclusión de algún ítem de los factores formados, para elevar la confiabilidad del instrumento. Sin embargo, como todos los factores presentaron valores de alfa de Cronbach satisfactorios, no fueron realizadas exclusiones después de la conclusión del análisis factorial.

Esa investigación constituye el macro-proyecto multi-céntrico titulado: El proceso de angustia/sufrimiento moral en Enfermeras en diferentes contextos de trabajo en salud, siendo sometido a los Comités de Ética en Investigación con Seres Humanos de las tres Universidades envueltas, con los siguientes pareceres finales: 602.598-0 de 10/02/2014 (Universidad Federal de Santa Catarina/UFSC); 602.603-0 de 31/01/2014 (Universidad Federal de Minas Gerais/UFMG) y 511.634 de 17/01/2014 (Universidad Federal de Rio Grande/FURG). Fueron respetados los aspectos éticos conforme Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud.

Resultados

En relación a la caracterización de los participantes del estudio, 368 (93,9%) eran del sexo femenino y 23 (5,9%) del sexo masculino, 65 (16,6%) con edad de 20 hasta 29 años, 150 (38,3%) de 30 hasta 39 años, 99 (25,3%) de 40 hasta 49 años y 77 (19,6%) con 50 o más.

Sobre el tiempo de formación 7 (1,8%) tenían menos de 1 año, 98 (25%) de 1 hasta 5 años, 111 (28,3%) de 6 hasta 10 años, 76 (19,4%) de 11 hasta 15 años, 31 (7,9%) de 16 hasta 20 años y 65 (16,6%) con más de 20 años y 3 (0,7%) no respondieron a esa pregunta.

Además de eso, también fue analizada la formación complementaria, siendo que 53 (13,5%) no poseían ninguna formación complementaria, 34 (8,7%) poseían capacitación, 258 (65,8%) especialización, 41 (10,5%) maestría, 5 (1,3%) doctorado. En relación a la cantidad de vínculos 280 (71,4%) poseían 1 vínculo, 94 (24,04%) 2 vínculos y 17 (4,3%) no respondieron.

Sobre el tiempo de actuación 190 (48,5%) estaban actuando hasta 5 años en el servicio, 89 (22,7%) de 6 hasta 10 años, 56 (14,3%) de 11 a 15 años, 20 (5,1%) de 16 hasta 20 años y 35 (8,9%) hace más de 20 años, un participante (0,2%) no respondió a esa pregunta. La carga horaria fue representada por 9 (2,3%) que actuaban hasta 20 horas, 67 (17,1%) de 21 hasta 30 horas, 232 (59,2%) de 31 hasta 40 horas y 83 (21,2%) más de 40 horas semanales. Las variables locales de actuación y tipo de vínculo corresponden 100% de los participantes, ya que los locales fueron todos de atención primaria a la salud y de carácter público.

Con relación a la región de actuación 20 participantes (5,1%) eran de la región Norte, 66 (16,9%) de la región Nordeste, 163 (41,7%) de la región Sudeste, 100 (25,5%) de la región Sur, 24 (6,1%) de la región Centro-Oeste y 18 (4,7%) no respondieron a este ítem. Se nota la grande mayoría de los que respondieron de la región sudeste. La expresiva participación se explica por esta región abrigar el segundo mayor número de equipos actuantes en la

APS, con un total de 15.637 equipos, según los datos del Registro Nacional de Equipos de Salud. Por otro lado, la región nordeste posee el mayor número de equipos de la APS con un total de 16.903, y fue la tercera región con mayores participantes en el estudio.

En lo referente a la validez de constructo, esa fue realizada por medio del análisis factorial exploratoria, con rotación *Varimax* con las 57 preguntas del instrumento (entre bloques), buscando verificar la validez discriminante. El primer agrupamiento sugirió 8 constructos, sin embargo con dificultad de agrupamiento debido a la baja carga factorial y baja comunidad entre las preguntas.

Se inició entonces el proceso de exclusión gradual de las preguntas por el criterio de comunidad inferior <0,500 en el bloque y carga factorial inferior <0,500 en los constructos. Al final del análisis fueron excluidas 11 preguntas y formados 6 constructos que representan 71% de la variación de las preguntas originales, evidenciando adecuado grado de síntesis de los datos.

La fiabilidad de los 6 constructos fue testada por medio del *Alpha de Cronbach* aplicado en cada constructo separadamente, y después en el instrumento final. El constructo 1 obtuvo *Alpha de Cronbach* de 0,96, o 2 de 0,93, o 3 de 0,92, o 4 de 0,93, o 5 de 0,94 e o 6 de 0,88. El instrumento final obtuvo *Alpha de Cronbach* de 0,98. El número elevado de ese marcador indica la confiabilidad y la fiabilidad de la escala en la muestra seleccionada. La versión final del instrumento constó con 6 constructos constituidos por 46 ítems (Tabla 2 y Tabla 3) y descritos conceptualmente (Figura 1), y presentados el Test de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestra y de esfericidad de Barlett (Tabla 4).

Tabla 2 - Análisis Factorial Exploratoria (rotación Varimax) del instrumento de sufrimiento moral en enfermeras de la atención primaria, presentación de dos constructos. Florianópolis, SC, Brasil, 2017

Matriz de componente rotativa ^a						
Indicadores [†]	Componentes [‡]					
	C1	C2	C3	C4	C5	C6
<i>Políticas de Salud</i>						
29. Reconocer que las demandas de continuidad del cuidado del paciente/usuario no son atendidas	757	237	198	199	267	197
30. Reconocer la falta de resolutivez de las acciones de salud debido a problemas sociales	727	219	182	172	307	188
32. Reconocer que acciones educativas con el usuario son insuficientes	723	253	202	151	211	197
28. Reconocer que el acogimiento del usuario es inadecuado	699	265	250	187	218	159
33. Experimentar falta de respeto a las prácticas del cuidado humanizado preconizadas por las políticas públicas	651	307	333	202	264	156
27. Reconocer insuficiencia de acceso al servicio para el usuario	637	218	231	172	400	104
31. Reconocer la falta de resolutivez de las acciones de salud debido a baja calidad del atendimento	632	209	359	240	251	194
37. Reconocer pérdidas al cuidado por inadecuada integración entre los servicios/sectores	624	253	314	154	284	207
34. Reconocer rutinas y prácticas inadecuadas a la seguridad profesional	552	265	350	182	271	212
35. Reconocer rutinas y prácticas inadecuadas a la seguridad del paciente	545	218	457	238	219	097
44. Experimentar la suspensión y aplazamiento de procedimientos por razones contrarias a las necesidades del paciente/usuario	501	261	480	185	309	104

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Matriz de componente rotativa*						
Indicadores†	Componentes‡					
<i>Visibilidad Profesional/ Autonomía del Enfermero</i>						
47. Sentirse con falta de respeto por superiores jerárquicos	187	746	277	187	180	075
17. Sentirse discriminado en relación a otros profesionales	309	681	003	265	107	083
48. Reconocer actitudes éticamente incorrectas de los gestores o superiores jerárquicos	298	639	277	175	331	112
38. Tener su autonomía limitada en la decisión de conductas específicas del equipo de enfermería	197	638	305	205	210	185
18. Sentirse desvalorizado en relación a otros profesionales	372	625	007	273	025	145
41. Reconocer situaciones de ofensa al profesional	245	623	311	173	251	295
39. Experimentar relaciones conflictivas en las atribuciones de los miembros del equipo de salud	295	591	284	149	243	284
49. Sentirse presionado al pactar o silenciar frente a fraudes en beneficio de la institución	074	560	436	177	123	075
40. Trabajar sobre presión por la insuficiencia de tiempo para el alcance de metas o realización de tareas	331	557	230	072	142	406
42. Reconocer situaciones de falta de respeto a la privacidad del profesional	159	538	416	207	228	288

*Método de Rotación: Varimax con Normalización de Kaiser. a. Rotación convergida en 10 interacciones.

†Indicadores, indicando las preguntas del instrumento con su respectiva numeración.

‡Componentes, indicando el valor (intensidad) de cada constructo (C1 a C6).

En la Tabla 2 se puede visualizar que los dos constructos Políticas de Salud y Visibilidad Profesional/Autonomía del Enfermero presentaron cargas factoriales elevadas >500, siendo la mayor carga factorial de 757 en la pregunta 29. *Reconocer que las demandas de continuidad del cuidado del paciente/usuario no son atendidas* en el constructo Políticas de Salud y la segunda con 746 en la pregunta 47. *Sentirse con falta de respeto por superiores jerárquicos* del constructo Visibilidad Profesional/Autonomía del Enfermero.

En la Tabla 3, se presenta la representatividad de los demás constructos constituidos por la carga factorial >500, sin embargo estos variaron entre la mayor carga de 781 en la pregunta 55. *Reconocer situaciones de falta de respeto al derecho del usuario a la confidencialidad/sigilo* del constructo Derecho a la Salud/Falta de respeto a la autonomía del usuario, y el valor de 657 en la pregunta 1. *Trabajar con número insuficiente de profesionales para la demanda* en el constructo Sobrecarga de Trabajo.

Tabla 3 - Análisis Factorial Exploratoria (rotación Varimax) del instrumento de sufrimiento moral en enfermeras de la atención primaria, presentación de cuatro constructos. Florianópolis-SC, Brasil, 2017.

Matriz de componente rotativa*						
Indicadores†	Componentes‡					
<i>Derecho a la Salud/Falta de respeto a la autonomía del usuario</i>						
55. Reconocer situaciones de falta de respeto al derecho del usuario a la confidencialidad/sigilo	C1	C2	C3	C4	C5	C6
54. Reconocer situaciones de falta de respeto al derecho del usuario a la privacidad/intimidad	153	153	781	285	122	107
56. Reconocer situaciones de falta de respeto al derecho de pacientes y familiares a la información	270	206	758	215	221	024
46. Experimentar conductas asistenciales que desconsideran creencias y cultura de los pacientes	289	209	757	208	131	110
45. Experimentar o participar de conductas asistenciales desnecesarias a las condiciones/necesidades del paciente/usuario	244	151	697	165	145	072
53. Reconocer situaciones de falta de respeto/malos tratos por parte de los profesionales en relación al usuario	270	234	634	194	148	159
4. Experimentar conductas asistenciales que desconsideran creencias y cultura de los pacientes	385	223	599	297	181	120
<i>Competencia ética profesional</i>						
24. Experimentar la imprudencia por parte del enfermero	066	282	365	719	160	048
22. Experimentar la imprudencia por parte del médico	251	250	161	701	142	094
4. Trabajar con médicos despreparados	277	090	100	656	311	324
23. Experimentar la omisión por parte del enfermero	145	265	408	651	144	054
21. Experimentar la omisión por parte del médico	340	210	224	627	133	218
5. Trabajar con enfermeros despreparados	153	074	254	590	184	459
25. Experimentar la omisión por parte de profesionales de otras categorías	174	443	328	590	233	010
26. Experimentar la imprudencia por parte de profesionales de otras categorías	152	409	314	574	244	009

(continúa...)

Tabla 3 - *continuación*

Matriz de componente rotativa*						
Indicadores†	Componentes‡					
<i>Condiciones de Trabajo</i>						
14. Reconocer que los equipamientos/materiales permanentes disponibles son inadecuados	313	175	242	192	733	196
11. Reconocer que los materiales de consumo son insuficientes	315	245	152	195	722	211
13. Reconocer que los equipamientos/materiales permanentes disponibles son insuficientes	311	248	246	152	721	259
16. Reconocer que la estructura física del servicio es inadecuada	300	180	161	246	691	165
12. Reconocer que los materiales de consumo son inadecuados	275	182	221	247	687	255
15. Reconocer que la estructura física del servicio es insuficiente	324	194	153	246	650	191
<i>Sobrecarga de Trabajo</i>						
1. Trabajar con número insuficiente de profesionales para la demanda	256	346	098	064	259	657
3. Experimentar condiciones de sobrecarga de trabajo	274	425	034	131	275	621
2. Equipo multiprofesional de salud incompleta	297	253	105	137	350	620
6. Trabajar con auxiliares y técnicos de enfermería despreparados	153	057	210	516	204	614
7. Trabajar con profesionales de otras categorías despreparados	198	104	099	497	299	535

*Método de Rotación: Varimax con Normalización de Kaiser. a. Rotación convergida en 10 interacciones.

†Indicadores, con las preguntas del instrumento y su respectiva numeración.

‡Componentes, con el valor (intensidad) de cada constructo (C1 a C6).

Tabla 4 - Test de Kaiser-Meyer-Olkin y Bartlett*. Florianópolis - SC, Brasil, 2017.,

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de lamuestra.	,958
Test de esfericidad de Bartlett	15908,435
Aprox. Chi-cuadrado df	1035
Sig.	,000

* Test de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de la muestra y de esfericidad de Bartlett.

La Tabla 4 representa la fiabilidad del análisis factorial, cuando la Medida Kaiser-Meyer-Olkin de

adecuación de la muestra esté entre 0,5 y 1,0, comprueba que el análisis factorial fue adecuada. En el caso del estudio esta medida estuvo cerca de 1,0 (0,958) comprobando la adecuación del análisis factorial.

Después de la comprobación de la fiabilidad y confiabilidad del instrumento, se inició la construcción teórica de los constructos, la cual está representada en la Figura 1.

Constructo	Definición del constructo
Políticas de salud	La política de salud en sus diversas fases de construcción, desarrollo e implantación/implementación es un proceso dinámico, con constantes interferencias de los diversos actores involucrados ⁽¹⁶⁾ . En Brasil, el Sistema Único Brasileiro (SUS) es una política pública definida en la Constitución Brasileira que establece las acciones y los servicios públicos de salud, los cuales forman una red y constituyen un sistema único, regido por la Ley Orgánica de Salud 8.080/90 y su complementario 8.142/90 el SUS tienen como principios y directrices: la universalidad, equidad, integralidad, jerarquización y regionalización, descentralización y participación popular ⁽¹⁷⁾ .
Autonomía Profesional	La autonomía está intrínseca en la capacidad del individuo en determinar y seguir sus leyes y reglas sin que esas sean definidas por otros, ser capaz de auto determinarse, ser independiente. La autonomía profesional envuelve además de preguntas relacionadas con el poder, un proceso continuo de acciones, actitudes y posturas adquiridas por el derecho y valor profesional. Parte de la delimitación de la identidad profesional, de las responsabilidades pautadas en los conocimientos científicos, en la formación de un saber propio y en el papel de la propia profesión ⁽¹⁸⁾ .
Falta de respeto a la autonomía del usuario	La autonomía del usuario puede ser vislumbrada por medio de acciones que fomenten el derecho de escoger y participación del usuario en su proceso terapéutico, visto como ciudadano con derechos a ser respetados. Sin embargo, la falta de respeto a esa autonomía ocurre por la imposición de normas y rutinas que no consideran la subjetividad del usuario ⁽¹⁹⁾ .
Competencia ética profesional	La competencia ética se estructura en 3 pilares, los valores, la enseñanza y la práctica. Los valores relacionados a su cultura, enseñanzas familiares, convivencia social; la enseñanza en la educación ética en la formación profesional; y la práctica por las experiencias de los profesionales, con espacios de actuación para la deliberación moral ⁽²⁰⁾ . La competencia ética está en constante construcción y tiene como su atributo principal la sensibilidad moral, como foco en las acciones éticas de forma transversal, tanto en la enseñanza cuanto en la práctica, mostrándose una herramienta importante en el enfrentamiento de situaciones de estrés moral ⁽²¹⁻²²⁾ .
Condiciones de Trabajo	Condiciones de trabajo se refieren a la fuerza de trabajo, o sea, a las especificidades de quien lo realiza, a la calificación exigida, a la división del trabajo, a las relaciones contractuales (modalidad de contrato, jornada de trabajo, beneficios, protección social). Envuelve, también, el ambiente socio técnico para la realización del trabajo, incluyendo instrumentos adecuados, en cantidad y calidad, así como el conocimiento para operarlos y el espacio físico ⁽²³⁾ .
Sobrecarga de Trabajo	Sobrecarga de trabajo es un aumento de la cantidad de trabajo exigido en relación al número de trabajadores calificados y disponibles, así como condiciones adecuadas para su ejecución. Carga (cantidad) y cargas de trabajo (concepto propuesto por Laurell y Noriega, como elementos del proceso de trabajo que interactúa entre sí y con el cuerpo del trabajador) son conceptos que convergen y se complementan. La sobrecarga causa daños a la salud del trabajador, alejamiento del trabajo y amplía la consecuencia sobre los trabajadores que actúan en equipos incompletos ⁽²⁴⁾ .

Figura 1 - Presentación conceptual de los constructos constituidos por el análisis factorial y Alpha de Cronbach. Florianópolis, SC, Brasil, 2017

Discusión

El sufrimiento moral en el contexto de la atención primaria en salud, en especial en el escenario brasilero, aún es un fenómeno con inúmeras lagunas a ser exploradas. La validez de ese instrumento permite que algunas de esas lagunas puedan ser visualizadas y discutidas, para identificar los factores que desencadenan el sufrimiento moral.

La primera versión de la Moral Distress Scale (MDS) apuntó para la validez de 3 factores, el primero relacionado a la responsabilidad individual de la enfermera, el segundo no realización de lo que sería lo mejor para el paciente, y el tercero al engaño, ir contra sus valores y creencias⁽⁴⁾. Esos tres factores fueron los mismos adoptados para la aplicación de la MDS en otros estudios⁽⁶⁾.

Otros investigadores redujeron la MDS para 21 ítems y aplicaron en médicos y enfermeras actuantes en unidades de terapia intensiva, presentando en su análisis una diferencia entre esas categorías profesionales en lo que condice a adoptar posturas de tratamientos que agreden al paciente sin necesaria indicación⁽²⁵⁾.

Otros autores adaptaron la MDS y/o desarrollaron otras escalas o investigaciones para medir conceptos semejantes al sufrimiento moral en otras culturas o poblaciones^(11,26-32). La MDS fue revisada y aplicada en otros escenarios y otras categorías profesionales, titulada como MDS-Revised, pero también con el análisis sobre los 3 factores iniciales de la MDS⁽⁹⁾.

En el contexto brasilero, en su primera versión de adaptación y validez de la MDS fueron identificados 4 factores agrupados por la carga factorial y coherencia conceptual: 1) Negación del papel de la enfermera como abogada del paciente; 2) Falta de competencia en el equipo de trabajo; 3) Falta de respeto a la autonomía del paciente; 4) Obstinación Terapéutica (OT)⁽⁷⁾. En otro estudio de ampliación y validez de la MDS para todas las categorías de enfermería, fueron validados 5 constructos: falta de competencia en el equipo de trabajo; falta de respeto a la autonomía del paciente; condiciones de trabajo insuficientes; negación del papel de la enfermería como abogada del paciente en la terminalidad; negación del papel de la enfermería como abogada del paciente⁽⁸⁾.

El instrumento validado para enfermeras de la atención primaria se caracteriza por 6 constructos. De esos constructos "Políticas de salud" y "Competencia ética profesional" se presentan como nuevos elementos en la identificación de los factores desencadenadores de sufrimiento moral.

El primer constructo "Políticas de Salud" presentó el mayor *Alpha de Cronbach* con 0,959, seguido por

"Condiciones de Trabajo" con 0,942, "Autonomía de la Enfermera" 0,932, "Competencia ética profesional" 0,926, "Falta de respeto a la autonomía del usuario" 0,924 y "Sobrecarga de Trabajo" 0,881.

El primer constructo presenta preguntas relativas al acceso del usuario, acogida, continuidad del cuidado, resolutivez de las acciones, prácticas educativas, cuidado humanizado, seguridad del paciente y de profesional. Esas preguntas están inmersas en las políticas de salud, principalmente cuando se tiene un sistema de salud universal, que prima por la equidad, igualdad, integralidad, resolutivez, participación social, regionalización, descentralización y jerarquización⁽¹⁷⁾.

El segundo constructo *Condiciones de Trabajo* aborda situaciones que surgen de la deficiencia de estructuras físicas, equipamientos, materiales y recursos humanos. Esas son vislumbradas en diferentes escenarios del contexto de la enfermera y aliadas a la baja remuneración, al aumento de la jornada de trabajo y rígida jerarquía en el equipo de salud fortalecen la generación de sufrimiento psíquico y mala calidad de asistencia^(23-24,30-32).

El tercer constructo *Autonomía de la Enfermera* se constituye de elementos relativos a la visibilidad profesional, limitación en la tomada de decisiones, conflictos con otros miembros del equipo de salud para la tomada de decisión y falta de respeto por parte de superiores jerárquicos cuanto las conductas y privacidad profesional. La búsqueda por la autonomía profesional debe ser pautada en la delimitación de su conocimiento de base científica, así como en la postura que el profesional toma a frente de los problemas presentados en su realidad⁽³³⁾.

La falta de autonomía es la desvalorización de la profesional enfermera son factores apuntados como desencadenadores de sufrimiento moral en otros escenarios de actuación internacional, en el cual estos factores son influidos por la posición de otros miembros del equipo frente a la conducta de las enfermeras y las reglas institucionales impostas a estas⁽³⁴⁾.

El cuarto constructo *Competencia ética profesional* fue formado por situaciones que presentaban la omisión, la imprudencia y la falta de pre-paro de enfermeras y otras categorías profesionales frente a las prácticas de salud. El escenario en el cual esos profesionales actúan está en constante transformación de tipo organizacional, tecnológico o de cargas de trabajo, implicando un actuar ético constante⁽³⁵⁾. Es en este escenario que se (re) construye la competencia ética de cada profesional, a partir del momento en que ese se depara con problemas, asume la responsabilidad y construye se actuar arraigando en valores y creencias, aliados a su conocimiento científico y experiencia profesional⁽²⁰⁻²¹⁾.

El quinto constructo *Falta de respeto a la autonomía del usuario* agrupó elementos oriundos al derecho de los usuarios frente a su privacidad, elección de conducta, sigilo, acceso a la información, desvalorización de creencias y culturas y realización de conductas desnecesarias de cuidado. El reconocimiento de la singularidad, individualidad, integralidad, legitimidad, libertad, elecciones de tratamientos y servicios por el usuario aún es incipiente en la visión del profesional de salud, la participación en su proceso terapéutico y de derecho de elección son derechos que precisan ser respetados para una actuación autónoma del usuario⁽¹⁹⁾.

El último constructo *Sobrecarga de Trabajo* integró preguntas inminentes de la insuficiencia de recursos humanos y de recursos humanos descalificados, como factores que aumentan carga de trabajo. La sobrecarga de trabajo debido a tales elementos, junto con las condiciones adversas de trabajo, tienden a causar daños a la salud de los profesionales, acarreado en el aumento de la falta de recursos humanos, y en el consecuente aumento de carga de trabajo para aquellos que continúan en el servicio⁽²³⁻²⁴⁾. La evaluación y la calidad do cuidado son interferidas por la sobrecarga de trabajo, comprometiendo la seguridad del paciente, y consiguiente el gatillo para vivenciar el sufrimiento moral⁽³¹⁻³²⁾.

Así, los 6 constructos validaron 46 de las 57 preguntas del instrumento para la muestra de la atención primaria, obedeciendo a los criterios estadísticos y conceptuales.

Conclusión

Los resultados encontrados evidencian que el instrumento es capaz de identificar los factores desencadenadores de sufrimiento moral en enfermeras de la atención primaria, forneciendo subsidios para nuevas investigaciones en ese campo de actuación profesional. Fue posible identificar 6 constructos que ejemplifican los factores desencadenadores de sufrimiento moral: Políticas de Salud, Condiciones de Trabajo, Autonomía de la Enfermera, Competencia ética profesional, Falta de respeto a la autonomía del usuario y Sobrecarga de Trabajo.

La validez del instrumento fue sustentada por el análisis da carga factorial y comunidad superior a 0,500 y Alpha de Cronbach <0,800 nos constructos encontrados, considerando el instrumento válido para el contexto brasileiro de la atención primaria, forneciendo informaciones relevantes sobre el fenómeno estudiado. Sin embargo, ese estudio tuvo como limitaciones el hecho de haber sido el primer aplicado y validado en

el contexto de la atención primaria, lo que imposibilitó mayores comparaciones.

Se espera que los hallados de esa investigación contribuyan para el establecimiento de nuevas discusiones en el campo de la ética en enfermería en la atención primaria, en especial en la creación de estrategias que fortalecen la actuación de la enfermera, y en el mejoramiento de acciones que promueven la transformación de los acciones en salud.

Referencias

1. Jameton A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Bioeth Inq*. [Internet]. 2013 [cited Dec 1, 2017];10(3):297-308. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-013-9466-3>. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11673-013-9466-3>
2. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 2002;9(6):636-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1191/0969733002ne557oa>
3. Ramos FRS, Barlem ELD, Brito MJM, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LCF. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2016 [cited Nov 10, 2015];25(2):e4460015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-4460015.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004460015>
4. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001;33(2):250-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2001.01658.x>
5. Mccarthy J, Gastmans C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics*. [Internet]. 2015 [cited Jul 3, 2014];22(1):131-52. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733014557139>. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014557139>
6. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment. *Nurs Ethics*. 2005;12(4):381-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1191/0969733005ne809oa>
7. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG. The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2012 [cited Jun 3, 2014]; 46(3):681-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_21.pdf. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300021>
8. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Almeida AS. Psychometric characteristics of the Moral Distress Scale in Brazilian nursing professionals. *Texto Contexto Enferm*. [Internet].

- 2014 [cited Nov 8, 2015];23(3):Epub. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-2014000060013.pdf. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000060013>
9. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and Testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professional. *AJOB Prim Res.* [Internet] 2012 [cited Nov 15, 2015];2(3)1-9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21507716.2011.652337?scroll=top&needAccess=true>. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/21507716.2011.652337>
10. Silén ML, Svantesson M, Kjellström S, Sidenvall B, Christensson L. Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. *J Clin Nurs.* [Internet] 2011 [cited Dec 10, 2016];20:3483-93. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.136702.2011.03753.x/abstract;jsessionid=9BEB2D604618063B77103D87A68246D0.f04t03>. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03753.x>
11. Pauly BL, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate. *Nurs Ethics.* [Internet] 2009 [cited Nov 14, 2016];16:561-73. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733009106649?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733009106649>
12. Ramos FRS, Barlem EDL, Brito MJM, Vargas MA, Scheneider DG, Brehmer LFC. Construction of the Brazilian Scale of Moral Distress in nurses - a methodological study. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2017 [cited Dec 1, 2017];26(4):e0990019. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/en_0104-0707-tce-26-04-e0990017.pdf. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000990017>
13. Manganello JA, Devellis RF, Davis TC, Schottler-Thal C. Development of the Health Literacy Assessment Scale for Adolescents (HAS-A). [Internet]. 2015 [cited Dec 4, 2016];8(3):172-84. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/1753807615Y.0000000016?scroll=top&needAccess=true>. doi: <https://doi.org/10.1179/1753807615Y.0000000016>
14. Câmara RH. Content analysis: from theory to practice in social research. *Gerai: Rev Interinstitucional Psicol.* [Internet]. 2013 [cited Jul 20, 2015];6(2):179-91. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerai/v6n2/v6n2a03.pdf>.
15. Szwarcwald CL, Damascena GN. Complex Sampling Design in Population Surveys: Planning and effects on statistical data analysis. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2008 [cited Feb 7, 2014];11(suppl.1):38-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11s1/03.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500004>
16. Giovanella L, Santos AM. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Rev Saúde Pública.* [Internet]. 2014 [cited Jul 5, 2015];48(4):622-31. Available from: <http://www.journals.usp.br/rsp/article/view/85711/88476>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>
17. Santos NR. The Brazilian Unified Health System (SUS), State Public Policy: Its institutionalized and future development and the search for solutions. *Ciênc Saúde Coletiva.* [Internet]. 2013 [cited Feb 15, 2014];18(1):273-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/28.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>
18. Kalinowski CE, Martins VB, Neto FRGX, Cunha ICKO. Professional autonomy in primary health care: na analysis of nurses' perception. *SANARE.* [Internet]. 2012 [cited Jul 2, 2013];11(1):6-12. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/260/233>.
19. Silva AM, Sá MC, Miranda L. Concepts of subject and autonomy in humanization of healthcare: a literature review of experiences in hospital service. *Saude Soc.* [Internet]. 2013 [cited Feb 10, 2014];22(3):840-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/17.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000300017>
20. Schaefer R, Jungues JR. The construction of ethical competence in the perception of primary care nurses. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2014 [cited Jun 1, 2016];48(2):329-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-329.pdf. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000200019>
21. Renno HMS, Ramos FRS, Brito MJM. Moral distress of nursing undergraduates: Myth or reality? *Nurs Ethics.* 2016;18:1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733016643862>
22. Trindade LL, Pires DEP. Implications of primary health care models in workloads of health professionals. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2013 [cited Oct 31, 2017]; 22(1):36-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100005&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100005>
23. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Nursing workloads in family health: implications for universal access. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2016 [cited Mar 8, 2017];24(e2682):1-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>

24. Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DEP. Nursing workloads and working conditions: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):368-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200022>
25. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med.* 2007;35(2):422-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D>
26. Radzvin LC. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: Implications for nursing practice. *AANA J.* [Internet]. 2011 [cited 9 Jun, 2014];79(1):39-45. Available from: https://www.aana.com/newsandjournal/Documents/moraldistress_0211_p39-45.pdf.
27. Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. *J Med Ethics Hist Med.* [Internet]. 2015 [cited Nov 2, 2017];8(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4733540/?report=reader>
28. Wiggleton C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley J, Tarpley M, O’Gorman ML, Miller B. Medical students’ experiences of moral distress: Development of a web-based survey. *Acad Med.* [Internet] 2010 [cited Jun 3, 2016];85(1):111-7. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=20042836>. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c4782b>
29. O’Connell CB. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nurs Ethics.* 2015;22(1):32-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013513216>
30. Ulrich C, O’Donnell P, Taylor C, Farrar A, Danis M, Grady C. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Soc Sci Med.* 2007;65(8):1708-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.050>
31. Veer AJE, Francke AL, Struijs A, Willems DL. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(1):100-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017>
32. Wolf LA, Perhats C, Delao AM, Moon MD, Clark PR, Zavotsky KE. “It’s a burden you carry”: describing moral distress in emergency nursing. *J Emerg Nurs.* [Internet] 2016 [cited Jun 6, 2017];42(1):37-46. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009917671500330X?via%3Dihub>. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2015.08.008>
33. Santos FOF, Montezelli JH, Peres AM. Professional autonomy and nursing care systematization: the nurses’ perception. *Rev Min Enferm.* 2012;16(2):251-7. doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000200014>
34. Dyoa M, Kalowesb P, Devries J. Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive Crit Care Nurs.* 2016;36:42-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2016.04.003>
35. Schaefer R, Vieira M. Ethical competence as a coping resource for moral distress in nursing. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2015 [cited Jul 21, 2016];24(2):563-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00563.pdf. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001032014>

Recibido: 01.06.2017

Aceptado: 14.02.2018

Correspondencia:

Priscila Orlandi Barth
 Rua Jardim Giselle, 23
 Cachoeira do Bom Jesus
 Florianópolis, Santa Catarina
 88056-608
 E-mail: priscilabarth@yahoo.com.br

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.